

Neoliberalismo y reformas sanitarias en América Latina: una crítica a la concepción empresarial de los hospitales públicos

Cecilia Molina

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales Universidad Nacional de Cuyo

cmolina@isg.org.ar

Mesa N° 43. Los mercaderes y el templo. La salud en tiempos de capitalismo global

Políticas sociales Políticas de salud

Palabras clave: Neoliberalismo- Estado- Mercado- Salud- Hospitales- Nueva Gestión pública

Resumen

Las reformas sanitarias orientadas al mercado implementadas a partir de la última década del siglo pasado pusieron en la mira a los hospitales públicos por tratarse de los centros asistenciales que consumen la mayor parte del presupuesto de salud. Con base en la teoría económica neoclásica y la Nueva Gestión Pública, e impulsados por las directrices de los organismos de asistencia técnica y financiera que gravitan en el sector, gobiernos tanto de izquierda como de derecha ensayaron fórmulas reformistas. Hospitales descentralizados, empresas sociales del Estado, organizaciones sociales de salud y establecimientos de autogestión en red son los nombres como se conoce a esas fórmulas en América Latina. Si bien estas experiencias presentan matices en relación con sus diseños originales, muchas de las mezclas público-privadas que justificaron su génesis se mantienen hoy.

El propósito de esta ponencia es reflexionar sobre los problemas que conlleva pensar los hospitales públicos como empresas. Argumentaré que la pretensión de asimilar a la lógica del sector privado las complejas decisiones y relaciones de poder que tienen lugar cotidianamente en los hospitales tiene consecuencias adversas en términos políticos y en la configuración de los modelos asistenciales y de gestión. El escrito refutará tópicos frecuentes en cierta literatura sectorial. Entre ellos, los que sugieren que la competencia entre centros propicia la eficiencia; que la toma de decisiones descentralizadas incrementa la implicación de los equipos de salud y de la población en cuestiones que atañen a la organización hospitalaria o que los incentivos económicos, *per se*, posibilitan alinear la producción asistencial a objetivos de política de salud. Me valdré para ello de evaluaciones realizadas en diferentes regiones a partir de nociones de la gobernanza hospitalaria, la salud colectiva, la sociología de las profesiones y la teoría de la administración crítica del gerencialismo.

1. Introducción

La orientación de los servicios públicos de salud hacia el mercado y el traspaso de competencias desde niveles centrales a la periferia de Estado integran el núcleo duro de las reformas sanitarias neoliberales. Ese paradigma adquirió alcances globales en los años 80 del siglo pasado, como parte de la mutación más amplia en la intervención estatal que, con inspiración en la teoría económica neoclásica y en la Nueva Gestión Pública, promovió la retirada del Estado de la economía, la focalización del gasto público y la apertura de los mercados regionales a los capitales transnacionales.

En ese contexto cobraron impulso procesos tendientes a ampliar la autonomía de los hospitales de propiedad pública, con base en mezclas público-privadas muchas de las cuales se mantienen hoy (Kirkpatrick, Kuhlmann, Hartley, Dent & Lega, 2016; Laurell, 2016; Artaza Barrios, Méndez, Holder Morrison y Suárez Jiménez, 2011).

Las ideas de avanzar hacia la competencia pública y el giro hacia el mercado surgieron de la academia (Tobar, 2010), fueron avaladas y difundidas por los organismos internacionales de asistencia financiera y técnica que gravitan en el sector salud y, con diferencia de matices, fueron adoptadas por la mayoría de los gobiernos.

Estas propuestas se entroncaron con la Nueva gestión pública (NGP), paradigma de desempeño estatal que intentó remplazar el modelo burocrático –sobre el que se habían edificado las organizaciones inspiradas en la teoría keynesiana del Estado de Bienestar– por otro más flexible, que persigue liberar a las organizaciones públicas de interferencias de la política. La Nueva Gestión Pública (NGP), también conocida como gobierno empresarial, paradigma gerencial o posburocrático- es un modelo global y estandarizado de administración pública, “una guía prescriptiva de implementación” (Guerrero, 2004) que persigue mejorar el funcionamiento del sector público a partir de un discurso que contrapone “eficiencia privada” con “ineficiencia pública” (López, 2005).

En general, y a semejanza de otras medidas de reforma, la empresarialización de los hospitales públicos promovida por la NGP; se presentó una solución “técnica” para afrontar el reacomodo de la intervención del Estado en lo social, la crisis de financiamiento público y los criterios que hasta entonces habían orientado la gestión de los centros asistenciales. Inicialmente, los organismos internacionales, los gobiernos y parte de la literatura sectorial soslayaron la discusión sobre los alcances políticos de la propuesta, su adscripción a un nuevo modelo de desarrollo y sus consecuencias en la reconfiguración de las relaciones de poder en el sector salud (Fleury, 2008; Arroyo

Laguna, 2002; Walt y Gilson, 1994). El enfoque tecnocrático de las reformas pasa por alto las implicancias de las reformas en la mercantilización de la salud (Laurell, 2016; Tobar, 2012; Correia, 2009) y oscurece la dimensión política de la actividad del Estado (Vilas, 2011).

La idea de empresarializar los hospitales se defendió desde diferentes orientaciones políticas. Los socialismos europeos la presentaron como la posibilidad de adecuar los servicios de salud a las necesidades financieras de los Estados en el contexto de la crisis fiscal internacional y de los problemas presupuestarios de los gobiernos (Esping-Andersen, 1996; Ferrera et al., 2000; OPS, 2009, en Correia, 2009, p 86). Se justificó también en las deficiencias operativas de los centros y en la disconformidad de los ciudadanos con las prestaciones públicas (Álvarez y Moreno, 2012; Saltman, Duran & Dubois, 2011).

En América Latina, el diagnóstico que avaló la transformación de los hospitales se nutrió de argumentos como la falta de inversión en infraestructura y equipos y la progresiva ampliación de la brecha tecnológica entre servicios de salud privados y públicos como consecuencia del déficit del financiamiento estatal. También hizo referencia al acceso indiscriminado a los servicios complejos como factor que profundiza las desigualdades y la inequidad, al incremento de los costos de la atención médica y a la falta de capacidad gerencial de los hospitales (Fleury, 2008; Ugalde y Homedes, 2005; McPake, Yepes, Lake & Sánchez, 2003; O'Donnell, 1995, en Tobar, 1998).

Con independencia de las disparidades en los sistemas de salud y en la inserción de los hospitales en esos sistemas, el paradigma reformista postula que la introducción de mecanismos de mercado para captar fuentes de financiamiento diversificadas, las asociaciones público-privadas y la dotación de herramientas gerenciales para modernizar la administración, mejorar la eficiencia y las relaciones entre prestadores y aseguradores tienen potencialidades para revertir los problemas históricos de los hospitales.

El propósito de esta ponencia es reflexionar sobre los problemas que conlleva pensar los hospitales públicos como empresas. Argumentaré que la pretensión de asimilar a la lógica del sector privado las complejas decisiones y relaciones de poder que tienen lugar cotidianamente en los hospitales tiene consecuencias adversas en términos políticos, y en la configuración de los modelos asistenciales y de gestión.

El escrito está organizado en tres secciones. En la primera se repasan experiencias de

reforma hospitalaria de inspiración neoliberal en Latinoamérica y algunos de los problemas que desencadenaron, en especial su incapacidad para revertir los problemas de inequidad y fragmentación, que son comunes a los sistemas sanitarios de la región.

En segundo lugar, se exponen las objeciones que diferentes lentes analíticas plantean a los cambios hospitalarios inspirados en la Nueva Gestión Pública. Se recuperan las críticas emergentes del enfoque de la gobernanza hospitalaria; de la teoría de las profesiones a la que se ha recurrido para explicar los vínculos complejos entre Medicina y Gestión; de la teoría de las organizaciones que pone foco en la complejidad de los hospitales y de la Salud colectiva. Se cierra con una síntesis de las consecuencias que acarrea la pretensión de asimilar a los hospitales públicos a la lógica privada.

2. Distintos nombres y una misma agenda. Un repaso por los modelos hospitalarios orientados al mercado en América Latina

Hospitales descentralizados, Empresas sociales del Estado, Organizaciones sociales de salud, Establecimientos de autogestión en red, Empresas médicas previsionales son algunas de las denominaciones que adquirieron en América Latina los modelos hospitalarios de inspiración neoliberal. A continuación se presentan algunas de esas experiencias y las relaciones y tensiones con sus respectivos sistemas de salud.

En Perú los cambios en el financiamiento y en la gestión de los hospitales públicos se produjeron desde 1988, casi 10 años antes de que se legislara la Modernización de la Seguridad Social (ley 26790, de 1997). La experiencia peruana es considerada “un caso paradigmático de reforma sanitaria silenciosa, es decir, de una transformación ad hoc que ocurrió sin que existiera un diseño sistémico ni jurídico y se realizó por acumulación de reformas parciales” (Arroyo Laguna, 1999, p. 302).

El cambio en el financiamiento hospitalario fue una reacción a la profunda crisis fiscal del país. La idea original fue financiar mediante el cobro de servicios a la población no pobre los servicios destinados a los usuarios exceptuados de tarifas, en razón de su extrema pobreza. La autonomización hospitalaria en el Perú no significó una desvinculación con el Ministerio de Salud sino una flexibilización para autogenerar recursos y usufructuarlos de acuerdo con los criterios de las autoridades de cada centro (Arroyo Laguna, 1999). Como resultado de este movimiento, los servicios hospitalarios se optimizaron microeconómicamente y en algunos casos se modernizaron. Sin embargo, la ausencia de la dimensión macrosistémica de la reforma llevó a que los hospitales públicos mejoraran su situación pero no necesariamente la salud de la

población menos pudiente (Arroyo Laguna, 1999).

A principios de este siglo Perú incorporó esquemas de seguros para grupos específicos de población que no recibe servicios básicos. Los hospitales siguen cobrando los servicios a la población no asegurada en base a montos variables sujetos a la discrecionalidad de cada uno y obtienen recursos del Seguro Integral de Salud, que subsidia la provisión de servicios a la población en condiciones de pobreza y pobreza extrema (Alcalde Rabanal, Lazo González y Nigenda, 2011).

Los gobiernos nacionales de Colombia y Argentina encabezaron la reforma de los hospitales públicos en combinación con la de sus sistemas de seguro. En ambos casos, con asistencia del Banco Mundial, los ministerios de salud sancionaron leyes que otorgaron competencias a los hospitales para captar fuentes de financiamiento alternativas a los presupuestos públicos, descentralizaron decisiones e incorporaron instrumentos procedentes del sector privado a la gestión de los centros.

En Colombia el cambio de modelo de hospital se produjo en 1993 junto con la creación de un sistema de seguros competitivo denominado “Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Ambos fueron parte de la reforma sectorial iniciada en la década previa y se enmarcaron en el “proceso de modernización del Estado”, por el cual el sector público colombiano fue casi totalmente descentralizado hasta el nivel municipal.

La reforma colombiana comenzó con una descentralización territorial. Luego, el Ministerio de Salud les transfirió recursos a los departamentos y municipios otorgándoles amplias facultades para contratar servicios públicos y privados, incorporar recursos humanos y establecer diferentes mecanismos de pago (Sáenz, 2001). Esta descentralización territorial fue de la mano de la descentralización institucional, que redefinió la naturaleza jurídica de los hospitales públicos transformándolos en Empresas Sociales del Estado (ESE), con autonomía administrativa, técnica y financiera.

El modelo de financiamiento colombiano preveía la disminución progresiva de los subsidios a la oferta por parte del Estado y el incremento en las rentas de los hospitales como producto de la venta de servicios. La ley 100, de 1993, que respaldó el cambio, le asignó al Estado la función de comprar seguros de salud para la población pobre, promover la libre competencia por los fondos de salud entre administradores públicos y privados y regular el sistema (Laurell, 2012; García Álvarez, 2007).

Hacia 1997, la mayoría de los hospitales colombianos se habían transformado en ESE. Junto con los cambios en el financiamiento, se introdujeron en la gestión de los

hospitales criterios y herramientas empresariales. La aspiración de los reformadores era “lograr hospitales autosostenibles, capaces de competir con las instituciones privadas de salud, con experiencia en el mercado y ánimo de rentabilidad financiera” (Carrioni, Hernández y Molina, 2007, p. 76).

Los efectos de la transformación colombiana han sido mayoritariamente evaluados de manera negativa. Decenas de hospitales públicos cerraron o quebraron, la deuda de los aseguradores (en especial los privados) con los prestadores públicos es altísima, las aseguradoras evitan a la población más pobre, los copagos disuaden a los pacientes y los costos administrativos y de personal se incrementaron (Laurell, 2012; Ugalde y Homedes, 2007, p. 45; Carrioni, Hernández y Molina, 2007).

En Argentina, la desregulación de las obras sociales y la autogestión hospitalaria fueron las medidas centrales de reforma sectorial que el gobierno nacional impulsó en los 90. Los cambios, planteados como complementarios, emergieron en el contexto de la reforma del Estado y de las exigencias de los organismos acreedores internacionales. Ambos atendieron a las orientaciones prescriptas por los bancos para reformular la intervención estatal.

En sus enunciados, la autogestión hospitalaria se relacionó con la aspiración de modernizar y democratizar el Estado. El modelo incorporó en su formulación condimentos típicos de las transformaciones inspiradas en la NGP y en la separación de funciones. El documento sobre el Hospital Público de Autogestión (HPA) elaborado en 1996 por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación para asentar los lineamientos teóricos del modelo, explicita que la base conceptual del HPA es el paso “del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda”, lo que supone la identificación del financiamiento de cada usuario, aun los que dependen del Estado y la competencia público–privada.

... el hospital público debe ser considerado como una empresa (...) una organización que compite ofreciendo servicios hospitalarios a usuarios tanto privados como públicos (...) y que en la práctica debe actuar como regulador de los costos en el mercado de la salud, formador de recurso humano en gerenciamiento e impulsor de programas tendientes a garantizar la calidad de la atención. (Cap. 1. p. 10 y 11).

En la caracterización de Cetrángolo (1998), el modelo de HPA argentino contempla una amplia descentralización en la administración cotidiana; dirección conformada por representantes del sector público provincial, los distintos estamentos del hospital y miembros de la comunidad; la posibilidad legal de facturar y captar recursos adicionales

a través de convenios con terceros o por prestaciones específicas (manteniendo la obligación de atender a todo paciente que se presente) y el establecimiento “ex-ante” de un mecanismo de reparto de los fondos adicionales donde una parte va al hospital para equipamiento y el resto se distribuye como adicional salarial.

La literatura que analiza los factores que propiciaron la emergencia de los HPA se puede dividir en dos grandes grupos. Un primero plantea que el gobierno nacional impulsó los cambios con la intención de acotar gastos sociales en el marco de las restricciones fiscales imperantes (Cortés y Kesler, 2013; Moscoso y Modarelli, 2009; Cetrángolo, 2002). Otro da cuenta, a partir de un enfoque histórico-político, de motivaciones más amplias que guiaron a los reformadores. Según Belmartino (2005), por ejemplo, la autogestión y la desregulación de las obras sociales fueron mecanismos mediante los cuales el gobierno nacional buscó posicionarse políticamente frente a los sindicatos y las corporaciones profesionales para enfrentar la fragmentación del sistema.

El interés de la Nación por reforzar su capacidad de liderazgo y direccionar el sistema en su conjunto inyectando recursos faltantes vía financiamiento de los bancos también es puesto de manifiesto en un análisis de la dinámica política de la descentralización por Repetto (2001). El politólogo señala que la adopción o no de estrategias para brindar mayor autonomía a los establecimientos hospitalarios estuvo sujeta a los proyectos y capacidades de cada instancia subnacional “Dependió exclusivamente del proyecto y la voluntad política provinciales” (Repetto, 2001, p. 86).

Desde la economía política, se advirtió un potencial aporte del HPA a la superación de dos problemas históricos del sistema de salud argentino: la fragmentación entre subsectores público y seguridad social y entre la jurisdicción nacional y las provincias y la falta de equidad. Por ambos lados, los estudios arrojan conclusiones negativas (Cetrángolo, 2011; Cetrángolo y Devoto, 2002; Sojo, 2000).

La literatura que evalúa los logros del modelo en cuanto a mejoras de la gestión de los hospitales señala que en general no se desarrollaron las capacidades gerenciales y organizativas previstas, en parte por la desorientación que generó la puesta en marcha del proyecto entre los equipos de salud provinciales (Worldbank, 2004; Cetrángolo y Devoto, 2002).

A semejanza de Argentina y de Colombia, Nicaragua y Panamá registran cambios simultáneos en los sistemas de aseguramiento y en la gestión de sus hospitales públicos en la década de 1990. Casi sin distinguos, los gobiernos de los dos países introdujeron los contratos de gestión como instrumentos para vincular la actividad con

los recursos a asignar a los hospitales y promovieron asociaciones público–privadas.

Nicaragua creó las Empresas Médicas Previsionales (EMP) y le dio al Instituto Nicaragüense de Seguro Social (INSS) la posibilidad de subcontratar empresas públicas o privadas para proveer servicios de salud a sus afiliados.

En Panamá se creó Consalud, entidad autónoma que recibe anualmente el presupuesto proveniente del Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social a cambio de entregar servicios integrales de salud (Artaza Barrios et al., 2011).

En sintonía con muchos estados europeos, Costa Rica, país que ostenta una de las tasas de aseguramiento más extendidas de la región, no modificó el financiamiento de sus hospitales públicos. En 1998, siguiendo la orientación hegemónica, introdujo la separación de funciones de financiación y provisión en la Caja Costarricense del Seguro Social y sancionó la ley de desconcentración de hospitales y clínicas, que contempla la creación de juntas de salud, con el fin de promover la participación ciudadana.

La vinculación entre financiadores y proveedores, como en otros países, tiene lugar a través de compromisos de gestión. Las juntas de salud –constituidas con representantes patronales, de los asegurados y de asociaciones vecinales pro hospitales– pueden proponer criterios a incorporar en los compromisos de gestión e intervenir en la definición de las prioridades y políticas generales de los hospitales en materia de inversión, contratación administrativa y promoción e incentivos para los trabajadores (Artaza Barrios et al., 2011; Sáenz, Acosta, Muiser y Bermúdez, 2011).

Brasil introdujo progresivamente en distintos estados la figura de las Organizaciones Sociales de Salud (OSS) que promueven la gestión hospitalaria a partir de asociación público–privada, que es otra de las tendencias de reforma impulsadas desde los 90. En este modelo, el vínculo hospitales–gobierno se preserva mediante contratos de desempeño en los que se especifican cantidad de servicios a ofrecer, objetivos de calidad y requisitos de información sobre producción, costos, personal y resultados de encuestas de satisfacción del paciente. Los incumplimientos se traducen en descuentos o pérdida de los contratos (Vieira Melo & Paese, 2013).

Los juicios sobre este diseño están divididos. Sus defensores sostienen que crea un entorno de incentivos y de rendición de cuentas que mejora la actividad de los hospitales, conservando intacta la misión pública de brindar salud de forma gratuita. Argumentan que la libertad de que disponen los gerentes para manejar presupuestos y recursos, entre ellos los destinados al personal, la permanencia de directivos no atada a los cambios políticos y las bajas tasas de rotación de profesionales presentes en las

propuestas posibilitan un compromiso con la organización que es muy difícil de generar en los hospitales de propiedad y gestión estatal (La Forgia & Harding, 2009; Artaza Barrios et al., 2011). En contraste, Laurell (2012, p. 24) y Cohn (2009) consideran que el modelo contraría los enunciados de la Constitución Nacional y que, en nombre de la relación costo–eficacia, incorpora la racionalidad del mercado al interior de los servicios públicos de salud. Una evaluación de la puesta en marcha de los hospitales públicos administrados por OSS en el estado de Espírito Santo, por ejemplo, sugiere que las denominadas entidades sin ánimo de lucro que gerencian los centros no necesariamente son más eficientes, ni elevan la calidad de los servicios y en cambio, al convenir servicios con las grandes empresas médicas, fortalecen la privatización del sistema público de salud. (Turino, Barreto Soares, Coser Mansur, & Sodré, 2016).

Chile incorporó un nuevo modelo hospitalario en 2004 a través de la figura de los Establecimientos de Autogestión en Red (EAR). A diferencia de las otras reformas, en ese país no hubo simultaneidad entre los cambios en los sistemas de aseguramiento y provisión de servicios y se procuró redefinir las funciones de los hospitales en el sistema mayor de las redes de servicios.

Los objetivos explícitos de la reforma chilena fueron modelar el desarrollo de la provisión pública de servicios en una lógica de redes integradas, alinear a los hospitales con el proceso de cambio de modelo de atención y generar condiciones organizacionales para ajustar la oferta de servicios a las nuevas necesidades de salud introducidas por las Garantías Explícitas en Salud (Méndez y otros, 2013, p. 48). Estas garantías son parte del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (el Plan AUGE), que estipula, por ley, los servicios y condiciones de acceso a los que tiene derecho los afiliados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Este plan trató de sanear en alguna medida la profunda segmentación entre asegurados públicos y privados que introdujo la reforma de los 80.

A partir de 2004, por efecto de la ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (ley 19937), los EAR deben cumplir con procedimientos de medición de costos, calidad de servicios y satisfacción de usuarios. Tienen cierto margen para elaborar sus presupuestos pero no disponen de autonomía financiera (Artaza Barrios et al., 2011, p. 73; Méndez y Alarcón, 2011). Los servicios de salud estatales definen cartera de servicios, niveles de complejidad, especialidades y normas de referencia y contrarreferencia que los EAR de cada región deben cumplir. Por su lado, los directivos de los hospitales disponen de cierta flexibilidad y autonomía para asignar y gestionar su

presupuesto y personal con vistas a alcanzar las metas que les han sido fijadas como integrantes de las redes de servicios. Desde 2005, tiene vigencia el Reglamento Orgánico de los EAR (Decreto N°38), que define los criterios para acreditar anualmente a los hospitales como tales. El mantenimiento de esta condición está sujeto a la complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones que ofrece cada hospital (Méndez et al., 2012, p. 248).

A continuación se sintetizan las formas que asumieron los cambios en los países:

<i>País</i>	<i>Forma hospital</i>	<i>Inicio</i>	<i>Financiamiento</i>	<i>Situación actual</i>
<i>Perú</i>	Hospitales e institutos	Informal 1988 Formal 1997	Mixto	Incorpora seguros públicos desde 2001 Mantiene cobro directo
<i>Colombia</i>	Empresa social del Estado	1993	Libre competencia entre públicos y privados por los fondos de salud	Cierre de hospitales por quiebra
<i>Argentina</i>	Hospitales de autogestión	1993	Financiamiento público y a través del sistema de seguridad social	Incorpora seguros públicos desde 2004. Con desigual aplicación según las provincias
<i>Nicaragua</i>	Empresas médicas previsionales		Mixto	Vigente
<i>Costa Rica</i>	Hospitales desconcentrados-Juntas de salud	1998	Público	Vigente
<i>Brasil</i>	Organizaciones sociales de salud	1998 San Pablo 2009 Espíritu Santo 2011 Mato Grosso	Público	Vigente en algunos estados
<i>Chile</i>	Establecimientos de Autogestión en Red	2004	Mixto	Vigente

Fuente: elaboración propia.

La reseña realizada confirma que, con diferencia de matices, buena parte de los gobiernos latinoamericanos incorporaron nuevos diseños hospitalarios. Los ejes comunes de los cambios han sido la separación de las funciones de financiamiento y provisión y la adopción de criterios gerenciales en la administración de los centros.

Una publicación que pasa revista de las reformas de los últimos veinte años advierte que en América Latina “persisten los arreglos económicos que, con mayor o menor regulación, se instauraron hace dos décadas y no se han producido grandes cambios respecto de la lógica pública y privada en el aseguramiento y provisión de servicios de salud” (Artaza Barrios et al., 2011, p. 77)

3. La empresarialización de los hospitales en la mira

Para objetar el modelo empresarial de hospital apelamos a desarrollos procedentes de la gobernanza hospitalaria (enfoque que puja por desplazar a la Nueva Gestión Pública como paradigma de cambio, en Europa) y a los formulados desde la teoría de las profesiones y la teoría de las organizaciones crítica del paradigma gerencial. Cerramos este apartado con aportes de la salud colectiva, un campo interdisciplinario nacido en Latinoamérica donde confluyen perspectivas comprometidas con los procesos políticos centrados en la salud de los grupos sociales subalternos.

Con independencia del contexto del que emergen, las críticas a la orientación gerencial de los hospitales públicos asumen que es una simplificación teórica, con graves consecuencias políticas, asimilar a las organizaciones de salud a la lógica de la empresa. Comparten que los hospitales atienden a objetivos complejos y en algunos casos contradictorios, como la provisión de respuestas sanitarias, la concentración de la tecnología y terapéutica de alta complejidad y, por tanto, la búsqueda de economías de escala. Los hospitales abrazan fines variados, más allá del comúnmente aceptado de mejorar la salud de la población. Son las agencias del Estado a través de las cuales las políticas de salud “llegan” a los ciudadanos (Gilson, 2012) y son escenarios privilegiados para el aprendizaje y la práctica de la medicina (Tobar, 2010; Witman, Smid, Meurs & Willems, 2010); “donde los médicos profesores simbolizan y transmiten el ser y el deber ser profesional” (Jarillo Soto, 2007, p. 334). Buena parte de la organización de la actividad del hospital se subordina a las demandas de socialización profesional.

En la mayoría de los países, estos centros concentran las respuestas más sofisticadas para enfrentar las enfermedades y se consideran el lugar donde se produce

el conocimiento biomédico, se agrupan los expertos, se dispone de los mejores medios y de la información más actualizada (Álvarez y Moreno, 2012, p. 9). Estos factores les confieren legitimidad social y son fuente de prestigio para quienes trabajan en ellos (Artaza Barrios et al., 2011, p. 42; Tobar, 2010, pp. 90-91). Lógicas políticas, sanitarias, económicas y profesionales se imbrican en el día a día del hospital.

3.1 Autonomización e inequidad: dos riesgos de la despolitización de las políticas hospitalarias

La NGP orientó las reformas administrativas de los estados y los nuevos modelos hospitalarios, sin quiebres, hasta la primera década del siglo XXI. Desde hace pocos años intenta ser reemplazada por la gobernanza hospitalaria, que se presenta como superadora (también) del modelo burocrático tradicional. “Es un paradigma capaz de reflejar la fusión de las diferencias entre los reinos de la política, la administración y la gestión y entre formulación y ejecución de políticas” (Saltman et al., 2011, p. 24).

Un texto sobre gobernanza que cuestiona la impronta de la NGP en los hospitales europeos advierte el divorcio entre política y administración que defiende el enfoque y la concepción tecnocrática que lo sostiene: “La revolución gerencialista entiende la política como interferencia en la sana gestión, que debe ser una actividad técnica, no política” (Álvarez y Moreno, 2012, p. 16). Entre los factores negativos de la NGP esta corriente destaca que:

- I. El paradigma gerencial se desentiende de la búsqueda de legitimidad y de responsabilidad democrática propias del sector público, de la orientación al entorno sociopolítico y de la equidad (Álvarez y Moreno, 2012).
- II. La empresarialización puede devenir en autonomización de la autoridad política que sustenta la propiedad del hospital (Álvarez y Moreno, 2012, p. 29).
- III. El gerencialismo no puede integrar en una estrategia coherente las lógicas políticas, gestionarias y profesionales imbricadas en las relaciones entre los actores que convergen en los hospitales: autoridades políticas, directivos de los centros, jefes de servicios médicos, organizaciones gremiales y grupos de pacientes (Saltman et al., 2011; Álvarez, y Moreno, 2012).
- IV. Por las falencias anteriores, las reformas gerenciales no inciden en la práctica clínica (Saltman et al., p. 47).

En Latinoamérica, las implicancias de la NGP en los hospitales han sido menos analizadas. Se sostiene que “ha conducido con frecuencia a grandes problemas (...)

debido al pragmatismo de las reformas y porque choca con prácticas existentes” (Almeida 2006, p. 159). O bien que la oposición entre valores de carácter neoempresarial con culturas sectoriales de carácter profesional, como la médica, es altamente negativa. “Se corre el riesgo de que los medios (economía, eficiencia, eficacia) se transforman en fines y que se pierdan de vista los objetivos últimos de los programas públicos” (Ramió Matas 2001, p. 19).

Otra línea de cuestionamientos advierte que lógica gerencial como superadora de la lógica burocrática, tal como se justificó en Europa, no es aplicable a la región. Para Arroyo Laguna (2002), la reforma gerencialista se propuso erradicar el modelo burocrático-estatista, desconociendo que en América Latina ese modelo de relación Estado/sociedad nunca se impuso sobre el patrimonialismo o clientelismo. Como resultado, se observa:

... una mezcla de modelos en el que la ausencia de formalidad y la ampliación de márgenes de decisión de los directivos profundiza la discrecionalidad y falta de transparencia de las decisiones en las organizaciones sanitarias, cuyos objetivos no siempre están definidos con precisión (Arroyo Laguna, 2002, p. 213-214).

En suma: la asunción de la NGP, de acuerdo con la cual “la política” interfiere en la “buena gestión” de los hospitales, produce una sucesión de desvinculaciones. En lo que se refiere a la relación ministerios de salud–hospitales, el énfasis puesto en la “eficiencia” de cada organización, implica el riesgo de desligar la actividad hospitalaria de la decisión política. De allí que sin plantear un retorno al paradigma burocrático que enfatiza la autoridad formal y la preocupación por las normas, distintos autores llaman la atención sobre el peligro de que los hospitales se guíen por sus prioridades internas, aun cuando logren eficiencia microeconómica (Álvarez y Moreno, 2012; Campos y Amaral, 2007) y desatendan cuestiones más sistémicas y metas de política pública. “La ausencia de la dimensión macrosistémica de la reforma –que compete al Ministerio de Salud– entraña el riesgo de originar un cuadro de microeficiencia con macroineficiencias y macroinequidades” (Arroyo Laguna, 1999, p. 307).

3.2 La imposibilidad de omitir la tensión entre orientaciones como cuestión inherente al gobierno de los hospitales

La sociología de las profesiones en sus vertientes neweberiana y neomarxista aporta claves de lectura que ponen en cuestión la idea de los profesionales de la salud como “recursos humanos”, propia de la concepción empresarial. Desafía también las lentes

que separan a los profesionales de la definición de las políticas y que conciben la implementación de estas últimas como resultado de la obediencia de los primeros.

Los profesionales obtienen poder e influencia como expertos técnica y políticamente útiles a los gobiernos. “Recurrir a ellos y asignarles poder se legitima mediante la racionalidad tecnocrática que forma parte de la ideología de la sociedad industrial avanzada” (Wilding, 1982, p. 17, en Parsons, 2007, p 185). Legitimados por el Estado y la sociedad, participan en la definición y consecución de los objetivos de las políticas de salud. “Intervienen en la identificación de las necesidades, en la construcción de las alternativas de respuesta, en los instrumentos para resolverlas y en la formación del personal para tratarlas” (Johnson, 1995, p. 23). “Están íntimamente involucrados en la generación de definiciones gubernamentales acerca de la realidad y, por tanto, cualquier intento radical de separarlos de los ‘definidores oficiales’ es inadecuado” (González Leandri, 2012, p. 108).

Los hospitales son caracterizados por Eliot Freidson como ámbitos de confrontación entre orientaciones asistenciales y gerenciales y por Andrew Abbott como “regímenes de profesiones”, como espacios donde distintas ocupaciones tratan de ampliar su dominio mediante el uso de conocimiento abstracto para anexar nuevas áreas a su trabajo.

Años antes de los cambios hospitalarios con orientación al mercado, Freidson (1970) ya había advertido que el conocimiento experto y las rutinas profesionales inciden profundamente en la dinámica de estos centros. Su planteo es claramente explicitado en un análisis de la organización de los cuidados en los hospitales estadounidenses: “Mi premisa es que la dominancia profesional en los servicios de salud es un problema suficiente como para justificar el fortalecimiento de la gestión y de los procedimientos burocráticos” (Freidson, 1970, p. 167). Este planteo abrió la puerta para pensar a los hospitales como espacios de colisión entre lógicas diferenciadas.

Un distingo enunciado por Freidson y asumido luego por numerosos trabajos que indagan en las relaciones entre administradores y médicos en los hospitales es la diferenciación entre la orientación gestonaria y la asistencial. Así, mientras la identidad del médico tiene raíces en su relación con el paciente bajo tratamiento y por lo tanto se inclinaría (por naturaleza y formación) a considerar su trabajo a través de la lente del paciente y a centrarse en lo “micro”, en la atención clínica de los individuos, los administradores tienden a racionalizar las prácticas, a priorizar las necesidades de la población como conjunto y los objetivos de la organización empleadora (Freidson,

1994, en Neogy & Kirkpatrick, 2009, p. 10).

No obstante, frente a las progresivas presiones económicas impuestas por el neoliberalismo el último Freidson se posicionó a favor del profesionalismo médico como “tercera lógica”, como forma de producción y regulación de los servicios de salud basada en los conocimientos y en la centralidad de los ciudadanos, diferente de la lógica de mercado, (impulsada por el gerencialismo) y de la racional –legal o burocrática (propia del Estado). Frente a la lógica gerencial, el profesionalismo, como lógica de la organización del trabajo centrada en los usuarios, ofrecería más ventajas que la lógica de rentabilidad, que privilegia el mercado y la maximización de beneficios, y que la lógica jerárquica burocrática, que, en nombre de la eficiencia estatal, estandariza las respuestas y desmotiva a quienes las producen (Freidson, 2001, en Irigoyen, 2011, p. 289; en Timmermans and Oh, 2010, p. 181).

La perspectiva descripta orienta análisis recientes sin embargo queda mucho por indagar en torno a cómo, y a partir de qué lógicas y procesos los profesionales de la salud adoptan y/o adaptan las estrategias de cambio delineadas en los nuevos modelos (Kuhlmann, Rangnitt y von Knorring, 2016) o, dicho de otro modo, sobre cómo se resignificará la relación Medicina y Gestión a partir de la irrupción de la NGP en los hospitales.

3.3 Saberes y poderes en el hospital

La complejidad que supone gobernar hospitales como consecuencia del poder profesional, especialmente médico, que concentran los centros es advertida por los estudios organizacionales (Mintzberg, 1999; Rodríguez y Guillén, 1992) y el análisis de políticas de salud (Kirkpatrick et al. 2016; Freire y Repullo, 2011; Tobar, 2009)

La concepción empresarial apuesta a limitar el autogobierno médico mediante el refuerzo de la autoridad de los gerentes, la estandarización de las decisiones clínicas y la introducción de mecanismos de control de costos, cuestiones, todas, no exentas de tensiones. La base de estos planteos es una concepción de la administración que caracteriza a los hospitales como sistemas holísticos, integrados por normas y donde el conflicto sería la excepción (Arellano Gault, 2010; Daudi, 1986). Esta mirada piensa a los actores organizacionales como individuos que actúan racionalmente y cuyas conductas son alineables mediante instrumentos organizacionales e incentivos económicos. Como consecuencia, asigna a los gerentes un rol central en el cumplimiento de los objetivos organizacionales y concibe los problemas de diseño

organizativo, los sistemas de control y los incentivos como “problemas técnicos” (Pfeffer, 1978).

A contramano de esa versión simplificada, en una clasificación a la que muchos trabajos empíricos sobre las reformas neoliberales hacen referencia, Henry Mintzberg caracteriza a los hospitales como burocracias profesionales. La diferencia entre este tipo de burocracia y otra tradicional o mecánica, es que esta última confía en la autoridad de naturaleza jerárquica, en el poder del cargo, mientras que la burocracia profesional enfatiza el poder del experto (Mintzberg, 1999, p. 229). Ese poder experto se ejerce en las bases o en el núcleo operativo de las organizaciones, con un amplio margen de decisión. En el caso de los hospitales, se ejerce desde los servicios médicos.

El distingo de Mintzberg ha sido recuperado por Tobar (2009), quien postula que en las organizaciones hospitalarias avanzadas la burocracia tradicional y la burocracia profesional se yuxtaponen, configurando dos organizaciones. Atendiendo a esta divisoria y refiriéndose específicamente a los proyectos de autonomía hospitalaria, Tobar sugiere que tienen potenciales es construir nuevos procesos decisorios que integren las dos lógicas en el gobierno de la organización.

Otra especificidad de las organizaciones hospitalarias que pasa por alto la concepción empresarial, es la gravitación de los propósitos de enseñanza de la medicina y el influjo de esa disciplina en el diseño y el funcionamiento de los centros.

Ya desde el nacimiento de la clínica, a fines del siglo XVIII, el concepto original de los hospitales como instituciones de aislamiento y de asistencia a pobres fue desplazado por el de instrumento terapéutico y espacio para el desarrollo del saber sobre la población y sus procesos vitales (Foucault, 1978). Desde entonces el hospital es el lugar privilegiado para el desarrollo y aprendizaje de la práctica médica. Tal es el peso de los procesos de enseñanza que una reconstrucción de la historia de los hospitales en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica, realizada con vistas a proponer un diseño organizativo y funcional acorde a las especificidades de la región, señala:

El hospital que ha llegado hasta nuestros días se caracteriza porque en su conformación subyace una distribución, clasificación, jerarquización y delimitación, circunscritas a determinado ordenamiento de las regiones anatómicas y a su fisiología. Es una expresión de la medicina clasificatoria que se consolidó en los siglos XVIII y XIX; forma de medicina que ha determinado la teoría y práctica médicas hospitalarias (Arroyabe e Izasa, 1989, p. 187).

Esta organización de los hospitales basada en las clasificaciones médicas se fortaleció y extendió a partir de un informe sobre la medicina y la educación médica producido por

Abraham Flexner a principios del siglo XX en Estados Unidos. Ese informe, en el cual convergen en el enfermo las intervenciones compartimentalizadas de las diferentes especialidades, inspira un modelo de hospital que “se impone en todo el mundo como estilo arquitectónico, organizativo y curativo (...) provocando consecuencias hasta hoy irreversibles en el trabajo médico, la organización hospitalaria (...) y la práctica de los profesionales de la salud (Jarillo Soto, 2007, p. 340).

Numerosos trabajos llaman la atención sobre la persistencia del modelo flexneriano como sustrato organizacional de los hospitales latinoamericanos. Y si bien las nuevas tendencias apuntan a la organización por cuidados progresivos centrados en las necesidades de las personas, el modelo tradicional de distribución de camas y departamentos o divisiones organizados en base a las especialidades y profesiones mantiene plena vigencia (Schivavone, Mazza y Cordero, 2011, p. 19; Campos y Amaral, 2007) y parece inmune a las reformas de corte gerencial.

3.4 Alternativas para superar la tensión histórica entre Medicina y Gestión o la defensa de la autonomía necesaria

Además de advertir sus implicancias negativas en materia de universalización en el acceso a la salud, la Salud Colectiva¹ cuestiona la empresarialización de los hospitales públicos por entender que es un esquema que desconoce las lógicas de poder que se conjugan en los hospitales y pretende encorsetar prácticas de cuidado cuya esencia es, precisamente, atender a las singularidades.

Autores inscriptos en esta corriente postulan que la dinámica de poder de los hospitales sólo puede ser entendida desde una concepción relacional que relativice el peso de los lugares ocupados por los actores en la estructura formal.

... el punto de partida para discutir la singularidad de las organizaciones hospitalarias es que en su interior conviven en tensión la autoridad del tipo jurídico-formal, de arriba hacia abajo, con líneas de mando, reglas escritas y formalizadas –que son aspectos característicos de las organizaciones que se aproximan a la burocracia del tipo ideal weberiano– y la autoridad médica, con su fuerte componente de autonomía. (Graça Carapinheiro, 1993, en Cecílio y Mendes 2004, pp. 44-45).

Control y autonomía son para Cecílio (1999, p. 321) tensiones consustanciales a los hospitales: “muchos de los conflictos cotidianos que se suceden en las organizaciones

¹ Desde sus orígenes, en la década del 70 del siglo pasado, de la mano del movimiento de reforma sanitaria de Brasil, la Salud colectiva “trata de vincular la producción de conocimientos con el compromiso de modificar la práctica social” (Jarillo Soto & Guinsberg, 2007, Introducción).

tienen como base la disputa de los profesionales por controlar autónomamente los recursos de su trabajo”.

Cecílio se refiere a la autonomía como una característica de las profesiones que complejiza el gobierno de los hospitales aun cuando respondan a modelos que aspiran a ser democráticos y descentralizados, con objetivos explícitos y con dirección colegiada en los diferentes niveles de la organización. El brasileño problematiza el poder médico a partir de conceptos de la sociología de la salud, en vertientes que han hecho propias las teoría de la burocracia y la teoría de la acción de Max Weber y los desarrollos de Foucault sobre la medicina como poder/saber. Por un lado, a partir de nociones teóricas basadas en la fenomenología y en la teoría de la acción de base weberiana, sugiere pensar el hospital “como un ordenamiento precario y provisorio, (...) una red compleja compuesta por centros de escucha, de peticiones, de compromisos (...) de relaciones que se establecen entre pares, con expectativas de mutuo cumplimiento” (Merhy y Cecílio, 2003, p. 115). “Estas ideas comparten el énfasis en la acción creativa de los actores institucionales (...) en su activa participación en la reinterpretación de directrices y objetivos de la organización” (Cecílio y Mendes, 2004, p. 45).

Enlazando aspectos de la analítica del poder de Foucault y reflexiones de la socióloga portuguesa Graça Carapinheiro (1993), Cecílio afirma que:

a) Los médicos son los únicos profesionales realmente autónomos en el hospital; b) la naturaleza del poder médico es un poder-saber. La indeterminación es una característica del saber médico que lo protege de la rutinización y la descalificación; c) es la indeterminación lo que separa el saber médico de los saberes periféricos y de los saberes profanos y simultáneamente la cláusula que asegura la no injerencia de cualquier forma de regulación externa a la profesión (Carapinheiro, 1993, pp. 74-75); d) el poder médico en el hospital se localiza en los servicios y estos constituyen el dominio específico de desarrollo de las relaciones de poder en el hospital, cuyo instrumento es la disciplina médica, entendida como saber y como control social (Carapinheiro, 1993, p. 79, en Cecílio, 1999, pp. 321-322).

La salud colectiva comparte con las corrientes antes vistas que los hospitales son espacios en los que racionalidades administrativas y profesionales conviven con tiranteces pero objeta que la autonomía pueda y/o deba ser encorsetada en lógicas burocráticas o gestionarias.

Desde su clave de análisis, si bien la polaridad entre autonomía y control produce tensiones, también puede disparar nuevos procesos de producción de salud, desafiar conceptos dominantes y abrir paso a nuevas relaciones de poder. “La gran

posibilidad de quebrar la lógica predominante en la salud es su deconstrucción en el espacio de la micropolítica, en el espacio de la organización del trabajo y de las prácticas en el sector” (Merhy, 2002, en Merhy, Feuerwerker y Ceccim, 2006).

Esta perspectiva ha sido profundizada a partir de la inquietud por desarrollar nuevos modelos de gobierno y de atención hospitalaria que contemplen, simultáneamente, los preceptos de universalidad, acceso a redes integradas de servicios y espacios para la toma de decisiones autónomas entre quienes producen salud (Campos, 2010; Campos y Amaral, 2007).

Para Campos (2010) la superación del “malestar histórico” entre gestión y clínica requiere la construcción de un paradigma nuevo que reconozca y conviva con la autonomía relativa de los trabajadores, y al mismo tiempo, atienda a la perspectiva de los usuarios y al saber estructurado sobre salud. Desacredita así la racionalidad gerencial hegemónica que persigue desplazar el poder de decisión del clínico mediante guías estandarizadas o sistemas de información.

4. Conclusiones

Las reformas neoliberales marcaron tendencias que gravitan en los sistemas de salud y en los hospitales públicos de Latinoamérica hasta nuestros días. Y aunque algunos gobiernos promueven una vuelta a la salud como derecho de ciudadanía (Laurell, 2016) y países como Argentina en la última década incrementaron fondos y programas públicos para mejorar las condiciones de acceso a prestaciones y bienes como los medicamentos (Krause, 2014; Cortés y Kesler, 2013), la trama financiera y organizativa en la que operan los hospitales públicos mantiene -y en algunos casos ha profundizado-, la fragmentación y heterogeneidad del pasado.

No se analizaron en este escrito los resultados sanitarios de los modelos hospitalarios inspirados en el paradigma gerencial. El énfasis se puso en las inconsistencias políticas y conceptuales que orientan los proyectos con base en la NGP y sus efectos en el gobierno y los modos de organizar el trabajo en salud.

Pensar a los hospitales como empresas, tiene, por un lado, consecuencias adversas para la gobernabilidad de los sistemas de salud. Vimos que en los hospitales los límites entre la política, la administración y la gestión clínica son difusos, en tanto en ellos se cruzan actores que se relacionan de manera compleja en razón de los diferentes objetivos que los impulsan. Estimular la competencia entre servicios de salud públicos y descentralizar decisiones sin perspectiva de conjunto y sin clarificar los

mecanismos de rendición de cuentas autonomiza a los hospitales de los ministerios de salud, incrementa la discrecionalidad de los gerentes y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de las poblaciones más pobres.

La aplicación de la receta neoliberal global ha debilitado el papel del Estado en salud en la mayor parte de Latinoamérica. Los sistemas de salud europeos dotaron de autonomía a sus hospitales públicos e introdujeron de herramientas gerenciales para racionalizar los recursos y estandarizar las respuestas asistenciales pero no expusieron a los hospitales al mercado ni modificaron las formas de contratar profesionales, en los niveles que sí se registran (con diferente profundidad) en la región. Esto explica por qué los resultados de los trabajos referidos a los nuevos modelos hospitalarios que incorporan al análisis la percepción de los equipos de salud en nuestros países resalten como problemas comunes la persistencia de problemas de financiamiento, la precarización de los vínculos laborales y exigencias gestionarias que no se condicen con concepciones previas acerca de “lo público”.

La omisión de la multiplicidad de fines y de relaciones de poder que se cristalizan en los hospitales, ha llevado, por otra parte, a que los intentos de implantación de las lógicas empresariales no afecten el núcleo duro de los procesos decisorios asistenciales que tienen lugar en la cotidianeidad de los centros. Se sabe que en los hospitales, los médicos tienden a considerar que su función, además de prestar servicios, es definir los contenidos y la calidad de la asistencia, con lo cual tienden a imponer las formas de organizar la atención a partir de la lógica clínica (Neogy & Kirkpatrick, 2009; Tobar, 2009; Campos y Amaral, 2007; Cecílio, 1999; Freidson, 1970). Hay sobradas muestras de que puertas adentro de los hospitales, la NGP no calza con la complejidad de la gestión ni con la práctica clínica, que es desde donde se dirige buen parte de las actividades y recursos las organizaciones de salud (Witman et al., 2010). No reconocer esta singularidad incrementa rigideces, profundiza malestares y restringe la posibilidad de revisar críticamente la persistencia de modelos asistenciales que fragmentan la atención de la salud.

De allí la necesidad de repensar, entre otros puntos, el papel del Estado en salud y los márgenes de autonomía de los hospitales y de los servicios asistenciales, cuestión que promueve la “gobernanza hospitalaria”, los últimos desarrollos de Freidson y la Salud colectiva, desde posiciones críticas al gerencialismo.

Bibliografía

Alcalde Rabanal, J., Lazo González, O. y Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Publica de México*, 53 (2), S243-S254.

Almeida, C. (2006). Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe: el papel de los Organismos Internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas. *Bienestar y Política Social*, 2 (1), 135-175.

Álvarez, A. y Moreno, A. (2012). *La Gobernanza Hospitalaria en Europa*. Cuadernos del OSE sobre políticas de salud en la UE. N°6. Granada: Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Arellano Gault, D. (2010). Reformas administrativas y cambio organizacional: hacia el “efecto neto”. *Revista Mexicana de Sociología*, 72 (2), 225-254.

Artaza Barrios, O.; Méndez, C. A.; Holder Morrison, R. y Suárez Jiménez, J.M. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago, Chile: OPS/OMS.

Arroyave M.G. e Isaza, P. (1989). Una perspectiva histórica del hospital. *Educación Médica y Salud*, 23 (2), 182-191.

Arroyo Laguna, J. (2002). Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el Área Andina en los albores de los 2000. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 63 (3), 212-222.

Arroyo Laguna, J. (1999) La autonomización de hospitales públicos y sus consecuencias sobre la demanda de atención de salud, Lima, 1988–1997. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 6 (5), 301-310.

Belmartino, S. (2005). *La atención médica en la argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 1ª ed.

Campos, GWS. (2010). Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & saúde coletiva* 15 (5), 2337-2344.

Campos, G.W.S. y Amaral, M.A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (4), 849-859.

Carrioni C. A.; Hernández, M. L. y Molina, G. (2007). La autonomía de las instituciones prestadoras de servicios de salud: más un ideal que una vivencia institucional. Colombia. *Revista Nacional de Salud Pública*, 25 (2), 75-84.

Cecílio, L. C. O. y Mendes, T. C. (2004). Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade* 13, (2), 39-55.

Cecílio, L. C. O. y Merhy, E. (2003). O singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde em Debate*, 27 (64), 110-122

Cecílio, LCO (1999). Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência & saúde coletiva* 4 (2), 315-329.

Cetrángolo, O. (coord.). (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.

Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Documento presentado en el taller Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health. PAHO Universidad de Toronto, Toronto, junio de 2002.

Cetrángolo, O. y Devoto, F. (1998). *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad*. Buenos Aires: Serie Estudios N°27, Fundación Centro de Estudios para el Cambio Estructural (CECE).

Cohn, A. (2009). A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (7), 1614-1619.

Cortés, R. y Kessler, G. (2013). Políticas, ideas y expertos en la cuestión social de la Argentina democrática (1983-2012). *Revista de Indias*, LXXIII (257), 239-264.

Correia, T. (2009). A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar Portuguesa. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 85, 83-103.

Daudi, P. (1986) *Poder, política y acción en las organizaciones*. Fuente original: Daudi, P., Power in the Organization (pp 159-172). Oxford: Blackwell.

Fleury, S. (2008). Modelos de reforma de la salud en América Latina. En H. Spinelli (comp.), *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad*. *Epidemiología, gestión y políticas* (pp. 171-199). Buenos Aires: Lugar editorial. 1ª ed. 1ª reimpresión.

Foucault, M. (1978). Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educación médica y salud*, 12 (1), 20-35.

Freidson, E. (1970). *Professional dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press. First edition.

Freire, J. y Repullo, J. (2011) El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, (6), 2733-2742.

García Alvarez, C. (2007). El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Universitas Psychologica*, 6 (1), 143-154

Guerrero, O. (2004). El mito del nuevo “Management” público. *Revista Venezolana de Gerencia* 9, (25), 9-52.

Gilson, L. (ed.) (2012). *Health policy and systems research: A methodology reader*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research. World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_reader.pdf

González Leandri, R (2012). Gobernabilidad y autonomía. Dos cuestiones claves para el estudio de los profesionales y expertos. *Ecuador Debate*, 85, 101-110

Irigoyen, J. (2011). La reestructuración de la profesión médica. *Política y Sociedad*, 48 (2), 277-293.

Jarillo Soto, E. (2007) La profesión médica. Una construcción de la ideología profesional. En E. Jarillo Soto y E. Guinsberg (ed.). *Temas y desafíos en salud colectiva* (pp. 9-17 y 327-346) Buenos Aires: Lugar Editorial.

Johnson, T. (1995). Governmentality and the institutionalization of expertise. En T. Johnson, G. Larkin and M. Saks. (ed). *Health professions and the state in Europe* (pp. 7-24). London: Routledge. First published

Kirkpatrick I, Kuhlmann E, Hartley K, Dent M, Lega F. (2016) Medicine and management in European hospitals: a comparative overview *BMC Health Services Research*. 16, (Suppl. 2):7-14 Disponible en <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1388-4>

Krause, M. (2014). Organismos internacionales y transformaciones del Estado en salud y educación. *Estudios* 31, 115-134.

Kuhlmann E, Rangnitt Y, von Knorring, M. (2016) Medicine and management: looking inside the box of changing hospital governance *BMC Health Serv Res*. 16(Suppl 1):159 Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4896265/pdf/12913_2016_Article_1393.pdf

La Forgia, G. & Harding, A. (2009). Public-Private Partnerships and Public Hospital Performance In São Paulo, Brazil. *Health Affairs*, 28 (4), 114-1126.

Laurell A. C. (2016) Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 34 (2), 293-314.

Laurell, A. C. (2012). Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. Disponible en <http://www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf>

López, A. (2005). Los fundamentos de la Nueva Gestión Pública: lógica privada y poder tecnocrático en el Estado mínimo. En M. Thwaites Rey y A. López (ed.), *Entre tecnócratas globalizados y políticos clientelistas. Derrotero del ajuste neoliberal en el Estado argentino* (71-90). Buenos Aires: Prometeo Libros. 1ª ed.

McPake, B.; Yepes, F.; Lake, S. & Sánchez, L. H (2003). Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? *Health Policy and Planning* 18(2), 182-194. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12740323>

Méndez C.; Miranda C.; Torres, M. y Márquez, M. (2013). Política de autogestión hospitalaria en Chile: percepciones de los tomadores de decisiones. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(1), 47-53.

Méndez, C.; Miranda C.; Torres, M.; Márquez, M. y Matthews, T. (2012) Implementación de la política de hospitales autogestionados en Chile: percepción de los

- profesionales hospitalarios. *Revista Chilena de Salud Pública*, 16 (3), 247 – 255.
- Méndez, C. y Alarcón, A. (2011). Alineación del recurso humano y regulación de la competencia como factores claves para la autogestión hospitalaria en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 15 (2), 90-97
- Merhy EE.; Feuerwerker L. & Ceccim R. (2006). Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*, 2(2), 147-160.
- Mintzberg, H. (1999). La burocracia profesional En *Diseño de Organizaciones eficientes* (pp. 227-254). Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- Moscoso, N. S. y Modarelli, R. (2009). Descentralización en Salud: Marco Conceptual y Políticas Públicas en Argentina. *Ciencias Económicas* 27 (2), 155-168.
- Neogy, I. & Kirkpatrick, I. (2009) *Medicine in Management: Lessons across Europe*. Centre for Innovation in Health Management Policy Report. University of Leeds.
- Parsons, W. (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y a la práctica del análisis de políticas públicas*. México: FLACSO. Sede académica de México. 1ª ed.
- Pfeffer, J. (1987). La variedad de las perspectivas en teoría de la organización Volumen II. En J. Pfeffer, *Organizaciones y teoría de la organización* (pp. 1-35). Buenos Aires: El Ateneo.
- Ramió Matas, C. (2001). *Los problemas de la implantación de la Nueva Gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelos de Estado y cultura institucional*. Documento publicado en la Revista del CLAD *Reforma y Democracia* N°21, Caracas, Venezuela.
- Repetto, F. (coord.) (2001). *Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Buenos Aires: Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional-Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia. Doc. N°55.
- República Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. 1996 Hospital público de autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos.
- Rodríguez, J. y Guillén, M., (1992) Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea *Revista Española de Investigaciones sociológicas* 59, 9-18
- Sáenz, M. R.; Acosta, M.; Muiser, J. y Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México* 53(2), 156-167.
- Sáenz, L. (2001). Modernización de la gestión hospitalaria colombiana: lecciones aprendidas de la transformación de los hospitales en empresas sociales del Estado. Documento 46 LACRSS. Iniciativa Reforma sector salud.
- Saltman, R.; Durán, A. & Dubois, H. (Ed.).(2011). *Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. United Kingdom: The European Observatory on Health Systems and Policies.

Schiavone, M. A.; Mazza, P. y Cordero, L. (2011). Internación por cuidados progresivos: propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 124 (3), 17-23.

Sojo, A. (2000). Argentina: el gran abanico de la descentralización hospitalaria. En A. Sojo (comp.), *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasi mercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica* (pp. 39-42). Serie Políticas sociales N°39 Santiago de Chile: CEPAL.

Timmermans, S. & Oh, H. (2010). The Continued Social Transformation of the Medical profession. *Journal of Health and Social Behavior* 51, 94-106. Disponible en http://hsb.sagepub.com/content/51/1_suppl/S94

Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En: O. Garay (coordinador), *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: Editorial La Ley.

Tobar, F. (2010). *¿Qué aprendimos de las reformas en salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina*. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes. 1ª ed.

Tobar, F. (2009) ¿Hacia dónde va el hospital? Desafíos y dilemas en la gestión de hospitales. *Medicina y Sociedad*, 28 (3). Disponible en http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/05_Septiembre2009/artTobarcompleto.htm

Tobar, F. (1998). Alternativas para la financiación hospitalaria en Argentina. *Medicina y Sociedad* 21 (1), 29-40.

Turino F., Barreto Soares, G, Coser Mansur, M & Sodré, F. (2016) Organiza es Sociais de Saúde nos hospitais públicos do Estado do Espírito Santo. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 18(1), 96-101

Ugalde, A. y Homedes, N. (2007). América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud Colectiva* 3 (1), 33-48.

Ugalde A. y Homedes N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17 (3), 202-209.

Vieira Melo, L. & Paese, C. (2013). As Organiza es Sociais de Saúde e a gestão de hospitais públicos no Mato Grosso: contexto e implica es. *Revista Sociais e Humanas, Santa Maria* 26 (2), 312-327.

Vilas, C. (2011). Política y políticas públicas en América Latina. En C. Fioramonti y P. Anaya (comp.), *El Estado y las políticas públicas en América Latina* (pp. 37-74). La Plata: AECID/COPPPAL/Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <http://cmvilas.com.ar/index.php/articulos/12-politicas-publicas/27-politica-y-politicas-publicas-en-america-latina>

Walt, G. y Gilson, L. (1994). Reforma del sector sanitario en los países en vías de desarrollo: el papel central del análisis de políticas *Health policy and planning* 9 (4)

353-370.

Witman, Y.; Smid, G.; Meurs, P. & Willems, D. (2010). Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization* 18 (4), 477-495

Worldbank (2004). *Gobernabilidad y rendición de cuentas en una muestra de hospitales argentinos.* Disponible en www.worldbank.org/publicsector/descentralization/febrero2004coursebackgroundmaterials/gonzalez2.doc