

Responsabilidad paradójica en el suministro de servicios públicos

El caso de la atención hospitalaria en Alemania y un experimento mental sobre México

Paradoxical Accountability in Public Service Provision. The Case of Inpatient Care in Germany – and a Thought Experiment on Mexico

Ingo Bode*

Resumen: Este artículo explora las relaciones entre las organizaciones públicas que suministran servicios y su entorno más amplio, con énfasis en la transformación de la responsabilidad pública. El supuesto clave es que esta última se vuelve más fuerte y menos inmediata al mismo tiempo. Se elucidará esta paradoja, por un lado, con base en conceptos como la lógica institucional, la gobernanza pública orientada hacia el mercado y la rendición de cuentas híbrida y, por el otro, mediante una ilustración empírica del sector hospitalario alemán que se complementa con una pequeña incursión en el desarrollo reciente del sistema de salud mexicano. Se argumenta que, bajo la influencia de movimientos de reforma recientes, el suministro contemporáneo de dicho servicio público entraña la paradoja mencionada, sin importar los legados (nacionales) institucionales en la administración pública. Sin embargo, parece que la paradoja es más pronunciada en Estados de bienestar maduros, mientras que en países como México, la fuerte heterogeneidad dentro de los campos organizacionales afectados podría impedir un choque en todo el terreno de las lógicas institucionales, aunque otros problemas funcionales más básicos sigan siendo cruciales.

Palabras clave: gobernanza, responsabilidad, sistemas de salud, lógica institucional, Alemania.

Abstract: This article explores relations between public service-providing organizations and their wider environment, with an emphasis on the transformation of public accountability. The key assumption is that the latter becomes stronger and less immediate at the same time. This paradox will be elucidated by drawing on concepts such as institutional logics, market-oriented public governance, and hybrid accountability on the one hand, and by an empirical illustration from the German inpatient care sector which is complemented by a short foray into recent developments in the Mexican health care system, on the other. It is argued that, under the influence of recent reform movements, contemporary public service provision is fraught with the aforementioned paradox,

*Ingo Bode es profesor de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Instituto para el Trabajo Social y el Bienestar Social, Alemania, Departamento de Política Social, Derecho y Sociología. Universidad Kassel, Arnold-Bode-Str. 10, 34109 Kassel. Tel: ++49 561 804 29 23. Correo-e: ibode@uni-kassel.de. Alemania. Traducción al español de Ana Inés Fernández Ayala.

Artículo recibido el 3 de marzo de 2016 y aceptado para su publicación el 17 de agosto de 2016.

regardless of (national) institutional legacies in public management. However, it seems that the paradox is more pronounced in mature welfare states, whereas in countries such as Mexico strong heterogeneity within the affected organizational fields may impede a fieldwide clash of institutional logics even as more basic functional problems remain crucial.

Keywords: governance, accountability, health care systems, institutional logics, Germany.

INTRODUCCIÓN

El debate reciente sobre el desarrollo de los Estados de bienestar ha tratado ampliamente el análisis de un cambio de relaciones entre las organizaciones públicas que brindan servicios y su entorno más amplio. Entre otras cosas, sugiere que los participantes encargados de suministrar servicios públicos se están enfrentando con prescripciones más concretas que nunca para satisfacer las demandas de la ciudadanía y sus representantes, lo que significa que la promesa del control popular (Burowiak, 2011) se vuelve cada vez más vibrante. Al mismo tiempo, debido a la (cuasi)mercadización y gerencialismo de los servicios públicos, la intervención política parece volverse menos normativa al tiempo que proliferan los estándares de desempeño empresariales, lo que altera profundamente lo que se ha llamado responsabilidad en la teoría de la administración pública (Rhodes, 1997; Bovens, 2007; Lægreid, 2014). Por lo tanto, los estudiosos discuten el futuro de la responsabilidad en el Estado privatizado (Hodge y Cockhill, 2007) o lo que Jos y Tomkins (2004) han llamado una paradoja de responsabilidad en el suministro de servicios públicos.

El sistema de salud es un buen ejemplo: se espera que los proveedores en este rubro brinden servicios según expectativas externas más concretas que nunca. Simultáneamente, están expuestos a relaciones inseguras, por lo general dirigidas por el mercado ante participantes críticos (contratistas y pacientes, sobre todo). En términos de las corrientes académicas relativas a la integración institucional múltiple de organizaciones contemporáneas (Thornton *et al.*, 2012), parece que la responsabilidad está plagada de lógicas en conflicto a nivel sector (véase Wootten y Hoffman, 2008). Aunque hay bastantes trabajos que arrojan luz sobre la complejidad que surge a partir de esta configuración (véanse Scott *et al.*, 2000; Reay y Hinings, 2009; Witman *et al.*, 2011; Blomgren y Waks, 2015), se merece mayor atención, pues sus ramificaciones no están lo suficientemente exploradas.

Este artículo explica dicha configuración y algunas de sus implicaciones para el caso de la atención hospitalaria en Alemania. Este país es conocido por su eficiente sistema de salud, que podría interesar a países que estén por crear una infraestructura más extensa para servicios médicos. Sin embargo, hay poca cons-

ciencia a nivel internacional sobre los cambios que está sufriendo este sistema y que podrían ser nocivos para su capacidad de atención, algo muy relevante para los países en vías de modernización. Por tal motivo este artículo considerará brevemente el desarrollo reciente en uno de esos países —México— y examinará hasta qué punto la paradoja mencionada aplica también a un sistema de salud que difiere profundamente de la norma en Europa continental. México es un caso interesante porque ha tenido reformas de acuerdo con los patrones de política internacional y comparte características con el sistema de salud alemán (sobre todo, un papel fuerte de las organizaciones de seguridad social y compromisos explícitos con la misión pública de las instituciones de salud). Esta parte del análisis es sólo un experimento mental, pero explorar si la situación es realmente tan distinta ofrece una perspectiva interesante sobre tendencias globales en el suministro de servicios públicos. Mientras que la evidencia sobre Alemania se infiere a partir de un proyecto de investigación de largo alcance entre 2010 y 2015, las observaciones sobre México se basan en un estudio exploratorio de reformas a la administración pública en el país a partir de una vasta bibliografía y unas cuantas entrevistas con expertos académicos realizadas en 2013.

En general, se argumentará que, a través de muchos sistemas de salud disímiles, la proliferación de la nueva gestión pública (NGP) detonó lógicas institucionales en pugna (Reay y Hinings, 2009) que conllevan un complejo régimen de responsabilidad imbuido de expectativas paradójicas hacia quienes se supone deben organizar y administrar la producción de servicios. Una implicación importante de la responsabilidad paradójica es que a los proveedores y organismos de regulación no se les ofrecen orientaciones estratégicas claras; en cambio, todas las partes lidian con expectativas en conflicto de forma provisional o fragmentada. Mientras que esta tendencia isomórfica surge independientemente del contexto institucional (nacional), no funciona de la misma forma a través de diferentes sistemas de salud. En países occidentales como Alemania, el giro hacia la responsabilidad paradójica se materializa en acción colectiva real que apunta hacia diferentes direcciones. En Estados de bienestar menos maduros, como el de México, la fuerte fragmentación y un marco de gobernanza vago podrían impedir un choque abierto de lógicas en pugna y, curiosamente, brindar oportunidades para evitar inconvenientes que se experimentaron en Europa.

La estructura del artículo es la siguiente: la primera sección establece un marco teórico sobre la responsabilidad en la configuración de los servicios públicos y el valor añadido de analizarla a través del lente de la teoría institucional; en la segunda sección se esboza el desarrollo reciente en el sector hospitalario alemán,

poniendo especial atención en las reformas políticas y sus repercusiones sobre los proveedores y lo que llamaremos la infraestructura regulatoria; en la parte subsiguiente se realiza el mencionado experimento mental sobre México, que tiene una perspectiva similar pero sin entrar en detalles empíricos; en la conclusión se discutirán las observaciones presentadas con respecto al futuro del suministro de servicios públicos a escala internacional.

LÓGICAS INSTITUCIONALES EN PUGNA, RESPONSABILIDAD PARADÓJICA Y LA EVOLUCIÓN DEL SECTOR HOSPITALARIO EN EUROPA OCCIDENTAL

En la sociedad moderna, los actores que brindan servicios públicos son organizaciones altamente institucionalizadas. Algunas corrientes importantes de la teoría de la organización —sobre todo la llamada escuela neoinstitucionalista— han visto en este asunto una razón clave por la cual estos actores difieren de las firmas privadas.¹ Afirman que la estructura, el papel y el comportamiento de las organizaciones se preocupan por la legitimidad pública, y consideran las expectativas (institucionales) generalizadas un ingrediente importante tanto del mapa mental de los agentes organizacionales como de todos los actores de la sociedad (Scott y Meyer, 1991). En su versión original, el enfoque neoinstitucionalista sugería que las normas que le daban legitimidad al sector contaban con una fortaleza considerable, simplemente porque se entendían las instituciones como piezas sociales duraderas (Jepperson, 1991).² En otras palabras, parece que la responsabilidad se da por hecho.

Esto también aplica para las organizaciones que brindan servicios públicos dentro del sistema de salud, al menos en Europa Occidental. Según Bovens (2007: 450), la responsabilidad se puede entender como una “relación entre un actor y un foro, en la que el actor tiene la obligación de explicar y justificar su conducta”. Mientras que esta definición se enfoca en los entornos políticos, también puede extenderse a cualquier tipo de participante que tenga expectativas con respecto a los proveedores de servicios públicos, *e.g.*, con respecto a la justificación del pre-

¹ Los primeros institucionalistas (Selznick, 1948; Parsons, 1956) decían que las organizaciones modernas estaban moldeadas con base en normas regulatorias engranadas en el sistema cultural de una sociedad, y que dicho sistema acogía ideas generalizadas, o institucionalizadas, sobre su papel particular. En una segunda ola de formulación teórica —a la que se llamó neoinstitucionalismo— el énfasis se puso en los campos organizacionales, entendidos como conjuntos de varios actores que siguen el mismo grupo de referencias normativas (Wooten y Hoffman, 2008).

² Como dicen Meyer y Rowan (1977: 345) en su texto seminal, “las reglas institucionales racionalizadas surgen en determinados dominios de la actividad laboral” y “las organizaciones formales se crean y expanden al incorporar dichas reglas como elementos estructurales”, aunque, según los mismos autores, el seguimiento efectivo de las reglas podría ser un mito.

cio que se le cobra a dicho participante por cierta operación. También se puede aplicar a organismos regulatorios y su desempeño en términos de buena gobernanza, pues es un campo organizacional entero el que debe rendir cuentas.

En cuanto a las organizaciones de salud en países altamente desarrollados, tanto su involucramiento en el Estado de bienestar como la profunda influencia de la profesión médica fueron durante mucho tiempo piedras angulares de dicho régimen de responsabilidad (Heydebrandt, 1973). Como afirmaron los primeros neoinstitucionalistas, las profesiones pueden ser carreras vigorosas en cierta lógica institucional (Thornton *et al.*, 2012: 39-47). En el proyecto de un hospital del siglo XX, se les tenía que dar discrecionalidad a los médicos expertos sobre consideraciones administrativas (*e.g.* microeconómicas). El centro operativo, dominado por grupos profesionales, debía responder a lo que los principales participantes esperaban en términos del suministro de servicios con base en las necesidades. Al mismo tiempo, los pacientes fueron puestos bajo control formal. Las responsabilidades de burócratas y profesionales estaban entrelazadas: los profesionales marcaban el ritmo y los agentes administrativos establecían el marco de organización para su actividad.³ Por eso, en la tipología de las organizaciones de Mintzberg (1983), los hospitales se clasificaron como burocracias profesionales.

Es importante anotar que, al menos en Europa Occidental, se consideraba que la ciudadanía a la que debían servir los hospitales estaba representada por el sistema político. Este sistema apareció como la expresión de un orden institucional basado en el Estado (en el sentido de Friedland y Alford, 1991). Así, la exigencia de los profesionales por una actividad autónoma fue de la mano con la misión pública del sistema político conferida al sector hospitalario. Se consideraba que los pacientes tenían derecho al servicio médico sin importar su trasfondo personal ni la situación económica de determinado proveedor de servicios. Los hospitales tenían que tomar en cuenta esto, y se esperaba que la administración pública vigilara su actividad diaria, aunque esta responsabilidad se activaba sólo en caso de escándalo o desastre. En pocas palabras, la lógica del bienestar social⁴ y el profesionalismo burocratizado se reforzaban mutuamente⁵ y formaron las piedras angulares de lo que podría denominarse como responsabilidad de la

³ La responsabilidad profesional es parte de la tipología que usa Bovens (2007). El término responsabilidad burocrática, usado por Romzek y Dubnick (1987) en su texto seminal sobre las lecciones de la tragedia del *Challenger*, está en sintonía con la responsabilidad administrativa del marco de Boven.

⁴ El término fue propuesto por Pache y Santos (2010: 11), al trabajar con un campo distinto (la integración laboral en Francia).

⁵ Esto no significa que siempre estuvieran en perfecta armonía.

misión pública. En Europa esto demostró que un prerrequisito indispensable de los hospitales era desarrollar una orientación clara con respecto al suministro de los servicios universales.

Es obvio que el enfoque neoinstitucionalista ayuda mucho a iluminar dicha configuración. Gracias al ya esbozado proceso de institucionalización, los actores relevantes no sintieron la necesidad de examinar las sutilezas de la forma en que los hospitales cumplían su misión; ni tampoco existía un régimen de responsabilidad que condujera a tensiones fundamentales entre diversos tipos de responsabilidad. Aunque resulta claro que los hospitales —dado que su tecnología y su desempeño eran difíciles de comprender desde una perspectiva externa— requerían amplia legitimidad pública, ésta se dio por hecho; para lo cual se hicieron ceremonias simbólicas que confirmaban su responsabilidad pública (Meyer y Rowan, 1977). Hasta cierto grado, el marco regulatorio vigente permitía que el sector y sus actores definieran tanto objetivos propios como los medios a través de los cuales querían perseguirlos. Aunque los críticos han visto ahí los fundamentos de un poderoso paternalismo médico que permeó en los sistemas de salud occidentales durante el siglo xx, esta relativa autonomía probablemente fue una importante precondición para la rápida expansión del sector durante las décadas de 1960 y 1970, junto con una generosa inyección de dinero público.

Dicho esto, los primeros razonamientos neoinstitucionalistas se basaron en un entendimiento más bien estático de las fuerzas que estaban detrás del desarrollo de determinado sector social. Los críticos señalaron que los actores dentro y en torno a tal sector siempre fueron “capaces de cambiar las rutinas y reglas, esto es, las instituciones, dentro de las cuales ellos organizan” (Rowlinson, 1997: 87). Es cierto, los neoinstitucionalistas habían aludido a tal voluntarismo diciendo que las organizaciones recurrían a la escisión como estrategia en la cual se pliegan a las normas institucionales que violan “clandestinamente” (Meyer y Rowan, 1977). Sin embargo, el énfasis se puso en evitar el escrutinio externo, y no en los problemas que surgieron de las organizaciones que quedaban expuestas a múltiples expectativas (Pache y Santos, 2010).

Más recientemente, los neoinstitucionalistas se han vuelto más sensibles a las limitaciones de su razonamiento (Greenwood *et al.*, 2008). Contra el cada vez más complejo escenario de los campos organizacionales para el suministro de servicios públicos, los estudiosos han adelantado que tales campos pueden involucrarse en lógicas en conflicto y que, incluso con una fuerte institucionalización, expectativas opuestas entre sí podrían conllevar problemas para los participantes afectados (Wolf, 2005; Lounsbury y Boxenbaum, 2013). En la misma línea, se

observó que los actores colectivos lidian de manera creativa con las expectativas opuestas entre sí. Un concepto útil para entender dicha actividad es trabajo institucional, definido como “acción deliberada destinada a crear, mantener y alterar instituciones” (Lawrence y Suddaby, 2006: 215, 218). Por lo tanto, los neoinstitutionalistas empezaron a poner más atención a la opción estratégica (Greenwood *et al.*, 2008: 11) y a “ser coherentes aun con instituciones” (Weber y Glynn, 2006).⁶ Lo anterior también ha influido en investigaciones recientes sobre hospitales (véanse Goodrick y Salancik, 1996; Reay y Hinings, 2009; Currie y Spyridonidis, 2016). Las teorías que tratan la responsabilidad desde una perspectiva de administración pública hacen eco de dicho razonamiento. En la corriente respectiva, el manejo de expectativas (Romzek y Dubnick, 1987: 228) se entiende como una agenda importante de las organizaciones contemporáneas que suministran servicios públicos. Se espera que los múltiples participantes, las redes imbricadas y los requisitos funcionales contradictorios traigan nuevos retos a los servicios públicos (Dubnick y Frederickson, 2011; Romzek, 2011).

Por supuesto, parte de estos retos se originaron con el surgimiento de la NGP, junto con nuevos enfoques para vigilar el suministro de servicios públicos (para un resumen, véase De Vries y Nemec, 2013). Es importante resaltar que “bajo la NGP, la responsabilidad se basa en [...] la competencia” (Lægreid, 2014: 328), por lo que la lógica institucional inherente a los mercados se hace sentir claramente aquí. Incentivos para ganar un contrato, sacar ganancias, atraer a un gran número de usuarios o llegar a la cima de un ejercicio comparativo, son puras expresiones de esa lógica. Las políticas guiadas por la NGP han urgido a los proveedores de servicios a satisfacer no sólo a la ciudadanía en general, sino también a aquellos que compran servicios de contratación externa (o no) y a los que aprueban determinado desempeño (o no). Esto es lo que se suponía que debían alcanzar las formas “marketizadas” de la gobernanza del sector público (Le Grand y Bartlett, 1993; Bode, 2008). Las iniciativas regulatorias ideadas para mantener las dinámicas de mercado inducidas bajo control han creado complejidad adicional, por ejemplo, la instigación de organismos relacionados con el control de calidad (Culebro Moreno, 2014). Bajo estas condiciones, se espera que la configuración de los servicios públicos satisfaga varias necesidades de la ciudadanía, que entregue lo que esté precalculado y medido, y que asegure la supervivencia económica.

⁶ Como establecen Weber y Glynn, el papel de las instituciones domina, edita y detona la coherencia de los actores organizacionales, en lugar de determinar sus pensamientos y actividades.

Este movimiento ha capturado los servicios de salud a escala internacional (para muchos; Simonet, 2011). El campo organizacional concerniente está enfrentando expectativas tales como convertirse en un sector estilo empresarial y orientado al riesgo. La responsabilidad del mercado se ha convertido en una preocupación extendida (Flood, 2003: 149; Page, 2006; Hodge y Cockhill, 2007; Borowiak, 2011: 127ff). Para estar seguros, la noción de cuidado hospitalario se ha conceptualizado en términos abstractos. Sólo en algunos casos y países los proveedores de servicios de este sector han estado expuestos a mercados hechos y derechos, por ejemplo, en Estados Unidos (véase Reich, 2014). Sin embargo, el espíritu de competencia, rivalidad y riesgo económico se ha inoculado en el sector hospitalario a escala internacional (Cookson y Dawson, 2012). Se ha materializado en nuevas formas de gobernanza interna basadas en metas para el coeficiente insumo-producto, por lo general medidas con respecto a competidores superiores. Todo esto se traduce en lo que se ha llamado contabilización (Kurunmaki *et al.*, 2003) y en presiones sistemáticas para vender (supuestos) logros a clientes o patrocinadores. En términos generales, la responsabilidad de mercado embona con lo que han llamado gerencialismo (Clarke y Newman, 2009), esto es, una perspectiva peculiar sobre el éxito de una organización en donde cumplir con las metas y resultados prima sobre la conformidad con las normas políticas.

Con tales arreglos, los compromisos relacionados con misiones y la orientación empresarial alimentan un complejo marco de responsabilidades. Como es difícil satisfacer tanto a cierto mercado como al público general al mismo tiempo, las tensiones son ineludibles. Por lo tanto, las presiones del mercado implican un comportamiento organizacional que no concuerda fácilmente con la misión pública que se le confiere al sistema de salud. Provoca una diferenciación estratégica de la oferta (de servicios), *e.g.*, los proveedores que se concentran en actividades lucrativas o que explotan las asimetrías de la información frente al lado de la demanda, o mediante la manipulación de la evaluación de necesidades de forma imperceptible. En contraste, la misión pública clásica y la responsabilidad política relacionada implicarían un compromiso firme con el suministro de servicios para todos y en cualquier momento, según las necesidades objetivas y el conocimiento médico.

El resultado general es la responsabilidad paradójica, esto es, fuertes expectativas tanto de construir un balance general sólido como de satisfacer las necesidades a cualquier precio. Por lo tanto, una pregunta clave es cómo manejan los actores colectivos del sector salud (y otros) este conjunto de expectativas en un contexto de fuerte institucionalización. Esta pregunta es relevante para el micro-

nivel de acción colectiva (profesional) y para el nivel medio de gobernanza supraorganizacional, esto es, los terrenos de gobernanza en que los actores colectivos se involucran con un determinado régimen de rendición de cuentas. La teoría de administración pública más reciente tiende a referirse a dichos terrenos como redes o lugares para un gobierno articulado, impulsado por políticas públicas destinadas a evitar la desorganización procedural, como propone la NGP (Culebro Moreno, 2014: 65). Sin embargo, las cosas son más complicadas. Por un lado, en algunos países europeos, este enfoque de gobernanza ha sido la forma *tradicional* de dirigir el sector público, y no una forma novedosa que siga la tendencia de la NGP (Bode, 2010).⁷ Se basa en la “responsabilidad diagonal” (Bovens, 2007: 460), en el sentido de que los organismos intermediarios compuestos por varios actores (profesionales, fondos de seguridad social, asociaciones de la industria) participan democráticamente en la administración de determinado campo organizacional. Por el otro lado, tales redes han tenido que coexistir con expectativas orientadas hacia la responsabilidad de mercado, lo que ejerce presión sobre dicha responsabilidad diagonal en muchos aspectos; el gobierno articulado es un asunto espinoso bajo estas condiciones.

En cualquier caso, las partes involucradas deben asegurar la gobernanza operativa (Hill y Hupe, 2009) del sector y servir de infraestructura regulatoria a la que el Estado de bienestar delegue labores administrativas a la sombra de la jerarquía, y también para mitigar tensiones entre participantes esenciales. Después de todo, es sólo a través del vínculo entre la acción que se toma a nivel de empresa y los procedimientos dentro de esta infraestructura como se puede moldear un nuevo régimen de responsabilidad en un campo organizacional como el de la atención hospitalaria. Por lo tanto, para entender el proceso y las implicaciones de la responsabilidad paradójica, parece prometedor observar dos niveles: el desarrollo dentro de las organizaciones que suministran servicios públicos por un lado, y la infraestructura regulatoria del campo, por el otro.

UN RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD EN EVOLUCIÓN: EVIDENCIA DEL SECTOR HOSPITALARIO ALEMÁN

Esta sección, después de hacer un pequeño esbozo del sistema hospitalario en Alemania, resume la evidencia sobre el manejo de las dos formas de rendición de cuentas mencionadas en dos niveles: hospitales individuales e infraestructura

⁷ Podría incluso verse que este tipo de responsabilidad también juega un papel en un sistema de salud nacional (anglosajón) tradicional (véase Birkinshaw *et al.*, 1990), aunque ahí está mucho menos institucionalizada.

regulatoria. Se basa tanto en la bibliografía como en las investigaciones del autor (y sus colaboradores) entre 2010 y 2015, con base en análisis documental y en una serie de entrevistas ($n=75$) realizadas con líderes de hospitales y gerentes de rango medio (directores ejecutivos, directores médicos, enfermeros centrales), así como con representantes de los organismos nacionales regulatorios y asociaciones de la industria, de las profesiones involucradas y de los ministerios de salud de cuatro *Länder*, que son las divisiones territoriales más importantes en Alemania, similares a los estados o provincias de otros países. Todas las entrevistas fueron semiestructuradas y generaron narraciones sobre la experiencia de los entrevistados en el cambio regulatorio reciente y en los efectos percibidos con respecto al comportamiento organizacional de los hospitales y de las actividades de la infraestructura regulatoria del sector. Mediante un análisis detallado del contenido, se infirieron ciertas apreciaciones sobre el manejo de los dos patrones de responsabilidad. Para validar las declaraciones de los entrevistados, se verificaron los hallazgos con información de otras fuentes (otros entrevistados; documentos). La sección empieza con un breve esbozo del sistema hospitalario alemán antes de embarcarse en el estudio de su reciente transformación a nivel individual de centro y a nivel sector.

Características básicas del sector hospitalario alemán

El sector hospitalario alemán muestra una estructura de propiedad mixta, con una tradición duradera de suministro sin fines de lucro (sobre todo basada en la confianza); un segundo pilar propiedad de las municipalidades y, en tercer lugar, una gama de compañías privadas. Los dos mil hospitales están sujetos a una regulación pública del sector que contiene prescripciones imperativas para todos los hospitales contratados por fondos de enfermedad (*Krankenkassen*) que tienen competencia legal para orquestar y reembolsar los servicios de salud. Los fondos cubren a 90 por ciento de la población (el resto contrató planes de seguros privados). En cuanto a la gobernanza operativa a nivel sectorial, el sector hospitalario alemán ha crecido con un modelo corporativista basado en la coadministración y los acuerdos mutuos entre reguladores y proveedores (Dent *et al.*, 2004). Por lo tanto, hay una infraestructura altamente institucionalizada en la que los actores colectivos se establecen dentro de un amplio rango de cuestiones procedimentales y técnicas. Por lo general, los proveedores son miembros de la Federación Alemana de Hospitales (DKG, por sus siglas en alemán) que manda representantes a los comités de consejo y regulación en el área nacional y regional. Junto con los voceros de los fondos de enfermedad (como pagadores) y de las asociaciones médicas,

son parte de un sistema de autoadministración bien arraigado que opera de cerca con el gobierno. Las partes involucradas en este sistema también mantienen fuertes lazos con las fuerzas políticas y sociales importantes del país. Es dentro de los confines de este universo corporativista que se idean los conceptos regulatorios más importantes, antes de diseminarse en la esfera pública.

Los doctores son miembros obligatorios de las juntas médicas de regulación (*Kassenärztliche Vereinigungen*), que tienen competencia para vigilar el suministro de salud básicamente a pacientes ambulatorios; ubicados a nivel regional, mandan representantes a una organización importante a nivel nacional. Los 113 fondos de enfermedad actuales están poco integrados a las “familias grandes”,⁸ esto es, unas cuantas asociaciones. Lo anterior constituye una especie de paraguas nacional (*GKV-Spitzenverband*) que establece asuntos comunes. Además, junto con representantes de doctores y hospitales, este paraguas es parte del llamado Comité Federal Unido (*Gemeinsamer Bundesausschuss*), responsable de numerosas regulaciones, *e.g.*, la gama de tratamientos que cubre el esquema de seguridad social, y también cuando se trata de atención a internos en hospitales.

Los *Länder*, cada uno de los cuales opera una burocracia ministerial especializada en la regulación regional del sector, tiene la competencia de planear la oferta de atención hospitalaria según las necesidades regionales. Sin embargo, no firman contratos con las organizaciones proveedoras sino hasta el momento de la acreditación inicial. Se pueden entender los ministerios como una delimitación que abarca la subunidad estatal, pero desde el punto de vista del campo organizacional tendría sentido agruparlos con la infraestructura regulatoria no estatutaria. Dentro de la DKG antes mencionada, los hospitales privados, municipales y sin fines de lucro tienen que ponerse de acuerdo sobre políticas comunes; por lo tanto, la federación de hospitales se puede ver como otro organismo (subordinado) de la infraestructura regulatoria. Otros actores colectivos a nivel sectorial adoptan algunas asociaciones profesionales de médicos y de las demás profesiones del rubro. Así, los médicos, además de ser miembros obligatorios de las mencionadas juntas médicas regulatorias, se reúnen en grupos de presión (y cámaras de médicos). Otros actores también pueden estar involucrados en comités y mesas redondas relevantes para la gobernanza organizacional. Esto aplica para asociaciones de enfermeros y (a un grado mucho menor) de trabajadores sociales.

Con respecto al tratamiento en hospitales, cada fondo de enfermedad administra una sección del esquema de seguridad social según una plantilla nacional

⁸ Básicamente, un fondo de trabajadores, varios fondos de empleados y fondos de compañías (véase, Bode, 2010).

que garantiza derechos similares a todos los inscritos. El esquema desembolsa cinco de cada seis euros gastados en atención hospitalaria (aguda). Los hospitales acreditados pueden recibir reembolsos por gastos en tratamiento médico. Una vez que el hospital se agrega a la lista de proveedores autorizados, negocia la gama de servicios ofrecidos con los organismos regionales de los fondos de enfermedad. El resultado es un repertorio especial y un tope provisional con respecto a la cantidad de trastornos que se pueden tratar. Dentro de los confines de esas disposiciones, los hospitales reciben un pago único por cada caso que traten (véase más abajo). La inversión (en edificios, maquinaria grande, etc.) la financiaban los *Länder* de manera separada, ya sea mediante subsidios regulares o con una licitación individual de determinado hospital; sin embargo, hoy la mayoría de los *Länder* manejan un esquema de fondos de inversión que asigna fondos según el repertorio de enfermedades que traten dependiendo de su contrato con los fondos de enfermedad. Con este esquema, el flujo de recursos también está basado en logros económicos según la cantidad de pacientes tratados.

Históricamente, el apogeo de la intervención estatutaria en el sector se dio con la promulgación de la Ley Hospitalaria en 1972 (Simon, 2016). Esta ley se refería explícitamente a la misión pública del sector y estipulaba que los hospitales debían tener instalaciones para suministrar servicios médicos a cualquiera que pudieran tratar según los mayores estándares disponibles.⁹ Mientras que esta cláusula ha permanecido intacta hasta ahora, las reformas introducidas durante fines de la década de 1990 llevaron un cambio considerable a la industria. Primero, los fondos de enfermedad, que compiten por derechohabientes, se han interesado en controlar las actividades de los hospitales, incluidos los contratos especiales (Bode, 2010); hasta ahora, las opciones para integrar los esquemas de salud son limitadas, pero podrían mejorar en los siguientes años, pues una reforma reciente invita a los organismos corporativistas mencionados a desarrollar instrumentos para contratos basados en un enfoque de pago por desempeño.

Además, mientras tanto los proveedores privados se han vuelto jugadores importantes en el sector (Klenk, 2011). Desde principios de la década de 1990 y hasta 2005, la participación de las firmas comerciales había aumentado notoriamente y se había duplicado en términos de unidades (de 14 a 25%). Sobre todo, eran parte de cadenas más grandes especializadas en cirugía programada

⁹ El periodo subsecuente vio una enorme inversión en el sector. Sin embargo, desde principios de la década de 1980 hubo varias olas de políticas para contener los costos, lo que puso la carga sobre el paciente a través de copagos elevados.

antes de comprar clínicas municipales a buen precio y, en pocos casos, participantes públicos mayores, incluido un hospital-universidad (de enseñanza). Muchas autoridades locales estaban contentas de ver que las firmas comerciales se encargaran de las deudas que habían acumulado sus hospitales.¹⁰ En esas compañías la estructura de gobernanza interna está dominada por los intereses de los dueños (sobre todo accionistas). Lo que proliferó aquí fue un modelo de directiva clínica.¹¹ Con la estructura tradicional (que sigue siendo el patrón dominante en el sector), la responsabilidad administrativa se comparte entre el director médico, el director de enfermeros y el responsable de administración.

Además, los estándares de desempeño tienden a girar hacia las aptitudes microeconómicas. Un gran trasfondo de esto es la introducción del mencionado pago único (o tarifa-por-servicio) en el año 2000, a través del cual el riesgo económico en el que incurren los proveedores con la atención hospitalaria ha aumentado ampliamente. A cada trastorno se le asigna un precio, listado en una gama de grupos de diagnóstico (GD). Con este modelo de financiamiento, el presupuesto operativo de cierto hospital se basa en un paquete de pagos únicos estandarizados, cada uno calculado según la gravedad del trastorno bajo tratamiento.¹² Como los hospitales alemanes son participantes formalmente independientes del Estado, este arreglo hace que los proveedores compitan con sus pares para llenar las camas y tratar a la mayor cantidad de pacientes posible. Probablemente ésta sea una gran fuente de responsabilidad de mercado dentro del sector.

Debido tanto al financiamiento basado en los GD como a la capacidad ociosa en el sector, la mayoría de los proveedores de atención hospitalaria operan en un ambiente plagado de gran incertidumbre económica. Algunos hospitales son públicos y pertenecen a las municipalidades, pero esto no importa gran cosa ya que estas últimas están, en la mayoría de los casos, en números rojos. En todos lados, la orientación hacia la misión pública se ha complementado con una lógica de negocios que hace que los hospitales luchen por ingresos ganados por

¹⁰ En particular, esperaban que los dueños privados reunieran dinero en el mercado de capitales para modernizar las instalaciones. Nótese que los inversionistas privados muchas veces no estaban (completamente) atados a los acuerdos colectivos establecidos y lograban cambiar la estructura de la fuerza laboral con bastante rapidez, lo que provocaba que hubiera una cantidad reducida de personal no médico (incluidos enfermeros) y una proporción extraordinariamente alta de pacientes-doctores (25% por encima del promedio).

¹¹ Este modelo se basa en administradores especializados en gestionar una sala o unidad, en lugar de dirigir el proceso de la intervención médica.

¹² Nótese que coexisten diferentes niveles de precios para el mismo grupo de diagnóstico en Alemania; en cada *Land* aplica un factor específico (*Landesbasisfallwert*).

cuenta propia. Es cierto que hay límites en este aspecto: sin importar la cantidad de casos que se atiendan, el aumento del presupuesto bruto de un hospital en el mencionado ejercicio de negociación descentralizada se determina a nivel nacional. Además, existe una regulación detallada sobre cómo los hospitales deben suministrar sus servicios, también con respecto al control de calidad (Sauerland, 2009; Pfaff *et al.*, 2015). Con el financiamiento basado en los GD, además, se establecieron algunos cinturones de seguridad para impedir que los hospitales fueran selectivos o que dieran de alta despiadadamente a los pacientes. Con esto dicho, los hospitales alemanes no pueden seguir ignorando que son parte de un mercado (regulado) (Hentschker *et al.*, 2014), y que eso tiene implicaciones sobre el manejo de la responsabilidad.

Reorganización a nivel de empresa

En el actual sector hospitalario alemán, las presiones económicas son fuertes y muchos participantes no logran cubrir las pérdidas (Augurzky *et al.*, 2015) hay una polarización entre hospitales con superávit y otros que son afectados por un desequilibrio. Los participantes que enfrentan problemas presupuestales por lo común evaden las disposiciones sobre las condiciones laborales estipuladas en el acuerdo colectivo, para lo cual recurren a una cláusula de emergencia del acuerdo. Además, es un secreto a voces —confirmado por algunos de nuestros entrevistados— que hay una tendencia a sobrevalorar los casos a través de diagnósticos sesgados (que puedan recibir mayor financiamiento). Cuando se preguntó cómo los hospitales buscan construir un balance general sólido, los entrevistados mencionan intentos por ahorrar en resultados intangibles (como información del paciente, apoyo emocional, inversión en prevención, etc.) y una tentación de los hospitales por rechazar a los pacientes problemáticos (costosos) con la justificación de una (supuesta) sobrecarga de trabajo —que es una observación que refuerza la evidencia anecdótica que sale en los medios de comunicación públicos.

En esta línea, han surgido patrones novedosos de manejo hospitalario en el sector, y muchos de ellos obedecen a las preocupaciones relacionadas con la responsabilidad de mercado. Primero, el repertorio incluye políticas dirigidas al entorno organizacional. Conforme los hospitales incurren en el riesgo económico total relacionado con el tratamiento de internos bajo un nuevo esquema de financiamiento, los representantes tanto de participantes individuales como de asociaciones dentro de la industria se dan cuenta de que la estructura de incentivos prevaleciente hace que los hospitales traten a los pacientes al menor costo

posible y que llenen sus camas lo más rápido posible.¹³ Muchos hospitales han estado dispuestos a reforzar sus capacidades para ahorrar en alcance y escala, así como para mantener una reserva operativa en caso de que suceda un cuello de botella. Nótese que una vez desplegado un creciente flujo de pacientes, pueden extender la cantidad máxima de pacientes que figuran en su acuerdo anual con los fondos de enfermedad.

Asimismo, el sector ha hecho esfuerzos por publicitar servicios entre pacientes que tienen seguros privados.¹⁴ Muchos entrevistados en nuestro estudio vieron esto como una estrategia ganadora. Como confirmaron algunos denunciantes de la prensa, algunos hospitales pagaban primas a doctores que transfirieran pacientes (lo que formalmente es un método ilegal). Los hospitales también intentan vender el resultado de su desempeño, que se obtiene de las evaluaciones de calidad comparativas, *e.g.*, mediante su comunicación externa (reportes anuales, seminarios para usuarios, etc.). Los administradores reportaron en nuestras entrevistas que las alianzas verticales con proveedores de servicios a pacientes ambulatorios eran una bala de plata para asegurar y extender su participación de mercado dentro de un territorio determinado. Esto también se refiere a los centros de atención médica primarios, cuya función es referir a los usuarios a sus respectivas instituciones hospitalarias.¹⁵

Con respecto a los procesos dentro de los hospitales, nuestros entrevistados mencionaron que hay presiones para ahorrar tiempo al tratar pacientes promedio y para concentrar esfuerzos en casos difíciles. En general, la introducción del nuevo modelo de financiamiento ha llevado una fuerte contabilización. Los entrevistados que representan a las profesiones de salud sentían que el control burocrático de procedimientos se había convertido en una preocupación primaria. El financiamiento basado en GD impone una documentación particular en los hospitales, con un mecanismo especial moldeado según el esquema utilizado y un manual de reglas y códigos. Esto no sólo implica una computarización de las salas, sino que también ha aportado nuevas herramientas para controlar las actividades del personal (sobre todo de los doctores). Según nuestros entrevistados, los controladores se han vuelto más influyentes y tienden a interferir en la

¹³ En el sector hospitalario alemán, la cantidad de camas se ha reducido constantemente durante los últimos años. Al mismo tiempo, la tendencia se inclina hacia estancias más cortas. Así que, en teoría, se requieren mayores esfuerzos para llenar las camas.

¹⁴ En Alemania, además de 10 por ciento de la ciudadanía que está completamente cubierta por la seguridad privada, casi un cuarto de la población ha contratado un plan que complementa los estándares del esquema de seguridad social.

¹⁵ Para 2015, los hospitales alemanes habían financiado más de 900 centros de este tipo.

práctica cotidiana del personal médico y de enfermería; lo cual se confirma en otros estudios (Bär, 2011; véase también Bode y Vogd, 2016). Algunos hospitales han establecido centros lucrativos o sistemas de datos que informan a los doctores y gerentes justo a tiempo sobre si los reembolsos conseguidos cubren o no los gastos para el tratamiento de (grupos de) pacientes.¹⁶

Este movimiento general hace que los doctores y demás miembros del personal oscilen entre dos mundos (Witman *et al.*, 2011); en nuestras entrevistas, pero también en la prensa profesional, los actores involucrados en tomar decisiones médicas deploran que los recursos humanos que de otra forma estarían disponibles para actividades relacionadas con el tratamiento, por ejemplo, una comunicación más extensa entre el personal, quedan atados a nuevos compromisos relacionados con el manejo económico, lo que genera trabajo administrativo que consume tiempo y discusiones con los directores ejecutivos. Otros estudios han mostrado que los doctores se ven obligados a tomar cada vez más en cuenta las implicaciones presupuestarias de sus decisiones (véase Bode y Märker, 2014). Igualmente, como demuestran los sondeos (Isfort y Weidner, 2010), los enfermeros tienen que ser más estratégicos al asignarles tiempo a sus pacientes.

Sin embargo, al comunicarse con los pacientes y el público general, como los participantes clave, los agentes hospitalarios y administradores evitan causar la impresión de que sus políticas afectan la promesa institucional de tratar a todos los pacientes según lo médicalemente requerido en cualquier momento. Esto se vuelve aparente al estudiar las actividades de relaciones públicas, *e.g.*, en los reportes de calidad que los hospitales alemanes tienen que publicar regularmente. Además, en nuestras entrevistas quedó muy claro el compromiso con estas promesas. Así, la responsabilidad de la misión pública aún habita en la mente del sector. Las expectativas externas correspondientes son altas, como demuestran los reportes de los medios sobre escándalos que indican negligencia con los pacientes.¹⁷ Sin embargo, cumplir esas expectativas es un reto difícil para un hospital individual dado que el éxito de mercado se ha vuelto una lógica generalizada. Muchos entrevistados de nuestro estudio se sentían ahorcados entre demandas encontradas y preocupados por los mecanismos que usaban los hospitales, como contratar trabajadores temporales, trasladar repentinamente a los pacientes hacia unidades

¹⁶ Estos datos también se pueden compilar para medir el desempeño económico de cierta sala o especialidad médica y ser discutido en cualquier momento con determinado director ejecutivo.

¹⁷ Por ejemplo, un motivo de discordia fue el caso de recién nacidos que murieron en un gran hospital público tras el esparcimiento de un germen incontrolable (en 2011 y 2012). Hubo rumores de que los hospitales habían tratado de ahorrar en programas de higiene debido a las crecientes presiones para cubrir las pérdidas.

colindantes, reasignar al personal permanentemente en varias salas y dar de alta a los pacientes con la esperanza de que los proveedores de los servicios de salud ambulatorios aseguren el seguimiento. Uno podría discernir con facilidad que todas estas respuestas a la responsabilidad paradójica parecen exhibir un carácter provisional, no un remedio de largo plazo contra las presiones del mercado, y que sólo ayudará a contenerlas durante cierto tiempo.

Desarrollo dentro de la infraestructura regulatoria

La coincidencia de lógicas institucionales opuestas en el sector hospitalario alemán no se limita al ámbito de la empresa. Como ya dijimos, la gobernanza operacional en el nivel medio del sector muestra que hay un gran terreno para manejar las tensiones que surgen por todo el campo organizacional, incluso cuando se trata de asuntos de responsabilidad. En entrevistas con representantes de las familias corporativistas arriba mencionadas, la mayoría de los participantes reconocen que este marco puso en peligro los principios tradicionales que subyacían a sus labores de gobernanza. Éste fue un punto que resaltaron las asociaciones de doctores y enfermeros, así como de sindicalizados; también lo apuntaron los fondos de enfermedad que por lo general minimizan los problemas económicos del sector hospitalario, dado que uno de sus intereses principales es el control de los costos.

Por otro lado, todos nuestros entrevistados de infraestructura regulatoria del sector estaban conscientes de que la responsabilidad de la misión pública seguía siendo una expectativa general a la cual se tenía que ajustar el sector. Una gran preocupación de la federación de hospitales (DKG) era tener un manejo sin contratiempos del nuevo esquema de financiamiento en lugar de re establecer el que existía antes, ya que, a sus ojos, el viejo modelo (en gran medida basado en presupuestos históricos) había sido muy difícil de manejar. Los representantes de la asociación de administradores de hospitales se vieron presionados para desarrollar planes de negocios ambiciosos para reaccionar ante el nuevo entorno económico. Veían la competencia como saludable en tanto se enfocara en brindar servicios de alta calidad. Sin embargo, al mismo tiempo un par de entrevistados estaban preocupados por que ése no fuera el caso en muchas instancias. Mientras que el mencionado giro empresarial de los hospitales, que refleja la influencia de la responsabilidad del mercado, por lo general se consideró como ineludible, los entrevistados expresaron incertidumbre sobre si las actividades de organización reales en el sector siempre eran compatibles con la misión tradicional de este último.

Al ver lo que han estado haciendo realmente en los últimos años los actores colectivos que pertenecen a la infraestructura regulatoria del sector hospitalario alemán, resulta que se han tenido que embarcar en manejo de tensiones, esto es, actividades dedicadas a aliviar las presiones dentro del sector inducidas por demandas institucionales en pugna, pero sin eliminar la causa. Para empezar, las expectativas recientes sobre la responsabilidad del mercado se acomodaron en negociaciones bilaterales. Como se apuntó antes, el financiamiento real de determinado hospital se basa en contratos periódicos negociados entre organismos regionales encargados de los fondos de enfermedad y cada proveedor, donde el aspecto clave es la lista y volumen de servicios acordados para el hospital. Desde la creación del sistema GD, estos acuerdos han tendido a evitar quiebres bruscos con el pasado. En nuestras entrevistas, los representantes de la industria afirmaron que aunque la versión inicial del modelo GD haya sido un golpe duro, sobre todo para los hospitales grandes que brindaban atención médica para toda la gama de trastornos, las versiones subsecuentes fueron cada vez menos rudas para dichos participantes. Aparentemente, muchos hospitales lograron mantener sus presupuestos históricos (costos hundidos, perfil particular del proveedor, etc.) en esa ocasión y luego simplemente sugirieron un volumen de admisiones superior al del año precedente, con la intención de compensar de esta forma un ingreso total reducido. A veces fue difícil llegar a acuerdos, pero la negociación se puede delegar a una junta regional de arbitraje compuesta por representantes de la industria y de los fondos de enfermedad.¹⁸

Además, se reportó que la autoadministración corporativista, a la cual se le confiaron los ajustes del nuevo esquema de financiamiento, había trabajado mucho para alcanzar el nuevo esquema de precios consensuado. Esta labor es obligatoria para un organismo regulatorio que acoja a representantes de algunas de las mencionadas familias corporativistas. Una agencia especial (llamada *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*) compila una lista de diagnósticos para incluirse en el esquema GD. Confiere un valor monetario a las distintas patologías según datos recopilados en hospitales seleccionados (promedio). Se espera que las tasas sean decrecientes con el tiempo debido al progreso tecnológico supuesto (que aportará mayor productividad) y a las economías de escala según el número de casos tratados. Sin embargo, son negociables a fin de cuentas. El organismo mencionado instruye al instituto y luego revisa el modelo que éste sugiere, a

¹⁸ Todas las partes involucradas en la infraestructura regulatoria pueden apelar a esta junta, ubicada en el nivel territorial de los *Länder*, en caso de que surjan asuntos controvertidos con respecto a los presupuestos y pagos.

veces tras una deliberación con el Ministerio de Salud que puede tener la última palabra sobre el asunto.

Asimismo, para evitarles apuros económicos a los hospitales con una fuerte carga de casos, se acordó una cantidad de enmiendas especiales dentro del sistema de autoadministración, las cuales retrasaron la transición hacia el nuevo esquema de financiamiento, permitieron la creación de montos superiores para tratamientos especiales, un pago extra a los hospitales en caso de trasladados a otros proveedores y, más recientemente, una cláusula para tomar más en cuenta la presión extraordinaria que recae sobre la enfermería al fijar los precios relacionados con los grupos de diagnóstico. Igualmente, dicha reforma en el esquema de inversión (que imitaba al sistema GD en el pago de los tratamientos) se debatió fuertemente dentro de la infraestructura regulatoria, como señalaron nuestros entrevistados (representantes de los campos involucrados). Los *Länder*, profundamente involucrados en la disputa, querían mantener su derecho a diseñar su propia política de inversión, pues argumentaban que eso era vital para asegurar acceso equitativo a la atención hospitalaria.¹⁹ Tanto los fondos de enfermedad como la industria culpaban a los *Länder* por haber reducido a la mitad sus propios intentos de financiamiento (como porcentaje del gasto total) entre 1975 y 2005. Ambos querían que el dinero de la inversión siguiera a los pacientes rigurosamente (lo que concuerda con el modelo de financiamiento GD), cosa que implica un papel fuerte para la responsabilidad del mercado también en esta área regulatoria. El resultado fue un pacto a través del cual los *Länder* mantenían la opción de recurrir a un esquema de financiamiento de inversión mixto.

En una línea similar, se debatió extender el proceso de financiamiento ordinario a una competencia por precios individuales (los que ofrecía cada hospital), que una vez más aumentaría ciertamente la influencia de la responsabilidad del mercado en todo el sector. Ésta fue una exigencia de los fondos de enfermedad dispuestos a comprar paquetes de tratamientos a participantes seleccionados.²⁰ Pero el *Länder*—temeroso de la escasez en el suministro de los servicios médicos en caso de que los hospitales incurrieran en déficit debido a tal competencia de precios— afirmó que eso no se apegaba a la misión universal del sector. Mediante una alianza tácita con la industria, las asociaciones médicas y los sindicatos del sector público de inicio lograron hacer que fracasara el concepto de los fondos

¹⁹ Insistían en que la inversión se basara en evidencias sobre las necesidades locales y no en registros de trastornos tratados.

²⁰ En nuestras entrevistas, los representantes de los fondos de enfermedad afirmaron que la competencia por los precios mejoraría tanto la relación costo-eficiencia como la calidad del servicio.

de enfermedad, a pesar del fuerte apoyo que les otorgaban los partidos políticos. La responsabilidad de la misión pública demostró ser un punto de referencia en este caso. Este debate también se llevó a cabo dentro de la federación de hospitales, donde los proveedores comerciales finalmente aceptaron el argumento de la misión pública que defendían sus máximos representantes (como revelaron los entrevistados pertenecientes a la federación). Sin embargo, una ley reciente (de 2015) estipula que las partes involucradas en la infraestructura regulatoria deben desarrollar estándares para introducir contratos selectivos para un pequeño número de tratamientos estándar. Está por verse qué tipo de pacto se hará entre las dos formas de responsabilidad sobre este asunto.

Otro campo para el manejo de tensiones es la regulación del control de calidad. El mencionado Comité Federal Unido estaba listo para establecer reglas más fuertes con respecto a los instrumentos que aseguran el respeto a las normas. Como ya se dijo, el alcance y detalle de los esquemas de control de calidad para cuidado hospitalario han aumentado en los últimos años. El acuerdo actual es híbrido. Por un lado, los involucrados en los organismos corporativistas llevan un procedimiento (llamado *Qualitätsdialog*) mediante el cual los resultados particularmente deficientes en la atención hospitalaria se discuten de inicio a puerta cerrada; sólo en caso de que las cosas no se arreglen, el problema se hace público. Por otro lado, hay tendencias a hacer que el diálogo sobre la calidad sea una meta competitiva, aunque tal cosa sea difícil de medir. En su política de comunicación pública, los fondos de enfermedad ya ofrecen puntajes de calidad para los hospitales; algunas secciones de la industria han tomado una ruta similar. Además, una reforma legal reciente estipula que los fondos de enfermedad tendrán autorización para pagar más a las entidades con buen desempeño, mientras que los resultados deficientes serán sancionados. A la infraestructura regulatoria se le ha confiado la creación de un marco para este esquema competitivo, otro asunto espinoso cuando se trata de lidiar con demandas en conflicto.

Por último, contra el panorama de que muchos hospitales²¹ enfrentaron déficit recurrentes en su balance general, una coalición entre la industria, los sindicatos y las asociaciones de profesionales se embarcaron en una campaña por financiamiento gubernamental adicional fuera del esquema GD (donde los fondos de enfermedad permanecieran en silencio total). Una vez más, la responsabilidad de la misión pública apareció como punto de referencia. En 2008, tras la

²¹ Entre los participantes afectados, muchos pertenecía a las municipalidades y seguían dependiendo de sus subsidios que, sin embargo, no alcanzaron debido a una pujante crisis fiscal que sufrieron muchas autoridades locales.

mayor manifestación masiva de agentes hospitalarios que se ha visto en Alemania, el gobierno en turno accedió a inyectar dinero público adicional al sector, destinado a modernizar los equipos y a contratar personal extra. En los años siguientes se tomaron decisiones similares (por ejemplo, a fines de 2015). Por lo tanto, el marco de responsabilidad del mercado que trajeron las reformas guiadas por la NGP en la década de 2000 conllevó acción colectiva para amortiguar sus implicaciones, aunque con medidas provisionales que no superan la paradoja de la responsabilidad del marco institucional del campo organizacional.

¿DE VERDAD SON TAN DISTINTOS? UN EXPERIMENTO MENTAL SOBRE MÉXICO

Esta sección ofrece un experimento mental sobre la pugna entre lógicas institucionales (y patrones de responsabilidad relacionados) en un sistema de salud que carece de muchas de las características sobresalientes en Alemania y otras partes de Europa continental, el mexicano. La pregunta es si, en un nivel abstracto, el desarrollo mencionado también sucede en un panorama nacional que difiere notoriamente del alemán, y si el cambio en este panorama tiene indicios de los movimientos globales del llamado isomorfismo en teoría institucional (DiMaggio y Powell, 1983; Dacin, 1997). Aunque dentro de los confines de este artículo es imposible hacer una comparación más detallada, una perspectiva de exploración sobre cómo se relaciona el desarrollo de México con el de Europa continental puede arrojar elementos interesantes para entender la influencia de los conceptos internacionales sobre (re)organización de los sistemas de salud, incluidos los involucrados en el desarrollo práctico de las instituciones en México. En un contexto académico, ayuda a construir supuestos sobre la globalización de los regímenes de responsabilidad en el suministro de servicios públicos.

Para lograr esta empresa es importante identificar las características institucionales generales del sector hospitalario mexicano y del orden estatutario en el que está imbricado.²² Una primera observación es que, en México, la atención hospitalaria se da dentro de un campo organizacional fragmentado. El sector hospitalario de este país consiste en tres pilares apenas interrelacionados y que no obedecen a un marco regulatorio común, a pesar de que ha habido intentos por acercar entre sí dichos pilares, que son: *a)* un sector altamente centralizado y manejado por el Estado que suministra (modestos) servicios a los que trabajan

²² Lo siguiente se basa en gran medida en Edmonds-Poli y Shirk (2012: c.10), así como en Bogue *et al.* (2007), García-Junco Machado (2012), Ibarra *et al.* (2013), Laurell (2015), Nigendo *et al.* (2015), Solano (2015), Lopez *et al.* (2015), y López Arellano y Jarillo Soto (2016).

en el mercado laboral informal y similares; *b*) un pilar privado mal regulado que suministra tanto cuidado hospitalario básico a los pobres informales como servicios sofisticados a los muy ricos (alrededor de 3% de todos los mexicanos tiene un seguro privado); *c*) un pilar que se asemeja a los arreglos de Europa continental, incluida Alemania, que abarca a los hospitales manejados por los organismos de la seguridad social bajo los esquemas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que brindan paquetes de beneficios más amplios a empleados (públicos y privados).²³ El sector entero es mucho menos uniforme que su contraparte alemana en cuanto a que las facilidades en México tienen un desarrollo desigual en los diferentes estados de la República para los tres pilares —con enormes diferencias entre el norte y el sur—. Este pluralismo extremo corresponde a las formas organizacionales heterogéneas del lado de la oferta. Mientras que las pequeñas empresas dominadas por médicos locales muestran una cultura de gobernanza *ad hoc*, los proveedores de lujo están organizados como negocios. Otra clase de participantes está muy burocratizada; esto aplica tanto para los hospitales del Estado destinados a los pobres como a las unidades que pertenecen a la seguridad social para los empleados de la economía formal.

Todo esto corresponde —en segundo lugar— con un marco de gobernanza estatutaria difuso: en las últimas décadas se ha exigido conferir una misión pública exhaustiva al sistema de salud en general y a los hospitales en particular. Ahí donde el Estado es dueño de las instalaciones, la discrecionalidad administrativa para las unidades locales del sistema resultó ser más amplia, *e.g.* con respecto a las decisiones sobre cómo gastar los recursos (que las autoridades centrales transferían como presupuesto anual global).²⁴ El sector público posee aproximadamente dos tercios de todas las camas de hospital, aunque no hay un sistema de reglas unitario que aplique para este universo. Fuera de este pilar, el Estado por lo general era incapaz de aplicar las regulaciones. El pilar de la seguridad social demostró ser un mundo propio, difícil de controlar, también porque era dueño de un gran número de instalaciones —como sigue siendo hoy—. En otros segmentos, el sistema mostró dinámicas de mercado no controladas; así, los desembolsos directos siem-

²³ Las instalaciones en este esquema pueden tener resultados de nivel europeo pero, en muchos casos, su equipo es modesto y los recursos muchas veces son insuficientes.

²⁴ Los presupuestos históricos han sido un patrón tradicional para los hospitales del Estado. Este principio también se ha aplicado a los programas dirigidos a ciudadanos del sector informal; esquemas más recientes lo han abandonado parcialmente (véase más adelante).

pre estuvieron mucho más extendidos que en Europa, especialmente en el tan poco regulado terreno de las clínicas privadas.

Por lo tanto, las diferencias con Europa son obvias. Sin embargo, al ver el reciente cambio regulatorio del sector hospitalario mexicano, se pueden predecir algunas tendencias comunes; de cierta forma, incluso podría hablarse de una rampante europeización del marco institucional relevante.²⁵ La configuración general se acerca a la de Europa (más que a la de Estados Unidos) en que hay intentos por generalizar los arreglos estilo seguridad social del lado de la demanda, junto con una regulación pública más exhaustiva del proceso de producción de salud en general. Simultáneamente, los conceptos regulatorios dirigidos por la NGP han proliferado de manera similar a lo que ha sucedido en Alemania en las últimas décadas.

En concreto, las reformas recientes en México han traído una responsabilidad pública más intensa y la semilla de un manejo con orientación de negocios al sistema de salud, incluidos los hospitales. Por otro lado, la misión pública se ha ensanchado. Las políticas buscan incorporar a las clases marginadas en segmentos del sistema de salud con regulación pública. El principio de la década de 2000 presentó la creación de un esquema de seguridad quasi social para los muy pobres (el Seguro Popular), que pretendía superar la brecha entre los sectores formal e informal de la población laboral, incluida la atención hospitalaria.²⁶ Al mismo tiempo, los modelos de gestión pública de Europa Occidental han proliferado. Los conceptos regulatorios incluyen, *a)* instrumentos regulatorios susceptibles de implementar los modelos de cuidados controlados y de el dinero acompaña al paciente; *b)* opciones para la compra administrativa de paquetes de atención médica con proveedores seleccionados, y *c)* normas que permitan la oferta competitiva de servicios y las sociedades público-privadas en todos los segmentos del sistema de salud.

En paralelo, una nueva infraestructura regulatoria para gobernar el sistema de salud hace que el sistema de salud mexicano parezca (un poco) alemán. Esto implica, *a)* establecer comisiones de arbitraje destinadas a vigilar el sistema y reaccionar contra malas prácticas legales; *b)* crear una nueva Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios como organismo regulatorio descent-

²⁵ Muchas tendencias en el sistema de salud mexicano hacen eco de desarrollos en Estados no europeos altamente desarrollados. Esto, por ejemplo, aplica a los hospitales que introdujeron sistemas de control de calidad y esquemas de certificación, con especial atención en la competitividad del participante (Martínez Molina *et al.*, 2012; Herrera Huerta *et al.*, 2015). También hay ejemplos de sociedades público-privadas en las que las organizaciones comerciales se encargan de construir y dirigir un hospital.

²⁶ Sin embargo, este esquema, que pretendía cubrir hasta 50 por ciento de la población mexicana permaneció separado en relación con su sistema administrativo y el paquete de beneficios ofrecido. Así, el Seguro Popular no cubre el costo total del tratamiento de enfermedades graves, tales como infarto al miocardio, cáncer o daños severos.

tralizado que sea formalmente independiente del Estado y regule productos y servicios, y c) elevar la competencia de un Consejo de Salubridad General encargado de establecer prioridades con respecto a la inversión en el sector salud, incluyendo a representantes de todas las instituciones públicas o semipúblicas, organizaciones de la sociedad civil (osc), sector privado y asociaciones profesionales relacionadas con la salud.

En general, desde que México se convirtió en un sistema multipartidista más democrático durante la década de 1990, la responsabilidad de la misión pública ha sido un vector principal de las reformas a nivel discursivo y parece estar operado con más rigor y mejores opciones para que se involucren los participantes. El Estado pretende controlar mejor al sector privado no regulado; por ejemplo, con las reformas recientes, sólo los proveedores acreditados tienen derecho a obtener dinero para el esquema de la seguridad social destinado a la población informal (Seguro Popular). Esto tiene el potencial de hacer que la lógica institucional relacionada con la misión pública sea más clara, también cuando se trate de atención hospitalaria. Sin embargo, hasta ahora la mayor parte de estos desarrollos están en una fase embrionaria o han resultado ser imposibles. Siguen coexistiendo varios mundos de organizaciones dentro de un marco metarregulatorio difuso. Como cada regulación se tiene que redactar dos veces (por lo menos), la codificación institucional del sistema hospitalario resulta muy compleja. En términos generales, el problema típico de un “Estado tigre” como México consiste en mantener la promesa pública institucional y brindar los medios necesarios. La desviación informal de las normas de responsabilidad es extensa; las reglas existen, pero su aplicación es laxa, por lo tanto, la escisión (en el sentido de Meyer y Rowan, 1977) probablemente importe mucho más que en un contexto europeo.

¿Podría afirmarse lo mismo sobre la proliferación de conceptos regulatorios dirigidos por la NGP y la tendencia hacia la responsabilidad del mercado? México está retrasado en la aplicación de la NGP y la privatización de instituciones públicas se ha combatido mucho dentro del sistema político.²⁷ Sin embargo, la lógica de mercado parece entrar al sistema de salud por la puerta trasera. Es interesante, y quizás por razones políticas,²⁸ que el pilar de la gente pobre sea el que sirva de modelo para introducir la competencia controlada en otros lados. A

²⁷ A finales de la década de 1980 y principios de la de 1990 hubo intentos por exponer el esquema de seguridad social a la competencia del sector privado, a partir de recomendaciones del Banco Mundial (que le había otorgado un préstamo a México en esa época). Los sindicatos se opusieron con éxito a esos planes.

²⁸ Los sindicatos que se oponían a la mercadización y eran poderosos tanto en el sector salud como en las instituciones de seguridad social pueden hacerse a un lado con mayor facilidad en el primer pilar.

nivel gubernamental, ha habido interés en crear una cultura competitiva para el manejo público de este nuevo pilar; los medios para esto son, *a)* establecer un reporte de referencia para todo el sistema de salud (*e.g.* indicadores de desempeño para atención hospitalaria); *b)* una política del Estado nacional para transferir fondos a gobiernos locales según el número de ellos que esté inscrito en el nuevo esquema de seguros; *c)* oportunidades para que los estados puedan contratar servicios de los pilares de la seguridad social y del sector privado, una faceta típica de los cuidados controlados.²⁹ Potencialmente, los recién creados organismos de infraestructura mencionados arriba operarán en el futuro como reguladores de mercado que recurren a esquemas estandarizados de control de calidad para evaluar las actividades implementadas en los diferentes estados. Sea como fuere, lo mínimo que puede decirse es que México se está basando en conceptos de reforma inspirados en la NGP desarrollados en Estados de bienestar más maduros.

Sin embargo, los conceptos cambian con mayor facilidad que las instituciones. En términos prácticos, la responsabilidad del mercado aún no juega un papel mayor para el grueso de la atención hospitalaria en México. El primer pilar, que se ha desplegado tímidamente, sólo abarca servicios rudimentarios; mientras que las políticas nacionales apuntan hacia la “desorganización” de las instalaciones de salud comunitarias (Laurell, 2015: 118), este pilar sigue mostrando una fuerte gobernanza estatal-burocrática, y sus distintas unidades tienen esto muy inculcado. Además, los contratos estatales con proveedores privados siguen en su infancia, al igual que las medidas para contratar proveedores privados como socios del pilar de la seguridad social. Hasta ahora, la extendida infraestructura regulatoria para todo el sistema de salud apenas es capaz de aplicar medidas tanto a estados como a participantes del sector salud. Más generalmente, parece que la crisis política actual en este país levanta barreras a que se impongan por completo los conceptos regulatorios occidentales (Olvera, 2015). Mientras que hay una tendencia perceptible hacia la responsabilidad paradójica en el campo de estudio, las características institucionales mencionadas que hacen distinto a México de Alemania (y de Europa continental) —la fuerte fragmentación del campo organizacional y la estructura de gobernanza estatutaria difusa inherente a ella— hasta ahora establecen límites claros a la tendencia que está ganando ímpetu en todo el sistema.

²⁹ Esto es cierto en el sentido de que se vislumbra una división comprador-proveedor y se espera que las políticas hagan que el dinero acompañe a los pacientes. Algunos gobiernos estatales lo han intentado al construir el nuevo primer pilar (Seguro Popular).

CONCLUSIÓN

El análisis precedente arroja luz sobre el valor agregado de fusionar estudios de organización neoinstitucionalistas con teoría de la responsabilidad en el campo de la administración pública. Enfocándose en las lógicas institucionales en pugna y su manejo en dos diferentes niveles de acción colectiva, el texto elucida implicaciones de orientación empresarial que prevalecen en un sector previamente dominado por el profesionalismo médico y orientaciones socio-burocráticas. Lo que sugiere el análisis en términos teóricos es que un alza en la responsabilidad del mercado puede coincidir con las expectativas tradicionales, incluso a veces crecientes, para cumplir una misión pública, lo que alimenta una configuración paradójica que pone en peligro tanto a los proveedores individuales de servicios como la infraestructura regulatoria de determinado sistema de salud. Podrá decirse que el viejo paquete de responsabilidades (burocráticas, profesionales, políticas) está desagregado y está surgiendo un nuevo régimen de responsabilidad. La misión pública persiste como referencia colectiva y va de la mano con las presiones por ganar ingresos y mostrar a lo que aspira un entorno orientado hacia el mercado.

Las reacciones a nivel de empresa y de infraestructura indican un manejo nervioso de las expectativas en conflicto y de las tensiones resultantes. A nivel individual de centro, la misión pública se percibe como vital a pesar de las presiones (cuasi) de mercado; pero sólo existen opciones provisionales para lograr un equilibrio entre los compromisos con esa misión y los objetivos de negocios. Las soluciones adoptadas alivian las presiones económicas en algunas situaciones y en algunos hospitales. Los mercados siguen siendo fuente de volatilidad, se trate de comparación basada en el desempeño, la firma de contratos o la competencia por pacientes. Las tensiones reaparecen constantemente. Por lo tanto, a nivel de empresa las políticas tienen un carácter fragmentario y difícilmente pueden ser sostenibles. Como los hospitales se quedan atrapados entre las dos lógicas en conflicto, es difícil desarrollar orientaciones estratégicas claras para este entorno. La única herramienta estratégica ofrecida es la contabilización, que impone metas numéricas a las prácticas profesionales por lo común guiadas por orientaciones de mercado.

Es en la infraestructura regulatoria donde los dos patrones de responsabilidad y las tensiones se atajan de forma más organizada. En Alemania, los actores colectivos relevantes del universo corporativista han llegado a soluciones temporales para los problemas del sector. Aparentemente, el enfoque alemán de la gobernanza operacional del sector puede proteger a los proveedores de fuertes

golpes económicos. Una vez más, sin embargo, esto se da a través de medidas provisionales; por lo tanto, este enfoque ya no puede ofrecerle a la industria un ambiente institucional seguro.

Adentrarse en las ramificaciones de la responsabilidad paradójica es relevante para los involucrados en la modernización del sistema de salud fuera de Europa, aunque resulte difícil descubrir los efectos en los resultados en términos de tratamiento médico.³⁰ La persistencia de una infraestructura regulatoria corporativista permite que la misión pública sea resiliente, pero dicha infraestructura ahora enfrenta presión permanente. A nivel de empresa, es justo decir que el juego de las dos lógicas institucionales ha llevado a procesos internos en desarrollo (vías clínicas, recopilación de datos, control sistemático, etc.) y a un aumento de la productividad. Sin embargo, las políticas orientadas hacia el mercado en los hospitales pueden ser riesgosas. Los costos hundidos son considerables y las inversiones guiadas por el mercado son difíciles de revertir. El éxito económico, si es que hay alguno, puede ser efímero. Nunca se puede descartar que los esfuerzos para atraer actividades extra o pacientes nuevos reduzcan el ánimo organizacional para tratar a la clientela promedio. En este sentido, la responsabilidad paradójica puede resultar perjudicial para la capacidad del sector de servir de acuerdo con su misión pública.

¿Acaso todo esto es diferente en un entorno como el de México? Y, en términos más generales, ¿se está implementando el isomorfismo a nivel internacional? El experimento mental anterior sólo puede dar respuestas tentativas. Por un lado, el caso de México indica que un nuevo régimen de responsabilidad está viajando a través de fronteras y sectores, al menos a nivel conceptual. Mientras que las reformas que se implementan en el país corroboran la misión pública del sistema de salud, la responsabilidad del mercado se ha convertido en una referencia adicional en este sistema. Por lo tanto, visto a distancia, los conceptos regulatorios para el sector público sí tienen color global, con tensiones similares que surgen a pesar de las agendas de reforma tan distintas.

Por otro lado, la configuración mexicana es distinta en varios aspectos. Ahí donde se ha aplicado realmente el marco regulatorio, los problemas para lidiar con las expectativas en conflicto simplemente se suman a las complejidades del sistema de salud mexicano de décadas. Sin embargo, en muchas instancias, debi-

³⁰ Grandes participantes del sector hospitalario alemán han publicado datos según los cuales el desempeño del sector *no* se vio afectado por el nuevo esquema regulatorio ni por la reorganización inducida (INEK, 2011). Las investigaciones independientes brindan un panorama con más matices en particular con respecto al desarrollo de la calidad estructural (véase Braun *et al.*, 2010 y contribuciones de Bode y Vogd, 2016).

do a la fragmentación del campo organizacional y a una estructura de gobernanza estatutaria vaga, la realidad parece estar escindida de las normas institucionales. Es interesante que tal inercia histórica (Solano, 2015) en la reacción del sistema a los movimientos globales de reforma pueda dar pie a otra paradoja: la de acuerdos de gobernanza vagos y fragmentados que ayuden a un sistema de salud menos desarrollado a evadir los inconvenientes que ha traído la NGP en los Estados de bienestar más maduros. Una lección para México podría ser que debe tomar prestados los elementos del exterior que respaldan la responsabilidad de la misión pública en un sistema de salud complejo (*e.g.* una infraestructura regulatoria no estatutaria fuerte), y dejar de lado la fiebre de (cuasi) mercado que sigue influyendo mucho en la administración pública en todo el mundo. 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Augurzky, B., C. Hentschker, S. Krolop, A. Pily y C.M. Schmidt (2015), *Krankenhaus Rating Report 2015*, Essen, rwi.
- Bär, S. (2011), *Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft: Krankenhausmanager und ihre Konzepte*, Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Birkinshaw, P., I. Harden y N. Lewis (1990), *Government By Moonlight: The Hybrid Parts of the State*, Londres, Unwin Hyman.
- Blomgren, M. y C. Waks (2015), “Coping with Contradictions: Hybrid Professionals Managing Institutional Complexity”, *Journal of Professions and Organization*, 2(1), pp. 78-102.
- Bode, I. (2008), *The Culture of Welfare Markets: The International Recasting of Care and Pension Systems*, Nueva York y Londres, Routledge.
- Bode, I. (2010), “Towards Disorganised Governance in Public Service Provision? The Case of German Sickness Funds”, *International Journal of Public Administration*, (33)2, pp. 172-181.
- Bode, I. y M. Märker (2014), “Medicine in Management or Medics in Management? The Changing Role of Doctors in German Hospitals”, *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), pp. 395-405.
- Bode, I. y W. Vogd (eds.) (2016), *Mutationen des Krankenhauses: Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Wiesbaden, Springer vs.
- Bogue, R.J., C.H. Hall y G.M. La Forqua (2007), *Hospital Governance in Latin America: Results from a Four Nation Survey*, Washington, D.C., World Bank/Health, Nutrition, and Population.
- Borowiak, C.T. (2011), *Accountability and Democracy: The Pitfalls and Promise of Popular Control*, Oxford, Oxford University Press.
- Bovens, M. (2007), “Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework”, *European Law Journal*, 13(4), pp. 447-468.

- Braun, B., P. Buhr, S. Klinke y R. Rosenbrock (2010), *Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler: Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*, Berna, Huber.
- Clarke, J. y J. Newman (2009), *Publics, Politics and Power: Remaking the Public in Public Services*, Londres, Sage.
- Cookson, R. y D. Dawson (2012), “Hospital Competition and Patient Choice in Publicly Funded Healthcare”, en A.M. Jones (ed.), *The Elgar Companion of Health Economics*, Cheltenham, Edward Elgar, pp. 219-230.
- Culebro Moreno, J.E. (2014), “Modernización administrativa y post-nueva gestión pública: De los dilemas y tensiones hacia las nuevas formas de coordinación y regulación”, *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 3(1), pp. 53-74.
- Currie, G. y D. Spyridonidis (2016), “Interpretation of Multiple Institutional Logics on the Ground: Actors’ Position, their Agency and Situational Constraints in Professionalized Contexts”, *Organisation Studies*, 37(1), pp. 77-97.
- Dacin, M.T. (1997), “Isomorphism in Context: The Power and Prescription of Institutional Norms”, *Academy of Management Journal*, 40(1), pp. 46-81.
- Dent, M., H. Howorth, F. Mueller y C. Preuschoft (2004), “Archetype Transition in the German Health Service? The Attempted Modernisation of Hospitals in a North German State”, *Public Administration*, 82(3), pp. 727-742.
- De Vries, M. y J. Nemec (2013), “Public Sector Reform: An Overview of Recent Literature and Research on NPM and Alternative Paths”, *International Journal of Public Sector Management*, 26(1), pp. 4-16.
- DiMaggio, P.J. y W.W. Powell (1983), “The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields”, *American Sociological Review*, 48(1), pp. 147-160.
- Dubnick, M.J. y H.G. Frederickson (eds.) (2011), *Accountable Governance: Problems and Promises*, Nueva York, M.E. Sharp.
- Edmonds-Poli, E. y D.A. Shirk (2012), *Contemporary Mexican Politics*, Lanham, Rowman & Littlefield.
- Flood, C. (2003), *International Healthcare Reform: A Legal, Economic and Political Analysis*, Londres, Routledge.
- Friedland, R. y R.R. Alford (1991), *Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Change*, en W.W. Powell y P.J. DiMaggio (eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 232-263.
- García-Junco Machado, David (2012), “La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular”, *Gaceta Médica de México*, 148, pp. 518-524.
- Goodrick, E. y G.R. Salancik (1996), “Organizational Discretion in Responding to Insti-

- tutional Practices: Hospitals and Cesarean Births”, *Administrative Science Quarterly*, 41(1), pp. 1-28.
- Gooijer, W.D. (2007), *Trends in EU Healthcare Systems*, Berlín y Nueva York, Springer.
- Greenwood, R., C. Oliver, K. Sahlin y R. Suddaby (2008), “Introduction”, en R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin y R. Suddaby (eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, Londres, Sage, pp. 1-46.
- Hentschker, C., R. Mennicken y T. Schmid (2014), “Defining Hospital Markets: An Application to the German Hospital Sector”, *Health Economics Review*, 4(28), disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13561-014-0028-0> [fecha de consulta: 5 de septiembre de 2017].
- Herrera Huerta, E.V., L.A. Pacheco Ramón, R. Escutia Gutiérrez, E.A. García Montalvo, M. Bulás Mendoza y J.G. López López (2015), “Certificación de hospitales en México: Estándares internacionales”, *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 9(1), pp. 12-19.
- Heydebrandt, W. (1973), “Hospital Bureaucracy: A Comparative Study of Organizations”, Nueva York, Dunellen.
- Hill, M. y P.L. Hupe (2009), *Implementing Public Policy: An Introduction to the Study of Operational Governance*, Londres, Sage.
- Hodge, G.A. y K. Cockhill (2007), “Accountability in the Privatized State”, *Governance*, 20(4), pp. 675-702.
- Ibarra I., G. Martínez, N. Aguilera, E. Orozco, G.E. Fajardo-Dolci y D. González-Block (2013), “Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud en México para apoyar la integración funcional”, *Salud Pública de México*, 55(3), pp. 310-317.
- Inek (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) (2011), Endbericht zum 2, Zyklus der g-DRG-Begleitforschung (2006-2008), junio, Berlín.
- Isfort, M. y F. Weidner (coords.) (2010), *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*, Colonia, Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung.
- Jepperson, R.L. (1991), “Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism”, en W.W. Powell y P. J. DiMaggio (eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, Chicago University Press, pp. 143-163.
- Jos, P. y M.E. Tomkins (2004), “The Accountability Paradox in an Age of Reinvention. The Perennial Problem of Preserving Character and Judgement”, *Administration & Society*, 36(3), pp. 255-281.
- Klenk, T. (2011), “Ownership Change and the Rise of a For-profit Hospital Industry in Germany”, *Policy Studies*, 32(3), pp. 263-275.
- Kurunmaki, L., I. Lapsley y K. Melia (2003), “Accountingization vs. Legitimation: A Com-

- parative Study of the Use of Accounting Information in Intensive Care”, *Management Accounting Research*, 14(1), pp. 112-139.
- Lægreid, P. (2014), “Accountability and New Public Management”, en M. Bovens, R.E. Goodin y M. Schillemanns (eds.), *The Oxford Handbook of Public Accountability*, Oxford, Oxford University Press, pp. 325-338.
- Laurell, A.S. (2015), “The Mexican Popular Health Insurance: Myths and Realities”, *International Journal of Health Services*, 45(1), pp. 105-125.
- Lawrence, T. y R. Suddaby (2006), “Institutions and Institutional Work”, en C. Clegg, C. Hardy y T. Lawrence (eds.), *Sage Handbook of Organization Studies*, Londres, Sage, pp. 215-254.
- Le Grand, J. y W. Bartlett (1993), “The Theory of Quasi-Markets”, en J. Le Grand y W. Bartlett (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*, Londres, Macmillan, pp. 13-34.
- López, M.J., A. Martínez Valle y N. Aguilera (2015), “Reforming the Mexican Healthcare System to Achieve Effective Healthcare Coverage”, *Health Systems & Reforms*, 1(3), pp. 181-188.
- López Arellano, O. y E.C. Jarillo-Soto (2016), “Is There a Way Forward for the Mexican Healthcare System? A Human Rights Perspective”, *Social Medicine*, 10(1), pp. 1-11.
- Lounsbury, M. y E. Boxenbaum (2013), “Institutional Logics in Action”, *Research in the Sociology of Organisations*, 39A, pp. 3-22.
- Martínez-Molina, R., R. Rodríguez, I. Borges-Carrete, R. Hernández-Centeno, H. Robledo-Galván y D. Olvera-López (2012), “El sistema de gestión de calidad, una ventaja competitiva para el hospital Durango”, *Revista Conamed*, 17(4), pp. 165-171.
- Meyer, J.W. y B. Rowan (1977), “Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony”, *American Journal of Sociology*, 83(2), pp. 340-363.
- Nigendo, G., V.J. Wirtz, L.M. González-Robledo y M.M. Reich (2015), “Evaluating the Implementation of Mexico’s Health Reform: The Case of Seguro Popular”, *Health Systems & Reforms*, 1(3), pp. 217-218.
- Olvera, A. (2015), “La crisis política, los movimientos sociales y el futuro de la democracia en México”, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 225, pp. 213-220.
- Pache, A.C. y F. Santos (2010), “Inside the Hybrid Organization: An Organizational Level View of Responses to Conflicting Institutional Demands”, documento de trabajo 1101, Research Center ESSEC.
- Page, S. (2006), “The Web of Managerial Accountability”, *Administration & Society*, 38(2), pp. 166-197.
- Parsons, T. (1956), “Suggestions for a Sociological Approach of Organizations”, *Administrative Science Quarterly*, 1(1-2), pp. 63-85, 225-248.
- Pfaff, H., T.D. Gloede y A. Hammer (2015), “Germany”, en J. Braithwaite, Y. Matsuyama,

- R. Mannion y H. Johnson (eds.), *Healthcare Reform, Quality and Safety: Perspectives, Participants and Prospects in 30 Countries*, Surrey, Ashgate, pp. 239-247.
- Pollitt, C. y G. Bouckaert (eds.) (2011), *Public Management Reform: A Comparative Analysis: New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, Nueva York, Oxford University Press.
- Reay, T. y C.R.B. Hinings (2009), "Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics", *Organization Studies*, 30(6), pp. 629-652.
- Reich, A.R. (2014), *Selling our Souls: The Commodification of Hospital Care in the United States*, Princeton, Princeton University Press.
- Rhodes, R.A.W. (1997), *Understanding Governance: Policy Networks, Governance and Accountability*, Buckingham, Open University Press.
- Romzek, B.S. (2011), "The Tangled Web of Accountability in Contracting Networks: The Case of Welfare Reform", en M.J. Dubnick y H.G. Frederickson (eds.), *Accountable Governance: Problems and Promises*, Nueva York, M.E. Sharp, pp. 22-41.
- Romzek, B.S. y M.J. Dubnick (1987), "Accountability in the Public Sector: Lessons from the Challenger Tragedy", *Public Administration Review*, 47(3), pp. 227-238.
- Rowlinson, M. (1997), *Organizations and Institutions: Perspectives in Economics and Sociology*, Londres, Macmillan.
- Sauerland, D. (2009), "The Legal Framework for Healthcare Quality Assurance in Germany", *Health Economics, Policy and Law*, 4(1), pp. 79-98.
- Selznick, P. (1948), "Foundations of the Theory of Organizations", *American Sociological Review*, 13(2), pp. 25-35.
- Simon, M. (2016), "Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhausbereichs seit den 1970er Jahren", en I. Bode y W. Vogd (eds.), *Mutationen des Krankenhauses: Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Wiesbaden, Springer vs, pp. 29-46.
- Simonet, D. (2011), "The New Public Management Theory and the Reform of European Healthcare Systems: An International Comparative Perspective", *International Journal of Public Administration*, 34(12), pp. 815-826.
- Schillemanns, T. (2011), "Does Horizontal Accountability Work? Evaluating Potential Remedies for the Accountability Deficit of Agencies", *Public Organization Review*, 47(3), pp. 227-238.
- Scott, W.R. y J.W. Meyer (1991), "The Organization of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence", en W.W. Powell y P.J. DiMaggio (eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 108-140.
- Scott, W.R., M. Ruef, P.J. Mendel y C.R. Caronna (2000), *Institutional Change and Health-*

- care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago, University of Chicago Press.
- Solano, C.E. (2015), “Universalist Reform of the Healthcare Systems in Mexico and Chile: A Change of Time or Historical Inertia?”, *Journal of Public Governance and Policy*, 1(2), pp. 32-59.
- Thornton, P.H., W. Ocasio y M. Lounsbury (2012), *The Institutional Logics Perspective: A New Approach to Culture, Structure and Process*, Oxford, Oxford University Press.
- Weber, K. y M.A. Glynn (2006), “Making Sense with Institutions: Context, Thought and Action in Karl Weick’s Theory”, *Organization Studies*, 27(11), pp. 1639-1660.
- Witman, Y., G.A.C. Smid, P.L. Meurs y D.L. Willems (2011), “Doctors in the Lead: Balancing between Two Worlds”, *Organization*, 18(4), pp. 477-495.
- Wolf, J.F. (2005), “Public Administration’s Multiple Institutionalized Frameworks”, *Public Organization Review*, 5(1), pp. 183-200.
- Wooten, M. y A.J. Hoffman (2008), “Organizational Fields: Past, Present and Future”, en R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin y R. Suddaby (eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, Londres, Sage, pp. 120-147.

Ingo Bode. Sociólogo y profesor de tiempo completo de Política Social, Sociedad y Organización en la Facultad de Ciencias Humanas en la Universidad de Kassel en Alemania, desde 2009. Entre sus puestos anteriores están el de catedrático en Edimburgo y en varias universidades alemanas, así como una beca de profesor invitado en Francia. Sus áreas de trabajo son el análisis comparado de sistemas de bienestar y estudios de organización en el sector social y de salud. Actualmente está involucrado en investigaciones sobre el desarrollo del papel de las redes en el suministro de servicios humanos y en la transformación de los sistemas de pensiones. Algunas de sus publicaciones internacionales recientes incluyen: “State-Third Sector Partnerships. A Short Overview of Key Issues in the Debate”, *Public Management Review* 8(16), 2014, pp. 1055-1066 (en colaboración con T. Brandsen); “Networking Enforced – Comparing Social Services’ Collaborative Rationales across Different Welfare Regimes”, *Social Policy & Administration*, 2016 (con J. Breimo, H. Turba, O. Firbank y J.T. Sandvin), DOI 10.1111/spol.12235; “Governance and Performance in a ‘Marketized’ Nonprofit Sector. The Case of German Care Homes”, *Administration & Society*, 2(49), 2017, pp. 232-256.