

Perspectivas metodológicas del análisis del discurso aplicadas al estudio de los sistemas de salud

Methodological perspectives of discourse analysis applied to the study of health systems

Helio Caballero Rojas¹  ; Mónica Mojica Perilla²  

* caballero.helio@uces.edu.co

Forma de citar: Caballero Rojas H, Mojica Perilla M. Perspectivas metodológicas del análisis del discurso aplicado al estudio de los sistemas de salud. Salud UIS. 2023; 55: e23060. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23060> 

Resumen

Introducción: el análisis del discurso es un abordaje alternativo de investigación de sistemas de salud. **Objetivo:** describir la producción científica que investiga los sistemas de salud utilizando el análisis del discurso como perspectiva teórico-metodológica. **Métodos:** revisión sistemática exploratoria de literatura, que incluyó la búsqueda de textos en inglés y español en cinco bases de datos (SciELO, MEDLINE, PubMed, EBSCO y ScienceDirect). Se utilizaron los descriptores “sistema OR salud” AND “análisis OR discurso” y sus traducciones al inglés. Se incluyeron artículos originales con metodología cualitativa, revisiones sistemáticas exploratorias de la literatura, ensayos y tesis doctorales, cuya metodología o tema de revisión fuese expresamente descrita como análisis de discurso de sistemas de salud, de sus funciones o estructura organizativa, publicados en el periodo entre enero de 1994 a diciembre de 2019; se excluyeron textos con metodología cuantitativa, estudios mixtos y metaanálisis. **Resultados:** se incluyó un total de 27 textos en la revisión, se describió en cuatro categorías la forma como el análisis del discurso puede ser utilizado en el estudio de los sistemas de salud: el concepto del proceso salud enfermedad, la autonomía del sujeto, los discursos de gestión y los sistemas de salud como política pública. **Discusión:** los sistemas de salud son campos para el ejercicio de las relaciones de poder que construyen sujetos, configuran la autonomía del sujeto y determinan las intervenciones del proceso salud-enfermedad. **Conclusiones:** esta revisión identificó que el discurso es utilizado como dispositivo de poder que configura sujetos y la forma como se interviene el proceso salud-enfermedad.

Palabras clave: Lenguaje; Investigación; Salud pública; Revisión; Sistemas de salud; Poder psicológico; Autonomía personal; Política de salud.

Abstract

Introduction: An alternative approach to health systems research is discourse analysis. **Objective:** to describe the scientific production that investigates health systems using discourse analysis as a theoretical-methodological

¹ Universidad CES. Medellín; Colombia.

² Universidad Autónoma de Bucaramanga, UNAB. Santander, Colombia.

perspective. **Methodology:** Systematic review. The search was conducted in five databases (SciELO, MEDLINE, PubMed, EBSCO and Science Direct), in both Spanish and English. The descriptors used were “sistema OR salud” AND “análisis OR discurso”, and their English equivalents. Qualitative studies, scoping reviews, essays and PhD theses, published between January 1994 and December 2019, were included; in all cases their subject was described clearly as discourse analysis of health systems, their functions or organizational structure. **Results:** A total of 27 texts were included in the revision; four categories describe how discourse analysis can be used in the study of health systems as well, the concept of the health-disease process, subject autonomy, management discourses, and health systems as public policy. **Discussion:** Health systems are fields for the exercise of power relations that construct subjects, configure the autonomy of the subject, and determine the interventions of the health-disease process. **Conclusions:** This review identifies that discourse is used as a device of power that configures subjects and the way in which the health-disease process is intervened.

Keywords: Language; Public health; Research; Review; Healthcare systems; Personal autonomy; Power, Psychological; Health policy.

Introducción

Un sistema de salud se define como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos públicos y privados dirigidos a mejorar, mantener o restaurar la salud; esto incluye garantizar servicios tanto individuales como colectivos, así como actividades que influyan en las políticas y acciones de otros sectores para abordar determinantes políticos, sociales, ambientales y económicos relacionados con la salud¹. Esta definición involucra relaciones y mecanismos de interacción entre contextos sociales, políticos, económicos e históricos, definidos a partir de una concepción del proceso salud-enfermedad².

Tradicionalmente, el estudio de los sistemas de salud se ha adherido a una perspectiva hegemónica que lo reduce al análisis de las funciones operativas y a la gestión de servicios de salud; sin embargo, no se incluye el papel que los diversos actores tienen en la definición de los modelos del cuidado de la salud³. En los nuevos desafíos para los sistemas de salud, es inevitable situar los análisis en marcos más amplios, ya que estos cristalizan dinámicas discursivas, económicas y sociopolíticas cuya institucionalización se define en relaciones de poder que configuran los abordajes de intervención de la salud, la enfermedad y la población⁴. Desde un enfoque no hegemónico, la vida se entiende como incrustada en el significado social y cultural que se produce y se reproduce mediante prácticas discursivas que están fuera de elección o realización de los actores, ya que el mundo social no es fijo y objetivo, sino que se enmarca a través de los discursos⁵. Los discursos son esencialmente sistemas de significados, conjuntos de ideas, conceptos y categorizaciones a través de los cuales se asigna un significado a un fenómeno social y físico⁶.

De esta manera, abordar discursos relacionados con los sistemas de salud comprende todas las prácticas y significados conformados por una comunidad de actores sociales y políticos que se revelan como narrativas, estrategias retóricas, tradiciones, argumentos y marcos normativos y cognitivos⁷. Un abordaje alternativo para el estudio de los sistemas de salud comprendería el análisis del discurso (AD) como metodología y sustento teórico, ya que permite indagar aspectos ideológicos, culturales y el uso del lenguaje hablado y escrito en tanto práctica discursiva⁸.

Como enfoque de investigación, el AD incluye diferentes disciplinas y perspectivas; se le considera una actividad científica fuertemente anclada en la teoría que describe y explica el uso del lenguaje en la comunicación⁹. El análisis implica identificar los discursos socialmente disponibles en torno a los cuales se organiza el lenguaje como un conjunto de significados, imágenes y declaraciones que trabajan juntos para construir un objeto¹⁰. El fin del AD no es garantizar las condiciones metodológicas para el descubrimiento de la verdad, sino comprender las condiciones en que se producen conceptos y teorías y cómo el significado es producido a partir de estas¹¹.

El AD surge como consecuencia del debilitamiento de la confianza en las formas tradicionales de explicar los fenómenos de estudio, y debido a la mercantilización del lenguaje a través de los medios de comunicación¹². Como enfoque de investigación, cuenta con diferentes perspectivas; el enfoque constructivista, por ejemplo, parte de una visión del conocimiento como una construcción histórica, cultural y social en la que el conocimiento no depende fundamentalmente de una validez empírica, en cambio se sustenta en procesos sociales de construcción¹³. Por su parte, el análisis

crítico del discurso (ACD) plantea cómo los discursos están mediados por relaciones de poder y constituidos por instituciones sociales y sus prácticas, indaga cómo funciona la ideología en las instituciones sociales y cómo las personas obtienen y mantienen el poder dentro de una comunidad determinada¹⁴. Desde la perspectiva foucaultiana del análisis del discurso (ADF), la verdad y los diferentes regímenes de conocimiento establecen lo que es verdadero y lo que es falso, el objetivo es aclarar las estructuras de esos regímenes de conocimiento y establecer cómo opera el ejercicio del poder¹⁵.

Como se mencionó anteriormente, el análisis del discurso está fuertemente anclado en la teoría, y de ahí deriva su validez científica, lo cual lo convierte en una posibilidad práctica de utilización como herramienta de investigación en salud pública, y, en particular, aplicable al análisis y estudio de los sistemas de salud. El propósito de esta investigación fue describir la producción científica que aborda el estudio de los sistemas de salud utilizando el análisis del discurso como perspectiva teórica y metodológica.

Metodología

Revisión sistemática exploratoria de literatura que incluyó la búsqueda de textos en inglés y español, en cinco bases de datos (SciELO, MEDLINE, PubMed, EBSCO y Science Direct.). Se utilizaron los descriptores “sistema OR salud” and “análisis OR discurso” y sus traducciones al inglés. Los criterios de inclusión fueron artículos originales con metodología cualitativa, revisiones sistemáticas exploratorias de literatura, ensayos y tesis doctorales, cuya metodología o tema de revisión fuese expresamente descrita como análisis de discurso de sistemas de salud, de sus funciones o estructura organizativa, publicados en el periodo entre enero de 1994 a diciembre de 2019; se excluyeron textos con metodología cuantitativa, estudios mixtos y metaanálisis.

La revisión contó con tres fases, la primera para la aplicación de descriptores de búsqueda y lectura de resúmenes, en la segunda etapa se aplicaron criterios de inclusión y exclusión y en la tercera etapa se evaluó la calidad de las investigaciones cualitativas utilizando la herramienta Critical Appraisal Skills Programme (CASPe)¹⁶. Esta herramienta es una lista de chequeo de diez preguntas, divididas en tres secciones que evalúan, en primer lugar, la validez y rigor metodológico; en segundo lugar, la credibilidad y aplicabilidad de los resultados, y por último, si estos resultados contribuyen al conocimiento o identifican nuevas áreas

de investigación. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de los textos, según país, idioma y tipo de enfoque de análisis del discurso utilizado. Finalmente, se elaboró una síntesis de evidencia y extracción de datos cualitativos que fueron agrupados en categorías de análisis, según los aspectos o componentes de los sistemas de salud abordados por las investigaciones. En los aspectos éticos se tuvo en cuenta el adecuado manejo de las fuentes de información.

Resultados

La primera etapa de revisión y aplicación de descriptores en las cinco bases de datos arrojó un total de 1547 textos; tras la lectura previa de los resúmenes, se excluyeron 1467 por estar repetidos o porque no cumplían con los descriptores de búsqueda; en la segunda etapa, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión a 80 textos, tras lo cual quedaron un total de 46 referencias para la tercera etapa de evaluación de la calidad con la herramienta CASPe, de los cuales 19 fueron excluidos porque no cumplieron con al menos 8 de los 10 criterios sugeridos por la herramienta. De esta manera, 27 textos conforman la muestra final (**Figura 1**).

Según la perspectiva de análisis del discurso, se identificaron 16 trabajos que incluyeron en su metodología el ACD, 6 textos utilizaron AD sin mencionar un enfoque específico, 3 trabajos utilizaron el ADF y 2 trabajos utilizaron ADC. Según el origen continental de los artículos, la mayoría de los textos incluidos en la presente revisión (13 textos) se ubican en Europa (Reino Unido, Suecia y España); 7 textos se ubican en el continente americano (Estados Unidos, México y Argentina); y 7 textos se ubican en Oceanía (Nueva Zelanda y Australia). En cuanto al idioma de los artículos incluidos en la revisión, 5 están escritos en español y 22 en inglés. En cuanto al componente o aspecto de los sistemas de salud abordados en los trabajos incluidos, se destaca que 9 textos abordaron el análisis discursivo sobre las concepciones de la salud y la enfermedad de los sistemas de salud, 11 textos abordaron aspectos relacionados con los principios de los actores de los sistemas (usuarios y personal de salud), 3 textos abordaron aspectos discursivos relacionados con la gestión de los sistemas de salud y finalmente 8 textos abordaron el análisis del discurso de los sistemas de salud como política pública (**Tabla 1**).

A continuación, se presenta una síntesis de los elementos más importante identificados en la revisión; estos elementos se agrupan en las cuatro categorías descritas en el párrafo anterior.

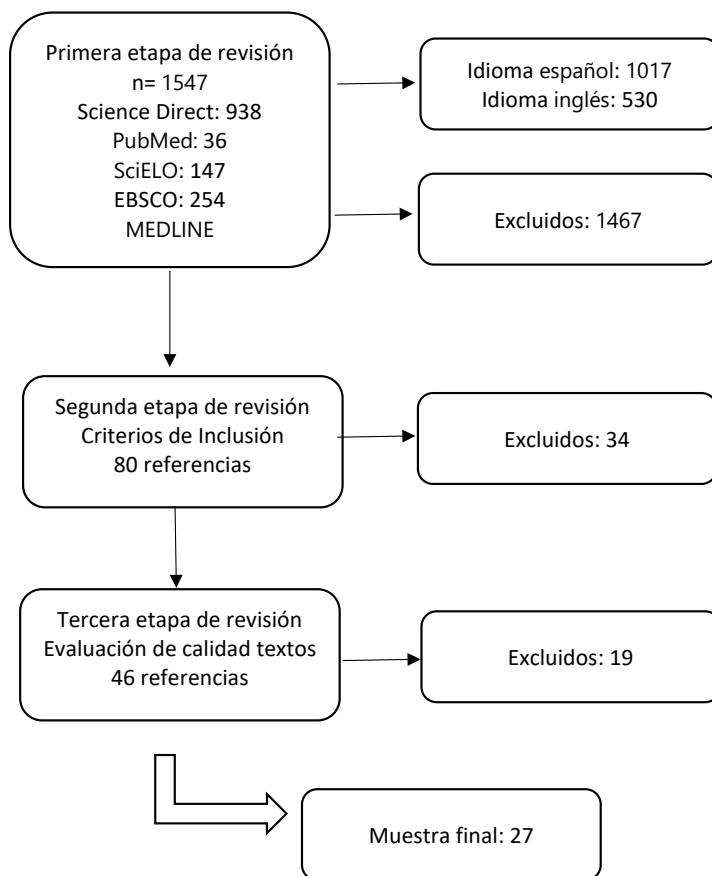


Figura 1. Flujograma de selección de artículos incluidos en la revisión. Fuente. Elaboración propia.

Tabla 1. Perspectivas de análisis del Discurso encontradas en Revisión Sistemática.

Enfoque de Análisis del Discurso	No. de la Referencia Bibliográfica.
Análisis Crítico del Discurso (ACD)	19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29,30, 31, 34, 36, 37, 39, 40, 43.
Análisis del Discurso (AD)	18, 32, 33, 35, 38, 42.
Análisis Foucaultiano del Discurso (AFD)	25, 17, 20.
Análisis del Discurso Construccionalista (ADC)	22, 41.

Fuente. Elaboración propia.

Concepciones discursivas alrededor del proceso salud-enfermedad

En esta categoría se identifica una concepción del proceso salud-enfermedad instrumental y medicalizada, en la que prevalecen criterios mercadotécnicos sobre las necesidades de salud de los pacientes^{17,18}, esto consolida un modelo de salud perfecta^{17,19}, en el que se reconoce un sistema significativo de salud que opera en el discurso y que se describe como dispositivo de poder en la medicalización de la vida cotidiana. Rodríguez et al.¹⁸ agrupa las significaciones relativas a la noción

de cuerpo, la salud y la enfermedad en tres núcleos de análisis, que tienen que ver con la autonomía del sujeto, el ejercicio del poder y el control del cuerpo; la autora sugiere que el discurso insta y promueve el disfrute y el bienestar, y disimula un control que actúa como dispositivo ideológico de “moralidad cotidiana de control corporal”.

En esta categoría se identifica cómo los sistemas de salud construyen sujetos^{18,20,22} mediante el ejercicio de relaciones de poder a las que Trigg²³ denomina

relaciones de poder desiguales o asimétricas, e incluso se observa cómo la formulación de políticas construye sujetos a merced de discursos como el de la eficiencia, eficacia o efectividad de las intervenciones²⁴. Esta categoría permite indicar que se deben discutir cambios en las estructuras internas de los sistemas de salud, primero en una concepción del proceso salud-enfermedad que permita reemplazar la normalización e instrumentalización de las prácticas e intervención del proceso salud-enfermedad, y segundo, que permita incluir estructuras basadas en estrategias de resistencia, destinadas a promover la autodeterminación, el autorreconocimiento del usuario^{20,24} y la autoconstrucción²⁴, y no solo la constitución del usuario como receptor de información; lo anterior indica un cambio en la perspectiva paternalista en el abordaje del cuidado de la salud y la enfermedad^{21,25}.

Principios de los sistemas de salud: autonomía del sujeto

Cole²⁶ plantea que las políticas o normativas de salud están impregnadas de una lógica deontica, que denota paternalismo, coerción y control hacia el personal de salud. Varios de los trabajos incluidos en esta revisión^{20,21,27,28} sugieren que las políticas y normas en salud intervienen en la autonomía de los trabajadores de este campo, al imponer una lógica deontica inmersa en un discurso de control; en este caso, el discurso regulatorio construye identidades en las profesiones, al utilizar el discurso regulatorio como dispositivo de poder. Los hallazgos de Fealy et al.²⁷ sobre las construcciones discursivas de identidad profesional encuentran que esta puede extraerse tanto del contenido textual explícito como del latente del discurso. La autonomía del profesional de la salud, y cómo esta se limita por dispositivos de poder^{20,28}, es uno de los aspectos axiológicos más frecuentemente analizado por las diferentes perspectivas de análisis del discurso; por su parte, los derechos de los pacientes y los dilemas éticos se encuentran ausentes en estos discursos, limitando la autonomía del profesional de la salud²⁹.

La autonomía del sujeto receptor de intervenciones de salud, es decir el usuario, también está mediada por los discursos procedentes de las políticas de salud, los cuales enfocan el lenguaje como reflejo y perpetuación de las estructuras de poder e ideologías dominantes en la sociedad³⁰. Por ejemplo, Molina et al.¹⁷ describen una “ausencia de pacientes” en los registros de historia clínica, lo cual demuestra cómo la instrumentalización de la práctica médica afecta directamente la capacidad de la toma de decisiones de los pacientes. Por su

parte, Mitchell³¹ y Irestig y Timpka³² plantean que se deben tener en cuenta los principios de autonomía y participación del sujeto en la configuración de los modelos que dan soporte a la prestación del servicio de salud. Una visión alternativa podría ser la del discurso del empoderamiento encontrado por Dickinson et al.³³, quienes plantean que una comisión conjunta en la construcción de políticas y modelos de atención en salud es un medio para asegurar la participación del usuario.

Discursos de gestión de los sistemas de salud

Bermúdez y Ramos³⁰ analizan tres dimensiones para el estudio de los sistemas de salud desde el análisis del discurso: la dimensión efectividad, la dimensión estrategia y la dimensión estructura; estas permiten comprender los espacios de actuación del discurso, el cual, a través de mecanismos de persuasión, logra el establecimiento y la permanencia de prácticas hegemónicas que satisfacen los deseos de quien instaura uno u otro discurso. El discurso de gestión y efectividad presente en los sistemas de salud se mueve entre las organizaciones científicas y no científicas, a través de narrativas, significados y expectativas alrededor del cuidado de la salud³⁴. Respecto a los significados de grandes constructos presentes en la organización del cuidado de la salud, tales como la promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad, los análisis muestran que estos discursos no son claros para los actores, y de hecho son ambivalentes respecto del valor práctico en el cuidado de la salud³⁵. Se destaca también que los discursos en salud corresponden a macroesquemas temáticos, dirigidos hacia las masas poblacionales en un campo retórico, enfocado a la persuasión, con argumentos poco profundos y en un marco de acción sin la revelación de los compromisos por alcanzar por parte de los responsables de la ejecución de las intervenciones en salud. Los resultados son informados por los encargados a través de manifestaciones positivas que magnifican acciones y estructuras para señalar niveles de efectividad aceptables para la calidad de vida de la población³⁰.

Sistemas de salud y discursos de política pública

Los discursos de política pública configuran las prácticas sociales y los contextos políticos y económicos que influyen la forma como se conciben los problemas de salud³⁶. Walton y Lazzaro³⁷ realizaron un análisis del discurso de cuatro documentos de políticas de salud en Nueva Zelanda; sus hallazgos revelan cómo las políticas construyen pacientes crónicos y los categorizan como “otros”, a partir de la normalización

del discurso regulatorio. Baum et al.³⁸ consideran importante comprender el rol de las relaciones de poder de los diferentes actores, de manera que las políticas involucren acciones para modificar aquellos aspectos que limitan el poder de los pacientes para tomar sus propias decisiones. Esta revisión suscita interés en las unidades discursivas problemáticas para los hacedores de políticas, conceptos como la equidad y la justicia distributiva, cuyo análisis e inclusión para la construcción de las políticas puede representar un reto para quienes las proponen, dada la dificultad de su comprensión y concreción. Baum y Friel³⁹ indican que son aplicables estos constructos en entornos políticos que sean receptivos de estas ideas, y según la posición política de los sujetos inmersos en espacios científicos, políticos y económicos.

En este sentido, el análisis del discurso proporciona información necesaria para comprender los procesos mediante los cuales se puede reproducir la desigualdad social en los sistemas de salud, y anclar la acción política diseñada para contrarrestar las dinámicas desiguales de ejercicio del poder por parte de las instituciones y los sujetos que lo tienen⁴⁰. Esta asimetría de las relaciones de poder se evidencia también en los discursos de los profesionales de la salud, los cuales prevalecen sobre los discursos de los usuarios; la decisión sobre la forma de actuar en el marco de estos discursos también es política⁴¹. Los discursos de derechos compiten con discursos más relacionados con lo seguro, lo efectivo y el despliegue socialmente justo de la información sanitaria, pero dichos discursos no siempre coinciden²⁴, lo cual hace que se requiera del diseño de sistemas de información participativos que reflejen las expectativas de los receptores de los servicios^{42,43}.

Discusión

Varios elementos se extraen de la presente revisión en relación con las posibilidades analíticas que podría aportar el análisis del discurso en el estudio de los sistemas de salud. En primer lugar, los mecanismos por los cuales los discursos que emergen de la praxis de los sistemas de salud construyen sujetos o subjetividades. Dichos mecanismos surgen, según Foucault^{44,45}, de la interacción entre diferentes formas de tecnologías de poder que actúan en la configuración de sujetos y saberes involucrados en el cuidado de la salud. En segundo lugar, los discursos normativos y las políticas en salud se configuran en la praxis de los sistemas de salud, como dispositivos de poder que determinan los objetos de conocimiento (la salud, la enfermedad, las políticas, etc) y la forma como se definen y delimitan

las acciones o intervenciones dirigidas al cuidado de la salud.

En cuanto a la construcción de sujetos, los sistemas de salud cuentan con un arsenal normativo y publicitario de discursos que son utilizados para reconfigurar las necesidades de salud de un sujeto activo de la biomedicalización e instrumentalización de la vida, convirtiéndolo en un sujeto pasivo de un sistema de consumo³, es decir, una voluntad de medicalizar y ser medicalizado⁴⁶. El sujeto que provee servicios de salud también se encuentra a merced de un sistema que reproduce discursos mercadotécnicos e instrumentales, que luego se convierten en la voluntad de verdad requerida por la biomedicalización de la salud y la enfermedad.

Comprender estos mecanismos y relaciones de poder, así como la forma en que se ejerce este último, es una posibilidad que ofrece el empleo del análisis del discurso como estrategia teórica y metodológica, en particular el análisis crítico del discurso y la perspectiva foucaultiana. Un ejemplo de dicho aporte a la comprensión del funcionamiento de los sistemas de salud lo podemos encontrar a partir de la identificación de una práctica discursiva que se asume por parte de los hacedores de políticas públicas como una voluntad de verdad que insta un discurso instrumental y objetivo acerca de la salud y la enfermedad, entendiéndolas como un conjunto de conocimientos que legitima ciertas formas de actuar, y que explica a su vez las acciones sociales que proveen la base para lo que se reconoce como conocimiento; es decir, qué puede ser dicho, pensado y hecho, quién puede hablar, cuándo y con qué autoridad²⁰.

Esta forma de voluntad de verdad utilizada como dispositivo de poder^{3,4} la encontramos en la manera como se configuran las intervenciones en salud en el marco de las funciones del sistema de salud colombiano, el cual instrumentaliza y biomedicaliza la salud de las personas, desde la función de financiamiento, mecanismos coherentes con un discurso de bienes comercializables, es decir, las intervenciones en salud con un enfoque que, antes que sujetos sanos, requiere para su posicionamiento un sujeto enfermo para mantener su voluntad de verdad. Estos mecanismos se configuran en tecnologías de poder en un campo discursivo que determina la acción individual y colectiva frente a la salud de sí mismo y de su comunidad, y convierten a los sistemas de salud en un campo perfecto para ejercer relaciones de poder, en un marco de relaciones claramente asimétricas respecto de quienes ostentan ese poder; el sujeto que necesita del cuidado de la salud es subyugado por discursos

dominantes y hegemónicos⁴⁷, que, según Laurel⁴⁸, han confundido la discusión sobre las políticas y requieren un esfuerzo sostenido de vigilancia epistemológica para develar a fondo sus implicaciones.

Sobre la configuración de identidades de los profesionales de la salud, esta revisión analiza de qué manera el discurso es utilizado como un dispositivo de poder que limita la praxis disciplinar del profesional de salud y, en consecuencia, las acciones que están incluidas en la función de prestación de servicios de los sistemas de salud. Puesto que estamos hablando de discursos que se replican y construyen nuevos discursos, este uso asimétrico de las relaciones de poder configura las identidades de profesionales de la salud que deben ejercer la praxis disciplinar en el marco de un discurso regulatorio, que es impuesto por modelos de atención que limitan la autonomía del ejercicio profesional. Indirectamente, estas relaciones de poder limitan otros principios éticos en el cuidado de la salud volviendo a subjetivar un sujeto que no es garante de una perspectiva autónoma del derecho a la salud, y sí de una perspectiva instrumental y mercadotécnica de las intervenciones; en suma, un sujeto neoliberal tal como lo describe Águila et al.⁴⁹ y Houghton⁵⁰.

Sobre la estructura de los sistemas de salud, este trabajo de revisión sistemática de literatura muestra cómo estos responden a la configuración de una serie de funciones reguladas normativamente desde las políticas públicas, un sistema construido sobre la base de un discurso económico, el cual requiere de otras unidades discursivas coherentes con el mercado de la salud y la enfermedad, y no de unidades discursivas relacionadas con el derecho y la dignidad humana. Finalmente, esta revisión encuentra que el análisis del discurso como metodología y sustento teórico para el análisis de los sistemas de salud aporta nuevas perspectivas de comprensión de los sistemas de salud en su estructura conceptual y programática; de igual manera, aporta nuevas perspectivas de investigación que incluyen la participación del sujeto (trabajador de salud y usuario que recibe intervenciones), el reconocimiento de las relaciones de poder que se ejercen en la configuración y organización de las funciones de los sistemas de salud y abordajes más holísticos acerca de la concepción de la salud y la enfermedad a la hora de garantizar el cuidado de la salud de las personas en su ámbito individual y colectivo.

Conclusiones

Esta revisión agrupa los resultados en cuatro categorías en las que el análisis del discurso como enfoque metodológico y teórico puede abordar el estudio de los sistemas de salud, su estructura, sus funciones y todas las relaciones que se establecen en un marco completamente discursivo susceptible de análisis, ofreciendo así una posibilidad teórico-metodológica para el estudio de los sistemas de salud. Se identificó una serie de relaciones de poder asimétricas, que habrá que tener en cuenta en la configuración y estudio de los sistemas de salud. Quien ostenta el poder regulatorio en materia de salud habrá de pensar en las posibilidades de involucrar a los actores del sistema de salud, tanto a los profesionales de salud como al sujeto que recibe las intervenciones, con el fin de reivindicar el papel del sujeto en la construcción del cuidado de la salud, y convertirlo en un sujeto activo del cuidado de sí mismo. Desde la praxis de la salud pública, el análisis del discurso ofrece posibilidades analíticas que pueden dar soporte a la configuración de políticas públicas y procesos de reforma de los sistemas de salud como conjunto de relaciones e interacciones entre contextos sociales, políticos y económicos, y con unos objetivos conducentes al cuidado de la salud de las personas.

Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta el adecuado manejo de las referencias bibliográficas, el respeto por los derechos de autor y la diferenciación de los aportes propios versus los de los autores incluidos en esta revisión.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Esta revisión forma parte de las reflexiones académicas del proyecto de tesis doctoral titulado “Sistema de Salud en Colombia: Análisis arqueológico del Discurso, 1991-2015”.

Apoyo tecnológico

Los autores certificamos que no hemos utilizado inteligencia artificial, modelos de lenguaje, *machine learning*, o alguna tecnología similar, como ayuda en la creación de este artículo.

Referencias

1. Rajan D. Situation analysis of the health sector. Strategizing national health in the 21st century: A handbook. Geneva: World Health Organization, 2016.
2. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: ISAGS, 2012; p.21
3. Iriart C, Merhy EE. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface (Botucatu)*. 2017(21): 1005-1016. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0808>
4. López O, Jarillo EC. A health system's neoliberal reform: evidence from the Mexican case. *Cad Saude Publica*. 2017(33). doi: [10.15090/0102-311X00087416](https://doi.org/10.15090/0102-311X00087416)
5. Fischer F. Reframing public policy: Discursive politics and deliberative practices. New York: University Press, 2003.
6. Hajer MA. The living institutions of the EU: Analysing governance as performance. *Perspect Eur politics soc*. 2006; 7(1): 41-55. doi: <https://doi.org/10.1080/15705850600839546>
7. Howarth D. Power, discourse, and policy: articulating a hegemony approach to critical policy studies. *Crit Pol Stud*. 2010; 3(3-4): 309-335. doi: <https://doi.org/10.1080/19460171003619725>
8. Urra E, Muñoz A, Peña J. El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enferm Univ*. 2013; 10(2): 50-57. doi: [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(13\)72629-0](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(13)72629-0)
9. Frawley W, Fairclough N. Discourse and social change. 7. Cambridge: Polity, Language in Society university Press 1993; 421-424
10. Aitken G, Alldred P, Allwood R, Billington T, Burman E, Goldberg B, et al. Psychology, Discourse and Social Practice: From Regulation to Resistance: Taylor & Francis; 2005.
11. Hollway W. Subjectivity and method in psychology: Gender, meaning and science: Sage Publications: 1989.
12. Jaworski A, Coupland N. The discourse reader. Third edition. London; New York: Routledge; 2014.
13. Korobov N. Reconciling theory with method: From conversation analysis and critical discourse analysis to positioning analysis. *Forum Qual Soc Res*. 2001; 2(3). doi: <https://doi.org/10.17169/fqs-2.3.906>
14. Wodak R, Meyer M. Methods of critical discourse analysis. London, England: Sage; 2001.
15. Kendall, G, Wickham G. Using Foucault's Methods. London: Sage; 1999.
16. CASP, UK. CASP checklists. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Oxford: 2018; 33(1): 121-131.
17. Molina J, Peter E, Gallo J, Perelló C. Instrumentalisation of the health system: An examination of the impact on nursing practice and patient autonomy. *Nurs Inq*. 2018; 25(1): doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nin.12201>
18. Rodríguez PG, Universidad de Buenos Aires. La producción de enfermedad en el paradigma de la salud del siglo XXI. *Anagramas Rumbos sentidos comun*. 2013; 12(22): 37-52.
19. Avni S, Filc D, Davidovitch N. The Israeli Medical Association's discourse on health inequity. *Soc Sci Med*. 2015; 144: 119-126. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.015>
20. Molina J. Saber, poder y cultura de sí en la construcción de la autonomía del paciente en la toma de decisiones. Relación de la enfermera con el paciente, familia, equipo de salud y sistema sanitario. Palma: Universitat de les Illes Balears; 2013.
21. Echeverría G, Maturana JM. Análisis crítico del discurso de políticas públicas en diversidad sexual en Chile. *Univ Psychol*. 2015; 14(4): 1485-1498. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.up14-4.acdp>
22. Breheny M, Stephens C. Irreconcilable differences: Health professionals' constructions of adolescence and motherhood. *Soc Sci Med*. 2007; 64(1): 112-124. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.026>
23. Trigg LJ. Reproducing social inequality and unequal treatment in the national health information infrastructure: A discourse analysis of institute of medicine executive summaries. *Ans Adv Nurs Sci*. 2009; 32(3): 188-199. doi: [10.1097/ANS.0b013e3181b0d70a](https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181b0d70a)
24. Schofield I, Tolson D, Fleming V. How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital: A critical discourse analysis. *Nurs Inq*. 2012; 19(2): 165-176. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00554.x>
25. Dahlborg E, Pennbrant S, Boman Å. "The Emperor's new clothes": discourse analysis on how the patient is constructed in the new Swedish Patient Act. *Nurs Inq*. 2017; 24(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nin.12162>
26. Cole M. A discourse analysis of hand hygiene policy in NHS Trusts. *J Infect Prev*. 2015; 16(4): 156-161. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1757177415575412>
27. Fealy G, Hegarty J, McNamara M, Casey M, O'Leary

- D, Kennedy C, et al. Discursive constructions of professional identity in policy and regulatory discourse. *J Adv Nurs*. 2018; 74(9): 2157-2166. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13723>
28. Apker J, Eggly S. Communicating professional identity in medical socialization: Considering the ideological discourse of morning report. *Qual Health Res*. 2004; 14(3): 411-429. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732303260577>
 29. Horsfall J, Cleary M. Discourse analysis of an 'observation levels' nursing policy. *J Adv Nurs*. 2000; 32(5): 1291-1297. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01601.x>
 30. Bermúdez I, Ramos NM. La efectividad, estrategias y estructuras en el análisis del discurso político y su influencia en los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo. *Sal Quintana Roo*. 2022; 8(30): 8-14.
 31. Mitchell PF. A discourse analysis on how service providers in non-medical primary health and social care services understand their roles in mental health care. *Soc Sci Med*. 2009; 68(7): 1213-1220. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.001>
 32. Irestig M, Timpka T. Towards responsible system development in health services: A discourse analysis study of design conflict resolution tactics. *J Biomed Inform*. 2010; 43(1): 137-143. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2009.08.005>
 33. Dickinson H, Glasby J, Nicholds A, Sullivan H. Making sense of joint commissioning: three discourses of prevention, empowerment and efficiency. *BMC Health Serv Res*. 2013; 13 Suppl 1: S6. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-S1-S6>
 34. Kacen L, Bakshy I. Institutional narratives in the discourse between oncology social workers and cancer patients' self-help organization. *Qual Health Res*. 2005; 15(7): 861-880. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732305277908>
 35. McKinlay E, Plumridge L, McBain L, McLeod D, Pullon S, Brown S. What sort of health promotion are you talking about?: a discourse analysis of the talk of general practitioners. *Soc Sci Med*. 2005; 60(5): 1099-1106. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.041>
 36. Evans RA, Johnson S, Liu F, Boutain DM. Applying critical discourse analysis in health policy research: Case studies in regional, organizational, and global health. *Policy Polit Nurs Pract*. 2016; 17(3): 136-146. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1527154416669355>
 37. Walton JA, Lazzaro M. Othering the chronically ill: A discourse analysis of New Zealand health policy documents. *Health Commun*. 2016; 31(4): 460-467. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2014.966289>
 38. Baum F, Lawless A, MacDougall C, Delany T, McDermott D, Harris E, et al. New norms new policies: Did the Adelaide thinkers in residence scheme encourage new thinking about promoting well-being and Health in All Policies? *Soc Sci Med*. 2015; 147: 1-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.031>
 39. Baum F, Friel S. Politics, policies and processes: a multidisciplinary and multimethods research programme on policies on the social determinants of health inequity in Australia. *BMJ Open*. 2017; 7(12). doi: [10.1136/bmjopen-2017-017772](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017772)
 40. Trigg LJ. Social construction of the patient through problems of safety, uninsurance, and unequal treatment. *Adv Nurs Sci*. 2009; 32(3): 17-27. doi: [10.1097/ANS.0b013e3181b0d721](https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181b0d721)
 41. Harper DJ. Discourse analysis and mental health. *J Mental Health*. 1995; 4(4): 347-358. doi: <https://doi.org/10.1080/09638239550037406>
 42. Irestig M, Timpka T. Politics and technology in health information systems development: A discourse analysis of conflicts addressed in a systems design group. *J Biomed Inform*. 2008; 41(1): 82-94. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2007.05.009>
 43. Huzzard T, Hellström A, Lifvergren S. Whole system in the room: toward systems integration in healthcare. *Health Commun*. 2018; 33(7): 800-808. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2017.1314854>
 44. Foucault M. El sujeto y el poder-por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto. 1998.
 45. Foucault M, Rabinow P. Space, knowledge, and power. *Material Culture* 1982: 107-120.
 46. Foucault M. La política de la salud en el siglo XVIII. Estrategias de poder. Barcelona: Paidós; 1999.
 47. Foucault M. La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. *Nombres*. 1999; 15.
 48. Laurell AC. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina social* 2010;5(1):79-88.
 49. Águila C, Sicilia Á, Segovia L. El ideal de cuerpo delgado y la formación del sujeto neoliberal: Un estudio de caso. *Movimiento*. 2021; 26. doi: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.104124>
 50. Houghton E. Becoming a neoliberal subject. *Ephemera*. 2019; 19(3): 615-626.