

**Transformaciones en el trabajo médico en el ámbito hospitalario:
categorías para el an lisis¹**

Cecilia Molina²

Recibido: 20/11/2015
Aceptado: 26/02/2016

Resumen: Este escrito presenta categorías a las que recurren estudios que ponen foco en los cambios en el papel de los médicos en los hospitales públicos, a partir de las reformas sanitarias neoliberales. La sociología de las profesiones y los estudios anglofoucaultianos de la gubernamentalidad aportan claves analíticas para entender los modos en que la autoridad y la autonomía médica son desafiadas por las ideas y herramientas de la Nueva Gestión Pública y por la progresiva tecnologización de la medicina en el contexto de capitalismo avanzado. En primer lugar se plantea el contexto en que las ciencias sociales comenzaron a problematizar la autoridad y el trabajo médico. Más adelante se describen conceptos desde las que diferentes corrientes y disciplinas analizan los cambios. Se exponen los alcances y discusiones de los conceptos de autonomía médica, disputas jurisdiccionales, reestratificaci n profesional y procesos de hibridación en la relación médicos – hospitales públicos. En la conclusión se sintetizan algunos de los interrogantes que arroja la discusión sobre el tema.

Palabras clave: medicina/ neoliberalismo/ Nueva Gestión pública/ hospitales/ profesión médica

¹ Este escrito recupera aspectos de la tesis doctoral: Entre lo técnico y lo político: los médicos en la descentralización de los hospitales públicos de Mendoza, Argentina y de una ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y sociales de la UNCuyo en agosto de 2015.

² Docente e investigadora en la cátedra Problemática de la Salud de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales Universidad Nacional de Cuyo, Argentina
Correo: cmolina@isg.org.ar

Transformations in the medical work in hospitals: categories for analysis

Summary: This paper presents categories that appeal to studies that focus on changes in the role of doctors in public hospitals, from neoliberal health reforms. The sociology of professions and anglofoucaultian studies on governmentality provide an analytical key to understanding the ways in which the authority and medical autonomy are challenged by the ideas and tools of New Public Management and the gradual technologization of Medicine in context advanced capitalism. Firstly, it analyzes the context in which the social sciences began questioning the authority and the medical work. Later, it describes concepts from which different disciplines analyze the current changes. It exposes reaches and discussions of medical autonomy, jurisdictional disputes, professional stratification and hybridization processes in the medic-public hospital relation. In its conclusion, some questions are synthesized.

Keywords Medicine / Neoliberalism / New Public Management / hospitals/medical profession

Introducción

La orientación de los servicios públicos de salud hacia el mercado y el traspaso de competencias desde niveles centrales a niveles más periféricos de gobierno son parte del paradigma de reforma sanitaria neoliberal. Ese paradigma adquirió alcances globales a partir de la década de los 80 del siglo pasado, en el contexto de una mutación más amplia en la intervención estatal que, con fundamento teórico en la teoría económica neoclásica, promovió la retirada del Estado de la economía, la racionalización y focalización del gasto público y la apertura de los mercados regionales a los capitales transnacionales. En ese escenario 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 (Saltman, Duran & Dubois, 2011; Artaza Barrios, Méndez, Holder Morrison et al, 2011).

Las ideas de avanzar hacia la competencia pública y el giro hacia el mercado se entroncan con la Nueva gestión pública (NGP), paradigma de desempeño estatal que intentó reemplazar 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 NGP tiende a la empresarialización de los servicios de salud. Bajo su impronta, los niveles centrales de gobierno ceden competencias a los hospitales públicos para que a través de organismos colegiados tomen decisiones que antes se reservaba la autoridad política. Hacia adentro de los hospitales, la NGP promueve la incorporación de valores y herramientas procedentes del ámbito privado, refuerza el rol de los gerentes, apunta a estandarizar procedimientos y propicia la rendición de cuentas como mecanismos para orientar las actividades hospitalarias hacia el cumplimiento de objetivos de política. Subraya la eficiencia y para alcanzarla se propone capturar formas de autogobierno médico. En suma: el paradigma gerencial en el que se inscriben las transformaciones hospitalarias recientes supone reacomodamientos de poder entre los niveles centrales de gobierno y los hospitales y, al interior de los centros, entre las autoridades hospitalarias y los servicios, en especial los servicios médicos.

La definición de las políticas, los criterios para asignar recursos, para organizar las respuestas asistenciales y otras cuestiones altamente orientadas por criterios técnicos-profesionales en el modelo bienestarista son desafiadas por esta nueva forma de concebir las relaciones entre autoridades sanitarias y hospitales y entre gerentes y médicos.

La teoría de las profesiones en sus vertientes interaccionista y neomarxista y los estudios anglofoucaultianos sobre la gubernamentalidad aportan claves relevantes para analizar las transformaciones a las que está expuesto el trabajo médico a partir del giro del Estado al mercado. Parte de esas nociones son recuperadas en los estudios empíricos que ponen foco en los cambios de las prácticas de los médicos que trabajan en las organizaciones públicas en especial en los hospitales, donde se concentraron las reformas neoliberales que persisten hoy.

El propósito de este escrito es dar cuenta de algunas de las categorías a las que recurren estos estudios y de las hipótesis sobre los modos en que la gubernamentalidad neoliberal modifica inserciones previas en el Estado y produce reacomodos al interior de la categoría profesional.

Un supuesto que orienta el escrito es que, a semejanza de otros expertos en el Estado, los médicos son parte de la gubernamentalidad. Por lo tanto, se presentarán los debates actuales sobre cómo el paradigma gestor y la tecnomedicina producen tensiones distintas de las emanadas desde el Estado de Bienestar, modelo de Estado que posibilitó que los profesionales desplegaran su trabajo con considerables márgenes de autogobierno, hoy cercenados.

El escrito se ha organizado en tres secciones. En la primera se recupera el contexto y las claves de lectura a partir de las cuales las ciencias sociales comenzaron a problematizar la autoridad y el trabajo médico. Más adelante se describen las categorías desde las que diferentes corrientes y disciplinas han analizado el tema y se muestran los debates teóricos que dejan

abiertos: se exponen los alcances y discusiones en torno a la autonomía médica, la reestratificaci n profesional y los procesos de hibridación en la relación médicos- hospitales públicos. En la conclusión se sintetizan algunos de los interrogantes que arroja la discusión sobre el tema.

La medicina como problema de las ciencias sociales

La autoridad de la Medicina comenzó a ser problematizada a mediados de la década de los 70 cuando las ciencias sociales pusieron en cuestión el conocimiento científico, las profesiones y la intervención del Estado en las políticas sociales. Ese cuestionamiento se tradujo en fuertes críticas hacia los expertos “quienes hasta entonces, como resultado del desarrollo de los Estados de Bienestar y el consiguiente despliegue de las burocracias modernas gozaban de amplia influencia y legitimidad política” (Wilding 1982, en Parsons, 2007, p. 185).

En simultaneidad con la ola neoliberal, emergieron profundas controversias en torno a los efectos disciplinarios de las políticas bienestaristas, entre ellas las de salud (Foucault, 2013), las consecuencias iatrogénicas de la Medicina (Illich, 1978) y su capacidad para responder a los problemas de salud de las mayorías (Evans y Stoddart, 1996).

Desde entonces, primero en Europa y Estados Unidos y a continuación en América Latina la autoridad de la Medicina y el trabajo médico en los hospitales –principal foco de las reformas– han sido escudriñados desde diferentes perspectivas teóricas.

Los estudios sobre el tema inicialmente combinaron categorías de la sociología de las profesiones y de la teoría de las organizaciones y se interrogaron hasta qué punto la autonomía médica podía subvertir los objetivos e instrumentos de las políticas inspiradas en la NGP. Conceptualizaron a los hospitales como espacios que concentran poder profesional y a los médicos como profesionales cuya principal fuente de poder es la autonomía técnica.

Fue el sociólogo estadounidense Eliot Freidson (1970) quien encumbró a la autonomía como fuente principal del dominio médico frente al Estado, la administración y los pacientes. De acuerdo con Freidson la autonomía se expresa, entre otras cuestiones, en la definición de los contenidos y los tiempos del propio trabajo y en el reclamo de inmunidad para ser evaluados por otros, ajenos a la profesión, con base en el prestigio social y en los conocimientos esotéricos que manejan sus miembros.

Michel Foucault (2006) reforzó la idea de la Medicina como una disciplina que ejerce poder en relación a un saber pero vincul  su gravitación con la gubernamentalidad, es decir con los

dispositivos, técnicas y programas estandarizados que despliegan los estados modernos para controlar a las poblaciones.

La consideración foucaultiana fue retomada por el sociólogo inglés Terry Johnson (1995) quién cuestion  la lectura de las profesiones como maximizadoras de autonomía frente al Estado. Desde la perspectiva de Johnson, tanto la formación de grupos expertos como la concesión de grados de autonomía son condiciones de posibilidad del Estado moderno. Y es la necesidad de legitimación del propio Estado antes que los saberes esotéricos que los profesionales desarrollan lo que explica la preeminencia de los criterios profesionales en la construcción de la realidad social.

En un intento por ir más allá de la tensión autonomía profesional-control estatal como categorías para analizar a los médicos en las políticas de salud orientadas al mercado, la politóloga Jeny Lewis (2004) sugiere discriminar analíticamente las nociones de autoridad médica y autonomía profesional de los médicos, aceptando que tienen puntos que se tocan. Lewis propone distinguir tres aristas interrelacionadas de la autoridad médica: autoridad cultural en la definición de salud y enfermedad, autoridad social en la división del trabajo en las organizaciones de salud y autoridad política en *policymaking*.

Para Lewis, los procedimientos tendientes a racionalizar los costos y estandarizar la atención (que son parte del paradigma gerencial dominante), implican una mayor supervisión del trabajo de los profesionales y desafían el autogobierno de los médicos en los niveles micro. Sin embargo no ponen en cuestión la autoridad política de la Medicina, porque no afectan el modelo biomédico dominante del cual deviene esa autoridad. "Los médicos incorporan progresivamente controles tendientes a racionalizar los costos, aceptan la supervisión clínica de sus pares, las estandarizaciones que propone la Medicina basada en la evidencia y otras técnicas de vigilancia clínica que desafían la autonomía médica, porque se ajustan a los focos individualistas y curativos (...) comparten las premisas epistemológicas y metodológicas positivistas propias del modelo biomédico" (Lewis, 2004, p. 13 y 14).

Estudios realizados en diversos contextos, desde diferentes perspectivas analíticas, confluyen en este postulado. Hay cierto consenso en que el si bien el paradigma gerencial en salud acota los márgenes de autonomía, los médicos mantienen una influencia considerable en la definición de las políticas sectoriales, en los contenidos de su trabajo y en los estándares de atención (Correia, 2011; Chamberlain, 2010; Neogy & Kirkpatrick, 2009; Lewis 2006; Homedes & Ugalde, 2005; Almeida, 1997). También hay anuencia en que los análisis del papel de los médicos en las nuevas políticas hospitalarias deben atender a cuestiones contextuales hasta hora poco atendidas como los acuerdos históricos específicos de los médicos con el Estado de cada país, las

diferencias de enfoques que los gobiernos les dan a las reformas sectoriales, los cambios en el mercado de trabajo y el alcance de las prácticas duales y/o el pluriempleo médico.

Categorías de análisis

La revisión de la literatura permite identificar categorías de análisis que algunas corrientes consideran estrechamente relacionadas: la autonomía médica y la gubernamentalidad neoliberal. Un proceso más reciente: la reestratificación es, para algunos autores, una tercera categoría que posibilita entender ciertos reacomodos de la disciplina en el contexto del capitalismo avanzado. Se presentan a continuación las discusiones y usos de estas categorías en la literatura que analiza los cambios en el trabajo médico hospitalario.

La autonomía técnica en el centro del debate

No hay estudio sobre los médicos en las reformas sanitarias y más específicamente en las políticas hospitalarias de corte gerencialista que subestime la autonomía como atributo del trabajo médico. Sin embargo, los orígenes, alcances y la capacidad explicativa de la autonomía abren controversias teóricas.

Se debe a los desarrollos de Freidson la asociación estrecha entre poder médico y autonomía. Su publicación "*Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*" (1970), que sigue la tradición interaccionista, es un engranaje clave tanto en el análisis de las políticas sanitarias recientes como en los estudios que abordan a los expertos en el Estado.

Para Freidson la obtención de niveles crecientes de autonomía legalmente respaldada, está sujeta a los vínculos que la profesión establece con el Estado, del cual, en última instancia, no es autónoma. En sintonía con el sociólogo Andrew Abbott, Freidson sostiene que la producción de conocimiento abstracto es la pieza clave para conquistar autonomía. "En la medida que permite diagnosticar y solucionar problemas y redefinir los problemas de manera continua, la abstracción posibilita el ejercicio del poder médico y asegura su primacía en un sistema de profesiones competitivo" (Rodríguez y Guillen 1992, p. 13).

Sin embargo, mientras que para Freidson la autonomía guarda estrecha relación con las especificidades del saber médico, Abbott postula que es una resultante de las luchas que los grupos profesionales libran entre sí por el control de los conocimientos y sus aplicaciones en espacios laborales concretos (Abbott, 1988, en González Leandri, 2012; en Perren 2007).

De acuerdo con Abbott, el respaldo legal que ciertas elites profesionales obtienen para lograr auto gobernarse en determinadas jurisdicciones guarda relación con el incremento de los recursos científicos que concentran esas elites y con los juegos que despliegan para dominar a los contendientes que desafían su hegemonía, con apoyo del Estado y de la opinión pública (Perren, 2007; Panaia, 2007).

Profusamente utilizados para estudiar empíricamente a médicos frente a la NGP, los planteos de Freidson y de Abbott son discutidos por Johnson (1995) quien, como ya se sugirió, resitúa la autonomía profesional y la preeminencia del saber de los expertos como condiciones de posibilidad del Estado moderno. Para este sociólogo, la autonomía y el reconocimiento de la experticia médica deriva de las necesidades de legitimación del propio Estado antes que de los conocimientos abstractos que los profesionales desarrollan y ponen en juego. “El gobierno depende de la neutralidad del conocimiento experto para hacer gobernable la realidad social (...) El éxito de los profesionales en la construcción de una realidad social con validez universal es consecuencia de su reconocimiento oficial como expertos” (Johnson, 1995, p. 13).

Las contribuciones de Johnson son sustanciales para analizar los cambios en autonomía médica y sus transformaciones como resultado de las políticas de salud neoliberales. Su clave de análisis, desarrollada en un texto sobre las transformaciones de las profesiones de la salud en países de Europa a partir de la crisis de los Estados de Bienestar, es que las profesiones y el gobierno “están inextricablemente fusionados en la transformación de las estrategias y tecnologías de poder” (p. 16). “Son ellos quienes posibilitan la capacidad técnica e institucional necesaria para ejercer formas complejas de poder, para implementar objetivos gubernamentales, procedimientos, programas y juicios estandarizados” (p. 22). Los médicos 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).

La idea freidsoniana de autonomía es objetado por Johnson por partida doble. Por un lado, porque “concibe al Estado como exterior, intervencionista, calculador, cobijando a las profesiones” (p. 11) y por otro, porque plantea la autonomía técnica “como un producto inherente a la profesión y no como parte de la gubernamentalidad” (p. 21).

La objeción a la mirada dual del Estado y las profesiones se hace extensiva a Abbott quien, en la crítica de Johnson, también entiende el Estado como un agente externo, que sólo interviene para asegurar las incumbencias de los expertos, a diferencia de Foucault, quien relaciona las disputas jurisdiccionales entre profesiones con las políticas estatales (Johnson, 1995, p. 17)

En síntesis: si bien la autonomía es una categoría central para analizar el trabajo y la autoridad médica, hay consenso en que se trata de una capacidad cedida, contingente e histórica, producto de procesos políticos concretos. “La forma y el alcance de la conces on estatal (...) se altera continuamente en la medida que se transforma el propio Estado y/o emergen condiciones en que se manifiestan necesidades de mayor control (...) La movilidad de fronteras (reguladoras y o de intervenc on estatal) es templada por variables muchas veces externas al sector salud y tal vez sea la única característica generalizable para cualquier sistema de salud, cuya dinámica es específica de cada sociedad” (Almeida, 1997, p. 674).

La autonomía médica en los hospitales

En la mayoría de los países, los hospitales concentran las respuestas más sofisticadas para enfrentar las enfermedades y son considerados como el lugar donde reside y se produce el conocimiento biomédico, donde se agrupan los expertos, se disponen de los mejores medios y de la información médica más actualizada ( lvarez y Moreno, 2012, p. 9). Estos factores les confiere legitimidad social como organizaciones y son fuente de prestigio para quienes trabajan en ellos (Artaza Barrios et al. 2011 p. 42; Tobar 2010, pp. 90-91)

Los hospitales son también escenarios privilegiados para el aprendizaje y la práctica de la Medicina (Tobar, 2010; Witman, Smid, Meurs, et al., 2010); son los espacios “donde los médicos profesores simbolizan y transmiten el ser y el deber ser profesional” (Jarillo Soto, 2007, p. 334). En suma: son los espacios donde los médicos se socializan como tales.

La centralidad de los propósitos de enseñanza y el consiguiente influjo de la disciplina médica en el diseño organizativo y el funcionamiento de los hospitales son rasgos centrales en la configuración de los centros a partir de la modernidad y en muchos casos se mantienen en el tiempo (Jarillo Soto, 2007; Arroyabe e Izasa, 1989)

Años antes de los cambios hospitalarios con orientación al mercado Freidson (1970) había advertido que el conocimiento experto y las rutinas profesionales inciden profundamente en la dinámica de estos centros. Su planteo abrió la puerta a pensar a los hospitales como espacios donde colisionan lógicas diferenciadas.

Un distingo enunciado por Freidson y asumido luego por numerosos trabajos es la convergencia entre una orientación gestonaria y otra 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).

Los hospitales también son caracterizados como espacios donde confrontan la lógica de la eficiencia y la lógica de la eficacia. La primera sería la que atienden los administradores mientras la segunda orientaría el accionar de los profesionales. Esto lleva a afirmar a autores como Cecílio que control y autonomía son tensiones consustanciales a las organizaciones de salud. “Si bien los hospitales no pueden operar sin cierto grado de control institucional muchos de los conflictos cotidianos que se suceden en las organizaciones tienen como base la disputa de los profesionales por controlar autónomamente los recursos de su trabajo” (Cecílio 1999, p. 321).

Cecílio (2000; 1999) 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. Enlazando aspectos de la analítica del poder de Foucault y reflexiones de la socióloga Graça Carapinheiro (1993) 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, 74-75); d) el poder médico en el hospital se localiza en los servicios y éstos 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); e) son las formas de funcionamiento y circulación del saber médico lo que constituye el saber de los profesionales de enfermería como un saber periférico y el saber del enfermo como un saber profano y restringido, o sea un poder cuyo alcance, condiciones de ejercicio y estrategias son definidos por el poder médico” (Carapinheiro, 1993, p.79 en Cecílio 1999, pp. 321-322).

Otras perspectivas de análisis dentro de la Salud Colectiva, críticas del paradigma gerencialista dominante, comparten que los hospitales son espacios en los que racionalidades administrativas y profesionales conviven con tiranteces pero objetan que la autonomía pueda y/o deba ser encorsetada en lógicas burocráticas o gestionarias. Desde estas lecturas, y desde la categoría trabajo vivo postulan que si bien la polaridad entre autonomía y control produce tensiones, también puede disparar nuevos procesos de producción de salud, puede desafiar los conceptos dominantes y abrir paso a nuevas relaciones de poder (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 y espacios para la toma de decisiones autónomas entre quienes producen salud. Por ejemplo Campos y Amaral (2007) reconocen que los modelos que hacen hincapié en el control son una respuesta a la tendencia del doble comando en los servicios de salud que dificulta integrar a las diferentes profesiones y especialidades en una gestión unificada, pero plantean que práctica clínica no puede someterse a la racionalidad gerencial hegemónica. Desde esta óptica, la superación del “malestar histórico” entre gestión y clínica no provendrá de mayores controles burocráticos o del desplazamiento del poder de decisión del clínico mediante guías estandarizadas o sistemas de información. Surgirá más bien de la construcción de un nuevo paradigma 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 (Campos, 2010).

La gubernamentalidad neoliberal

Como se sugirió antes, la autoridad y los márgenes de autonomía cedidos a los médicos resultan, según los autores que siguen a Foucault (2006) de la gubernamentalidad neoliberal. Foucault relaciona la evolución del saber médico y la progresiva ampliación de sus fronteras con las transformaciones de las dinámicas de poder que posibilitaron el desarrollo del capitalismo desde el siglo XVIII, fronteras que se ampliarían aún más con la gubernamentalidad neoliberal. Afirma que a diferencia de lo que sucedía con el poder de soberanía, la consolidación del ejercicio del poder disciplinario en la modernidad se justifica y ejerce desde un discurso que no se funda en la ley, en la regla jurídica, sino en la norma. Para la nueva tecnología de poder, a la que denomina Biopolítica, la Medicina y la Higiene son técnicas políticas de intervención con efectos de poder propios. Por tratarse de “un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos, va a tener en consecuencia efectos disciplinarios y reguladores” (Foucault, 2000, p. 228).

Estos planteos son recuperados por los estudios anglofoucaultianos sobre la gubernamentalidad neoliberal, corriente utilizada para explicar los cambios que introducen en el trabajo médico las políticas hospitalarias inspiradas en la NGP.

Mientras las aproximaciones sociológicas sostienen que la fijación de responsabilidades presupuestarias para los médicos y otras medidas de control acotan los márgenes de autogobierno profesional (Martinussen & Magnussen, 2011; Deom, Agoritsas, Bovier & Perneger, 2010; Kragh Jaspersen & Houlberg Salomonsen, 2009) para los anglofoucaultianos los cambios deben

pensarse en el contexto mayor de las transformaciones en las racionalidades y tecnologías de gobierno, que se arraigan en forma gradual y persistente en las democracias liberales avanzadas.

Orientada por el sociólogo y teórico social Nikolas Rose (2012, 2007) esta corriente plantea que el paradigma gerencialista supone redistribuciones de poderes y procesos de disciplinamiento que son más que “meras restricciones a la autonomía médica, tal como ha teorizado la sociología de las profesiones” (Irigoyen, 2011, p. 288).

Las auditorías, el uso de estándares, las mediciones, los contratos de gestión, tampoco son simples instrumentos para modernizar la gestión hospitalaria, controlar los costos o mejorar la rendición de cuentas de los hospitales, como postula la NGP. Este conjunto de herramientas, en definitiva, expresaría una nueva manera de administrar a los profesionales.

Según Rose (2007) mientras el Estado de Bienestar desarrolló dispositivos para alcanzar sus objetivos políticos permitiendo el desarrollo del juicio experto (y con él la posibilidad de que los profesionales desplegaran tácticas que dificultaran el gobierno de los políticos) la nuevas tecnologías gestionarias buscan asociar a los expertos con dispositivos para la conducción de la conducta que busca volver su actividad explicable, juzgable y despojada de justificaciones esotéricas. Y aunque en apariencia muchas de las técnicas comprendidas en la NGP delegan poder de decisión en quienes brindan servicios en realidad: “perforan los cercos al interior de los cuales muchas formas de experticia pudieron aislarse de la “interferencia política” (...) al precio de desplazar el poder hacia otras formas de experticia –la de los contadores y gerentes– y de cambiar los mismos términos en los que los expertos la calculan y desarrollan” (Rose, 2007, p.143)

La gubernamentalidad neoliberal contemplará racionalidades y técnicas que buscan “gobernar sin gobierno” esto es: gobernar a través de la autorregulación de los sujetos (Rose, 2012, p. 26; Evetts, 2010). Como consecuencia, el paradigma de la “gestión” es interpretado como “una nueva forma de poder que persigue la intersección entre la conducta personal y los objetivos de gobierno, fomentando la persuasión y la seducción y minimizando la coacción explícita” (Irigoyen, 2011, p. 287).

Los juicios de esta forma de gobierno sobre los médicos están divididos. Por un lado se plantea que tropiezan con el control de los profesionales de la formación y la definición de las prácticas asistenciales, que son criterios que históricamente han regido el gobierno de los servicios de salud (Irigoyen, 2011). Por otro lado se postula que existiría cierta afinidad entre la gubernamentalidad neoliberal y el gobierno de las organizaciones de salud con base en criterios profesionales.

La socióloga Julia Evetts (2010) por ejemplo, sostiene que si bien la NGP incorpora la evaluación del desempeño y otros medios de control profesional, el discurso de la competencia, de atención al cliente, innovación, autonomía y control de calidad puede interpretarse como promoción de la profesionalidad y por lo tanto puede ser utilizado para promover la gestión empresarial de las organizaciones.

Las reestratificaciones de la medicina

La transformación tecnológica ocurrida en las últimas décadas del siglo XX, en simultáneo con los intentos por racionalizar los costos de la atención médica, ha derivado en un proceso de fragmentación y jerarquización interna de la Medicina. Como consecuencia, los vínculos entre especialidades y segmentos se debilitan: por un lado se concentran pequeños grupos vinculados a la expansión terapéutica y por otro una mayoría de profesionales está sujeta a nuevas restricciones en las organizaciones públicas (Irigoyen, 2011).

Para Rose en el siglo XXI la Medicina es objeto de grandes transformaciones. Ahora es “tecnomedicina”, con una fuerte dependencia de equipos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad y de nuevos dispositivos de control que afectan desigualmente las prácticas profesionales “La medicina ha quedado fracturada como resultado de la compleja división del trabajo entre especialistas. Los médicos perdieron el monopolio de la mirada diagnóstica y el cálculo terapéutico: el juicio clínico del médico tratante se ve limitado y restringido por la demanda de la medicina basada en datos y la exigencia de usar procedimientos de diagnóstico y prescripción estandarizados y elaborados corporativamente. En la mayoría de los países industrializados avanzados, las exigencias de los seguros de salud públicos y privados (...) el abordaje de la salud enfermedad como un mero territorio más de cálculo en materia de rentabilidad corporativa han permeado y redefinido la práctica de la medicina”. (Rose, 2012, p. 38).

Haciéndose eco de estas reflexiones y recuperando ideas de Freidson, se sugiere que una respuesta a los desafíos planteados es la emergencia de “elites médicas” que incorporan proactivamente mecanismos de vigilancia del rendimiento formal para normalizar las decisiones clínicas de sus pares (Chamberlain, 2010). Herramientas como la medicina basada en la evidencia, las auditorías y las guías de práctica clínica conducen a un proceso de re estratificación de la profesión que sería funcional al mantenimiento del dominio de la disciplina en el cuidado de la salud. Desde esta clave de lectura, la autoridad de la profesión médica se mantiene casi intacta: son gerentes médicos quienes controlan y evalúan a sus colegas y estos profesionales son más leales a sus pares que a sus empleadores. “El Estado establece pautas para el ejercicio

profesional pero finalmente tiene que aceptar la revisión por pares como criterio fundamental para juzgar la calidad del trabajo médico” (Freidson, 2001, en Chamberlain, 2010, p. 10)

Desde este planteo también se sugiere que el discurso racionalista de elaboración de normas y de evaluación de las prácticas presente en la agenda actual de responsabilidades médicas es coherente con la preocupación por el autogobierno, que busca reemplazar la intervención directa u opresiva como forma de gobierno en las sociedades liberales avanzadas. Chamberlain (2010, p. 12) interpreta, como Rose (1997), que la profundización de las auditorías busca regir las actividades de los expertos "a distancia" con el fin de minimizar los costos y riesgos asociados con la aplicación de conocimientos especializados. Esta tendencia –señala- afecta no sólo la gobernanza de los conocimientos médicos, sino la de las profesiones sociales y de la salud en su conjunto y debe entenderse en el contexto mayor de los cambios en la gubernamentalidad.

Tal como postula Rose (2012) para los países industrializados, la historiadora argentina Susana Belmartino entiende que a partir de los años 70, la Medicina atraviesa en el país, un profundo proceso de fragmentación interna: “la expansión y diversificación del mercado de trabajo médico de la mano de la incorporación de tecnología compleja y el desarrollo de especialidades y subespecialidades vinculadas a ese movimiento, afectan el reconocimiento de una identidad profesional con capacidad de aglutinar voluntades en defensa de una modalidad organizativa y produce una fuerte estratificación de las condiciones de ejercicio y los ingresos profesionales” (Belmartino et al., 2003, p. 144).

A diferencia de los análisis que interpretan que el mayor control financiero, la introducción de instrumentos de gestión en los servicios y el mayor acceso público a la información médica producen procesos de desprofesionalización y proletarización³ los estudios orientados por la hipótesis de la re estratificación sostienen que si bien la autonomía individual de los médicos se ha visto afectada por las transformaciones, la Medicina mantiene autoridad en el establecimiento de la agenda política de la salud. Esto es posible a partir del surgimiento de elites médicas que se encargan de supervisar el trabajo de sus pares.

³ Mauro Guillén (1990) desarrolla en profundidad esta tesis a partir de autores como Haug (1975) y Derber (1983). Celia Almeida (1997) despliega en detalle los argumentos de Freidson (1983, 1984) rebatiendo el mismo planteo.

La emergencia de procesos de hibridación

Los cuestionamientos a la hipótesis de acuerdo con la cual los médicos resisten las políticas hospitalarias de inspiración gerencial porque incorporan criterios y controles que restringen su autonomía y la constatación empírica de que algunos médicos integran la lógica de la gestión a su práctica profesional (Kuhlmann, 2013; Neogy & Kirkpatrick, 2009) es explicada a partir del concepto de hibridación profesional, acuñado por Kurumaki (2004, en Kirkpatrick et al., 2007). Desde esta clave de lectura una parte de los médicos adquieren con el tiempo una legitimidad difusa sobre la gestión, simplemente por asumir un conjunto de nuevas herramientas y monopolizar la ejecución de estas tareas, sin que esto signifique una lucha jurisdiccional para anexas nuevas áreas de trabajo a partir de un proyecto de movilidad colectiva, como postula Abbott.

Bajo el término profesional "híbrido" subyacer a la idea de que la medicina y la gestión representan dos lógicas diferentes: un gerente o un médico "híbrido" sería aquel que es capaz de encarnar, traducir y mediar entre las dos lógicas (Spehar, Frich & Kjekshus, 2014).

Conclusiones

La autoridad política, cultural y social de la Medicina es ampliamente reconocida. Hay consenso en que los alcances del poder concedido a la disciplina para definir los alcances y contenidos de su trabajo dependen fuertemente de las relaciones históricas de los médicos tejen con los Estados, las cuales presentan variaciones según los países. También hay acuerdo en que las reformas neoliberales cercenan ámbitos de gobierno antes cedidos a los profesionales. No obstante, la concepción biomédica dominante y la consiguiente legitimación estatal de la práctica médica como la única habilitada para determinar las condiciones de salud/enfermedad de las poblaciones, son fenómenos aceptados como fuente de dominio médico.

Una categoría con las que se la asocia de manera recurrente la autoridad médica es la autonomía técnica, profusamente abordada por las aproximaciones a los hospitales como organizaciones complejas. Con diferentes matices, las perspectivas no funcionalistas conciben la autonomía como atributo resultante de la concesion estatal y que por lo tanto se ve afectada por los cambios en los modos de gobernar. Específicamente el modelo neoliberal tiende a restringir esta fuente de autoridad médica.

Diferentes lentes interpretativas son utilizadas para analizar los efectos del modelo neoliberal sobre la profesión médica en los hospitales públicos. Mientras para las teorizaciones sociológicas, las transformaciones hospitalarias de corte gerencial implican restricciones a la autonomía, desde los estudios de la gubernamentalidad los nuevos métodos de control y las

técnicas gestionarias deben pensarse como parte un cambio más profundo en los modos de gobernar, que tienden al autogobierno de los sujetos. Unas y otras hacen referencia a nuevas reestructuraciones internas de la profesión como estrategias funcionales al mantenimiento del dominio de la disciplina en el cuidado de la salud.

Un asunto pendiente en la literatura es apelar a nuevos conceptos para explicar por qué y cómo los médicos adoptan diferencialmente las propuestas gestionarias, más allá de describir estos procesos como de hibridación. Otra cuestión inconclusa es saber de qué maneras los nuevos diseños procesan la fragmentación de la profesión, que es fruto de la transformación de la medicina en Tecnomedicina y de la mayor especialización.

Referencias bibliográficas

Almeida, Celia (1997). Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (4), 659-676.

Álvarez, Arturo y Moreno, Antonio (2012). *La Gobernanza Hospitalaria en Europa*. Cuadernos del OSE sobre políticas de salud en la UE. Nº6. Granada: Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Artaza Barrios, Osvaldo, Méndez, Claudio, Holder Morrison, Reynaldo et al. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago, Chile: OPS/OMS.

Arroyave María Gilma e Isaza, Pablo (1989). Una perspectiva histórica del hospital. *Educación Médica y Salud*, 23 (2), 182-191.

Belmartino, Susana., Bloch, Carlos y Báscolo, Ernesto (2003). *Reforma de la atención médica en escenarios locales. 1990-2000*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1ª ed.

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

Campos, Gastão y Amaral, Marcia (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.

Cecílio, Luiz (2000). Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. Consultado el 04/10/2012 en <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=19946>

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

KAIROS. Revista de Temas Sociales
ISSN 1514-9331. URL: <http://www.revistakairos.org>
Proyecto Culturas Juveniles
Publicación de la Universidad Nacional de San Luís
A o 20. N  37. Julio de 2016

Correia, Tiago (2011) New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading. *Sociologia on line. Revista da Associa o Portuguesa de Sociologia* 2, 573-598.

Chamberlain, John (2010). Governing Medicine: Medical Autonomy in the United Kingdom and the Re-stratification Thesis. *e  1* (3). Consultado el 16/1/2011 en <http://issuu.com/eajournal/docs/governing-medicine>

Deom, Marie, Agoritsas, Thomas.; Bovier, Patrick et al. (2010) What doctors think about the impact of managed care tools on quality of care, costs, autonomy, and relations with patients *BMC Health Services Research* 10 (331).

Evans, Robert y Stoddart, Gregory (1996). Producir salud, consumir asistencia sanitaria, en R. Evans, M. Barer y T. Marmor (ed.). * Por qu  alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de salud de las poblaciones* (29-70). Madrid: Ed. Díaz de Santos.

Evetts, Julia (2010) Organizational professionalism: Changes, challenges and opportunities. In: XIV IRSPM Conference: The Crisis: Challenges for Public Management, University of Berne, 7-9 April 2010.

Foucault, Michel (2013). *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires: Siglo XXI editores. 1  ed. 2  reimpresión

Foucault, Michel (2006). *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (2000). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

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

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

Guillen, Mauro (1990). Profesionales y burocracia. Desprofesionalizaci n, proletarización y poder profesional en organizaciones complejas. *Revista Española de Investigaciones sociológicas* 51, 35-51.

Homedes, Nuria & Ugalde, Antonio. (2005). Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin América. *Human Resources for Health* 3 (1).

Illich, Ivan (1978). *N mesis médica. La expropiación de la salud*. México DF: Editorial Joaquín Mortiz.

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

Jarillo Soto, Edgardo (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. 327-346) Buenos Aires: Lugar Editorial.

KAIROS. Revista de Temas Sociales
ISSN 1514-9331. URL: <http://www.revistakairos.org>
Proyecto Culturas Juveniles
Publicación de la Universidad Nacional de San Luís
Año 20. N  37. Julio de 2016

Johnson, Terry. (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, Ian, Dent, Mike, Kragh-Jespersen Peter et al. (2007) *Professional Strategies and the New Public Management in Healthcare: Comparing Denmark and the UK*. Paper presented at 2007 Critical Management Studies Conference: CMS5, Manchester.

Kragh- Jespersen, Peter. & Houlberg Salomonsen, Heidi (2009) Changing Professional Autonomy in Contexts of Institutional Change 25th EGOS Colloquium, Barcelona Sub-theme 07: Organizing the public sector: Governance and public management reform.

Kuhlmann, E. (2013). "Riders in the Storm": the professions and healthcare governance. *SAÚDE & TECNOLOGIA Supl.*, e6-e10.

Lewis, Jenny (2006). Being around and knowing the players: Networks of influence in health policy. *Social Science & Medicine*, 62, 2125-2136.

Lewis, Jenny (2004) Impermeability, incorporation and transformation: Ideation and health policy change. Refereed paper presented to the Australasian Political Studies Association Conference. University of Adelaide.

Martinussen, P l Erling & Magnussen, Jon (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Social Science & Medicine* 73, 193- 200.

Merhy, Emerson; Feuerwerker, Laura y Ceccim, Ricardo (2006). Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropol tica del Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*, 2(2), 147-160.

Neogy, Indy & Kirkpatrick, Ian (2009) *Medicine in Management: Lessons across Europe*. Centre for Innovation in Health Management Policy Report. University of Leeds.

Panaia, Marta (2007). *Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina*. Colección de Documento CEPAL. Naciones Unidas. Santiago de Chile.

Parsons, Wayne (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y a la práctica del análisis de políticas públicas*. México: FLACSO. Sede académica de México. 1  ed.

Perren, Joaquín (2007). Los profesionales en la mira. Un ensayo sobre las relaciones entre élites de expertos y ciencias sociales. *Contribuciones a la Economía*. Consultado el 6/5/2011 en <http://www.eumed.net/ce/2007b/jp.htm>

Rodríguez, Josep y Guillén, Mauro, (1992) Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea *Revista Española de Investigaciones sociológicas* 59, 9-18

Rose, Nikolas (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el Siglo XXI*. La Plata: Unipe. Editorial Universitaria. 1  Ed.

Rose, Nikolas (2007)  La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista Argentina de Sociología* 5 (8), 111-150.

KAIROS. Revista de Temas Sociales
ISSN 1514-9331. URL: <http://www.revistakairos.org>
Proyecto Culturas Juveniles
Publicación de la Universidad Nacional de San Luís
Año 20. N  37. Julio de 2016

Saltman, Richard.; Dur n, Antonio. & Dubois, Hans. (Ed.).(2011). *Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. United Kingdom: The European Observatory on Health Systems and Policies disponible en <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4662/1/Saltman2011.pdf>

Spehar, Ivan Frich Jan. & Kjekshus, Lars (2014) Clinicians in management: a qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals. *BMC Health Services Research* 14 (251) consultado el 24/9/2015 en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/251>

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

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