

LA REFORMA DE LA SALUD Y LA REGULACIÓN PROFESIONAL MEDIANTE REDES

THE HEALTH REFORM AND PROFESSIONAL NETWORKS

René Ríos F.

Sociólogo

Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile

Artículo recibido el 15 de octubre, 2006. Aceptado en versión corregida el 20 de mayo, 2007

RESUMEN

*En el contexto de la reforma a la salud en desarrollo en Chile y especialmente en su componente de redes asistenciales, se presenta un análisis de la regulación profesional mediante el mecanismo de redes, como sistema de coordinación social, distinto a los de coordinación mediante mercados y jerarquías burocráticas. Dichos mecanismos constituyen un modo de resolución de las incertidumbres que enfrentan las organizaciones sanitarias en su desafío de establecer programas operacionales rutinarios. Se sostiene como argumento central que la coordinación mediante redes está constituida por profesionales y que las profesiones de salud, particularmente la medicina, están expuestas a intentos de control proveniente del gerenciamiento de los servicios. Se analiza esta relación, las formas como se enfrentan y se caracteriza la regulación profesional en algunos de sus principales aspectos. El artículo termina con un análisis de la mayor complejidad social que caracteriza a la sociedad moderna y cómo el sistema de profesiones aparece como un mecanismo de regulación que puede ser asimilado al de redes. **Palabras clave:** Redes, profesiones, regulación, reforma.*

ABSTRACT

*In the context of the healthcare reform develop in Chile and especially in the component related to assistance networks, an analysis of professional regulation through these networks is presented as a system of social coordination different from those coordinated via the market or bureaucratic hierarchies. These mechanisms form a way of resolving uncertainties confronted by health organizations as they are challenged to establish routine programs of operation. The central argument presented is that coordination via networks is made up of professionals and that healthcare profession, particularly medicine, is exposed to attempts to control them by management services. This relationship is analyzed, as well as certain aspects related to the way in which professional regulation is confronted and characterized. The article finishes with an analysis of the advanced social complexity of modern day society and the ability of the professional system to be a regulating mechanism that can be absorbed by the networks. **Key Words:** Networks, professionals, regulation, reform. **Key words:** Networks, professions, regulation, reform.*

INTRODUCCIÓN

La reforma al sistema de salud propone un modelo organizacional de red asistencial, integrada por establecimientos y proveedores de servicios sanitarios de distinto nivel de complejidad y propiedad. La coordinación y la regulación de esta red, encargada a los servicios de salud, aparece como uno de los principales temas a resolver en la implementación de este diseño organizacional.

Este artículo analiza las redes como un mecanismo de coordinación social, presenta sus principales diferencias con los mercados y jerarquías burocráticas y argumenta su conformación preferente por profesionales. Así el "sistema" de profesiones emerge como un dispositivo de regulación y coordinación dentro del subsistema de la salud y entre los subsistemas funcionales de la sociedad.

Los dispositivos de regulación deben procesar información que proviene de entornos cargados cada vez de mayor incertidumbre. Su transformación en riesgos calculables, la definición de problemas y el diseño de soluciones son tareas netamente profesionales, del mismo modo el establecimiento de programas decisionales rutinizados y desempeñados por personal administrativo y operativo.

Este artículo identifica las condiciones para que esto ocurra y se señalan las principales condiciones requeridas para su exitosa implementación. Finalmente se postula que las redes constituidas de profesionales son un dispositivo de regulación cuyo conocimiento aporta valiosa información para el diseño organizacional

MECANISMOS DE COORDINACIÓN SOCIALES Y SANITARIOS

En la sociedad contemporánea existen —a nivel de la sociedad entera o en cada uno de sus subsistemas funcionales— varios mecanismos de coordinación. Las votaciones y elecciones son uno de ellos. Las negociaciones, por ejemplo las tripartitas de mesas sociales de diálogo entre el gobierno, trabajadores y empresarios, son

otra modalidad. De mayor interés para el sistema de salud o para el subsistema económico, son los mecanismos que han prevalecido en este último en distintas épocas. En general, diversas modalidades corresponden a dos mecanismos fundamentales: mercados y burocracias o jerarquías (Lechner, 1997; Powell, 1990; Thompson, Frances, Levacic & Mitchell, 1991; Thompson, 2003; Williamson, 1981, 2001; Williamson, 1985).

Mercado

La coordinación de actividades, asignación de recursos, decisiones de producción y consumo se logra mediante el funcionamiento del mercado que opera por medio de los precios. Estos contienen información acerca de la escasez relativa de los bienes o servicios, costos de producción, transporte y distribución y que son sintetizados en dicho número. De acuerdo a sus preferencias o necesidades, la población adquiere dichos bienes o servicios según el ingreso disponible (Hayek, 1991 citado en Thompson, et al., 1991). Todo lo que se requiere para lograr la coordinación, ajuste recíproco de decisiones y expectativas, distintos proveedores, situación competitiva y no monopólica, disponer de información acerca de los precios, del desempeño del bien o servicio y, por supuesto, de las propias preferencias.

En el sistema de salud, las asimetrías de información son muchas, así el mecanismo de mercado para reducir incertidumbres y conseguir la coordinación necesaria, presenta serias limitaciones (Arrow, 1963). Debido a ello es que en esta industria aparecen más relevantes las instituciones sociales, como el gobierno, las entidades reguladoras y las fundaciones o corporaciones que administran hospitales sin fines de obtener lucro.

Jerarquías burocráticas

Los intercambios también pueden ser coordinados mediante jerarquías burocráticas, en que el riesgo asociado a la enfer-

medad, es absorbido por entidades estatales. Estas actúan simultáneamente como aseguradoras y proveedoras de atenciones sanitarias, como en la ex Unión Soviética. En el mundo capitalista, las burocracias estatales actúan también como aseguradoras y proveedoras, como en el Reino Unido. El Estado provee al paciente acceso a servicios clínicos que son financiados mediante algún tipo de pago de primas (con cargo a los impuestos o no). En Chile, el Fondo Nacional de Salud [FONASA] opera como un asegurador público que compra prestaciones a los establecimientos públicos y, a la vez, asigna los fondos presupuestarios obtenidos de los impuestos de la nación.

La burocracia, al igual que el mercado, también presenta fallas. Ante el exceso de demanda para su capacidad de producción, raciona la atención mediante la producción de colas (Rotstein & Alter, 2006; Schmidt, 2004), o, en el extremo, mediante la exclusión de sectores de pacientes del acceso a los servicios.

La reforma por medio de las garantías explícitas procura evitar este tipo de resultado de exclusión y de asegurar a la población atenciones oportunas de acuerdo a sus necesidades (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2002a, 2002b).

Redes como otro mecanismo de coordinación

Las redes han aparecido como una tercera opción cuando se requiere que la información sea más densa, los intercambios son preferentemente conocimientos y en situaciones en que se enfrenta mayor incertidumbre (Powell, 1990). Surgen cuando las partes desarrollan interdependencias en recursos o requieren complementar sus capacidades para producir algo que por sí solas no podrían, o les sería inconveniente o muy oneroso hacerlo. El intercambio es fuertemente marcado por los aspectos relacionales, por ejemplo, la reputación de las partes que modera conductas oportunistas. También tiende a regularse normativamente por la recipro-

cidad, esto es, obligaciones ambiguas y de plazo indeterminado (Gouldner, 1960), que mantienen los vínculos sociales enzarzados por medio de la confianza recíproca. La confianza opera como un dispositivo de reducción de incertidumbres que estabiliza las expectativas mutuas entre las partes (Luhmann, 1996).

Una red es un conjunto de nodos y relaciones frecuentes (Scott, 2000; Wasserman & Faust, 1994). Para que exista la vinculación, cada red establece los requisitos que las relaciones, sean intercambios o interacciones, deben satisfacer para ser consideradas suficientemente estables como para constituir una estructura con la permanencia necesaria.

Hay redes que requieren estar constantemente conectadas, otras en las que las relaciones son más esporádicas. Una red de colaboración científica requiere intercambios menos frecuentes que una red de amigos. Una de consultoría entre profesionales puede existir aun cuando la interacción ocurra algunas veces en un año. Para otras redes es suficiente que los participantes puedan contar con cierta seguridad de que tienen a su disposición a otros, más que la frecuencia con que se accede a ellos.

Otro tipo de criterio para identificar una red es la intensidad de los vínculos. Hay relaciones intensivas emocional o afectivamente, como las de amistad; otras en que la cantidad de información que circula por ellas es considerable. Las redes empleadas en la gestión del conocimiento, son más intensivas en cantidad de información pero también en la información de contexto necesaria para interpretar la situación y convertir la información en conocimiento (Choo, 1998; Contractor & Monge, 2002; Davenport & Prusak, 1998; Kogut, 2000).

Redes Asistenciales

Las redes para la atención de salud están conformadas de nodos tales como organizaciones –los establecimientos (consultorios, centros de diagnóstico o

referencia, hospitales)— así como de profesionales individuales u organizados en servicios clínicos. La vinculación de los pacientes con la red va generando gran cantidad de información, incluida la de contexto que requiere ser procesada adecuadamente. Lo esencial de este procesamiento es la reducción de complejidad, en pocos datos necesarios para adoptar las decisiones de resolución de los problemas. La información que no sirve para dicho propósito es desechada como ruido, pues no aporta a las decisiones. En algunas situaciones, como las de atención primaria, la información de contexto es esencial para las decisiones clínicas en paciente crónico. Su entorno familiar, vecinal y laboral agrega información de hábitos, restricciones o posibilidades de dieta, o sobre variables que afectan su adhesión a los tratamientos; esta información para un servicio de cirugía puede ser ruido, la extracción de un tumor y demás decisiones pertinentes a este tratamiento no son muy dependientes de dichos contextos, aun cuando para la recuperación del paciente podría eventualmente serlo, no así para el acto quirúrgico propiamente tal. La principal diferencia entre la atención primaria y las de servicios clínicos de especialidades radica en que en la primaria, las decisiones operan ante una complejidad —psicosocial— distinta a la complejidad biótica que enfrentan los segundos.

La atención primaria, siguiendo el modelo biopsicosocial, incorpora a las complejidades de la salud, las psíquicas y sociales; para reducirlas de modo de poder establecer operaciones, se organiza como equipos multidisciplinarios compuestos por: médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadoras sociales, entre otros. Este dispositivo (equipo de salud) reduce distintas complejidades observadas desde las respectivas disciplinas, simplificando la información rica y abundante a algunos datos que se constituyen en variables tales como la situación familiar, laboral, estilo de vida, nivel educacional, hábitos y algunas más.

El equipo de salud además debe disponer de modelos teóricos de las relaciones entre esos diversos aspectos y la enfermedad. En algunas situaciones las relaciones han sido claramente establecidas. Por ejemplo, las enfermedades enterogástricas infecciosas están vinculadas a la falta de acceso a instalaciones de agua potable, eliminación de residuos domiciliarios, tratamiento de aguas servidas y hábitos empleados en la preparación de alimentos. Así, lo que son operaciones de Obras Públicas inciden fuertemente en el estado de salud de la población. Otras relaciones son menos conocidas y son objeto de investigaciones contemporáneas. El aislamiento social o la ausencia de capital social tiene incidencia en la salud mental y en el estado general de salud percibida (Almedom, 2005; Araya et al., 2006; Kim & Kawachi, 2006). El capital social está siendo crecientemente investigado como fuente de resistencia a enfermedades —tales como el resfrío común (Cohen, Brissette, Skoner & Doyle, 2003)— por sus efectos integrativos (Carpiano, 2006; Kim & Kawachi, 2006) y por los efectos de la exposición a una variedad de tipos de relación y de personas con las que se socializa, sobre la capacidad inmunológica. En el caso de las condiciones laborales o trastornos en las dinámicas familiares y su incidencia en determinadas enfermedades, la investigación contemporánea recién ha comenzado a ocuparse de esta relación buscando identificar los mecanismos biológicos que operan como respuesta a las condiciones sociales del entorno del paciente (Almedom, 2005; Bubolz, 2001; Campbell & Muncer, 2005; Kelly & Field, 1996; Marmot & Richard, 1999; McPherson & Armstrong, 2006).

Restricciones y oportunidades de la gestión de redes

Desde perspectivas más cercanas a políticas públicas, el aspecto más visible de la red asistencial, es el de la coordinación de la red. Ello porque en esto radica el mandato de gestión que la ley encarga

a los Servicios de Salud como instancia de gobernanza de la red asistencial. La gestión de la red es un tema central de la reforma puesto que se deben coordinar actividades de organizaciones que no están integradas verticalmente, como en una burocracia, ni que concurren a un mercado.

Desde la perspectiva sociológica hay varios asuntos que requieren ser relevados para comprender mejor las restricciones y oportunidades que enfrenta la gestión de la red. El primero es el de la reducción de incertidumbres que conlleva finalmente a la distribución de riegos. La red asistencial enfrenta varios tipos distintos de incertidumbre.

La incertidumbre consiste básicamente en la carencia de información relevante, o un exceso de información no relevante. Existen tres tipos de incertidumbre que enfrentan los servicios de salud (Argote, 1982; Gittel, 2000):

Incertidumbres en el entorno. Una fuente de incertidumbre son los proveedores del sistema. Al parecer el sistema sanitario no enfrenta esta incertidumbre, especialmente en lo que respecta al personal de salud, pese a que es muy probable que existan incertidumbres en relación a la calidad de su formación, debido al creciente número de universidades que imparten carreras del área. Otro aspecto más específico es la escasez de ciertas especialidades clínicas, que podría resolverse mediante la conformación de un pool de recursos compartidos entre distintas organizaciones sanitarias. Más evidente para orientar la gestión, es la disponibilidad de tecnologías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos, que se puede compartir mediante contratos o convenios con distintos proveedores públicos o privados.

En general se puede afirmar que las incertidumbres del entorno, en lo que se refiere a proveedores, se pueden resolver mediante cualquiera de las tres formas de coordinación: adquiriéndolos por medio del mercado, con integración vertical en

jerarquías, o por el establecimiento de redes interorganizacionales como alianzas estratégicas, acuerdos con proveedores escogidos y otras modalidades.

Otra fuente de incertidumbre proviene del financiamiento, especialmente de parte de los aseguradores (Fondo Nacional de Salud [FONASA] y las Instituciones de Salud Previsional [ISAPRE]), cuyas decisiones afectan el desempeño de los servicios al establecer restricciones, topes de gasto o financiamiento (Sapelli, 2004) y establecer normas (como protocolos y paquetes de prestaciones) que pueden limitar la autonomía decisional de los prestadores de salud (Burns, Bazzoli, Dynan & Wholey, 1997; Giaimo & Manow, 1999; Kitchener, Caronnab & Shortell, 2005).

La teoría propuesta por Jones Hersterly y Borgatt (1997) especifica las condiciones de incertidumbre que dan lugar a la emergencia de redes; las más importantes surgen del lado de la demanda. Esta incertidumbre se ha expresado en la elaboración de la Reforma, como cambios epidemiológicos de la población y, con más énfasis, por la no satisfacción de sus expectativas agrupadas bajo el rótulo de calidad de la atención. Por otra parte, la Reforma plantea un cambio en el modelo de atención con un mayor énfasis en la atención primaria y medicina familiar. La limitada capacidad del sistema sanitario de operar fuera de los márgenes de las propias organizaciones que lo componen—como es el caso de las acciones de prevención, de cambio a estilos de vida más saludables o de organización de la comunidad para brindar apoyo a los pacientes—lo lleva a enfrentar restricciones en su poder para afectar sus propios resultados. Los procesos de reducción de esta complejidad e incertidumbre, puede que sea más eficiente instalarlos en estructuras de red, con algunas de las modalidades de coordinación identificadas en la literatura revisada. La cuestión central es que sin evidencia empírica y observaciones sistemáticas las decisiones del diseño de la estructura de coordinación, adaptación y

ajuste, queda abandonada al ensayo y error de los sistemas de salud.

Incertidumbres referidas al desempeño profesional. Dos cuestiones parecen como las más relevantes respecto al desempeño: a) la desconfianza de los niveles secundario y terciario de atención sobre las competencias del nivel primario. Si bien es un tema en los diversos ambientes de la medicina chilena, no ha sido sistemáticamente abordado de modo de constatar si este tipo de desconfianza efectivamente existe y cuán difundida está. Los casos que se conocen como exitosos para incrementar la capacidad de resolución del nivel primario –algunos programas de salud mental con presencia de especialistas en los consultorios–, indican que la interacción entre los equipos de salud y especialistas serían claves para reducir esta incertidumbre. La instalación de programas de gestión del conocimiento y comunidades de práctica parece una solución plausible, al menos en aquellos servicios en los que existen especialistas. b) la estructura de incentivos que puede llevar a un patrón de decisiones médicas marcada más por el interés en captar recursos (aun cuando no sean para el propio profesional, sino para la organización), que en el bienestar del paciente. En este aspecto pueden entrar en conflicto el aspecto fiduciario o altruista de la ética profesional, la autonomía para tomar decisiones clínicas y la estructura y modalidad de funcionamiento de los incentivos económicos (Freidson, 1973; Llewellyn & Northcott, 2005; Robinson, 2001). De crucial importancia es la forma como se organiza el desempeño profesional de los médicos, en especial si preserva o reduce la autonomía decisional (Kitchener et al., 2005; Zussman, 1997).

Esta incertidumbre apunta hacia la relación entre el modelo de atención y de gestión. Se hace necesario no solo elaborar las clarificaciones conceptuales que permitan identificar sus componentes y las distinciones entre ambos, sino especial-

mente las relaciones recíprocas que se puedan verificar empíricamente. Esto incide en el diseño de la arquitectura organizacional y de la capacidad de constituir campos organizacionales (Scott, Mendel & Pollack, 1996) que abarcan los servicios donde se articula la relación entre atención y gestión. El conocimiento acerca de las modalidades, mecanismos o dispositivos de coordinación adquieren así una gran significación, puesto que son los que constituyen el núcleo de la operación de reducción de este tipo de incertidumbre por parte de la red.

Incertidumbres referidas a los pacientes. Finalmente, las redes sanitarias deben lidiar con las incertidumbres respecto de los pacientes. El principal “insumo” para los servicios sanitarios son los propios pacientes (Provan, 1984) y la información sobre ellos, dado que la decisión clínica se caracteriza por hacerse ante alta incertidumbre (Timmermans & Angell, 2001) acerca de su estado, polimorbilidad, carga alostática (Marmot & Richard, 1999), adhesión a tratamiento, apoyo familiar o social y de su reacción a la intervención médica. Como postula Argote (1982), “Las unidades de emergencia de los hospitales enfrentan mucha incertidumbre en el desarrollo de su trabajo. Hay incertidumbre sobre lo que está afectando al paciente particular y acerca de los métodos apropiados para su tratamiento. Hay también incertidumbre sobre la composición general de los pacientes admitidos, tales como el número de pacientes bajo diversas condiciones”.

Los problemas que enfrenta la población respecto al acceso a los servicios consisten fundamentalmente en exclusiones de diversos grados: recepción extemporánea de atención, baja calidad en el trato y niveles insatisfactorios de resolución de problemas de salud. La Reforma trata de resolver estos problemas.

Esta incertidumbre se manifiesta, entre otros, en los patrones de acceso que usa la población. De particular impacto econó-

mico y sanitario es la inadecuada utilización de los servicios de urgencia en los hospitales. La Reforma intenta resolverlo mediante la instalación de servicios de urgencia a nivel primario, aumento en la capacidad de resolución de los consultorios y centros de salud primarios, reducción de los tiempos de espera para atención en el nivel secundario y terciario. Los cambios introducidos por la ley 19.937 (MINSAL, 2002a) en la gestión de los hospitales permiten a estos disponer de herramientas administrativas para contribuir a la solución de este problema. El conocimiento sobre los patrones de acceso a los servicios (Pescosolido, 1992, 2002), los roles sociales de apoyo a pacientes que se suponen en el diseño organizacional y en su relación con el modelo de atención, por ejemplo de las mujeres, adquieren relevancia (Provoste & Berlagosky, 2002). Los patrones de acceso no solo abarcan los servicios médicos, sino también el uso de medicinas alternativas o complementarias que pueden afectar significativamente la labor de los servicios, al incidir, por ejemplo, en la decisión de consulta o la adherencia a los tratamientos (Eisenberg, Kessler, Foster, Norlock & Calkins, 1993; Siahpush, 2000).

Procesos de Comunicación y Reducción de Incertidumbres

En su operación, las organizaciones sanitarias seleccionan diversos mecanismos de reducción de la incertidumbre (Luhmann, 1997; Rodríguez, 2002; Rodríguez & Arnold, 1990), especialmente la asociada a la decisión clínica (Cronje & Fullan, 2003; Freidson, 1973; Timmermans & Angell, 2001; Zussman, 1997). Estos mecanismos funcionan siempre que la comunicación sea posible de completarse exitosamente. En la profesión médica se utiliza un lenguaje altamente estandarizado (Pope, 2003), por lo que constituye un caso ideal para aislar los efectos de la coordinación independiente de la capacidad o competencia comunicativa (Habermas, 1987).

Si la comunicación es exitosa, se hace posible la coordinación, colaboración y cooperación. Las fallas comunicacionales afectan estos tres resultados, así se incrementa la ineficiencia, demoras en la toma de decisiones y pérdida del sentido. En la coordinación mediante redes, no es claro qué medio de comunicación simbólicamente generalizado sería el prevalente y más eficaz para una comunicación efectiva. La ausencia de un medio de comunicación simbólicamente generalizado –capaz de desarrollar una diferenciación funcional– lleva a que, como forma de coordinación, las redes enfrentan desafíos en su capacidad de comunicación, en la reducción de la complejidad y de transformación de incertidumbres, en riesgos calculables de las decisiones que se adoptan (Luhmann, 1992, 1997), pero por otra parte, permiten coordinar mediante vinculaciones sociales diversas, las expectativas y decisiones en distintas organizaciones y subsistemas.

La comparación de dos redes de médicos en Alemania llevada a cabo por Kuhlmann (2004, 2005, 2006b) indica con meridiana claridad las limitaciones para estabilizarse que presenta la red social que se mantiene vinculada en base a relaciones personales. Al contrario, una red formalizada mediante protocolos, acuerdos escritos y establecida bajo la institucionalidad de redes de prestadores que contempla el sistema alemán, muestra mayor estabilidad e incluso adaptabilidad.

Redes profesionales

De particular interés es establecer si las redes sociales existentes dentro de la profesión, facilitan su instauración y si proveen la capacidad de regulación del funcionamiento de la red sanitaria. Existen distintos tipos de redes profesionales, como las colegiadas, de consulta, consejo, derivación de pacientes y personales. La capacidad de regulación radicaría en el control social mediante el resguardo de la reputación frente a los pares y a la competencia por estatus con ellos (Lazega,

1998; Lazega & Pattison, 1999) y en el apego a las normas éticas que dictan conductas altruistas y fiduciarias hacia los pacientes (Freidson, 1973; Parsons, 1939; Richardson & McKie, 2005; Ritzer & Walczak, 1988).

La Reforma es ambivalente frente a la profesión médica pues, por una parte, da por supuesta la disponibilidad de recursos humanos profesionalizados y de la continuidad de sus aportaciones pero, por otra, atribuye una parte significativa de su necesidad a las formas bajo las que se ha organizado el ejercicio profesional y a los intereses corporativos que la profesión ha imbricado en las estructuras organizacionales. Lo que es de interés no son solamente las acciones de tipo corporativo o gremial, sino las aportaciones que desde la profesión se pueden obtener para lograr las coordinaciones en la red.

Profesionalización y gerenciamiento

El mayor énfasis que en todo el mundo se observa en la gerenciación de los establecimientos sanitarios ha generado un debate interesante acerca del rol y sentido de las profesiones de la salud ante los cambios que conllevan las reformas. En la provisión de servicios de salud se observa que la globalización es un fenómeno ubicuo. Hasta qué punto es por influencia de la Organización Mundial de Salud [OMS] que se están desarrollando vastas reformas similares en todos los países, es una explicación plausible aunque discutible, pues sociológicamente los impulsos pro reforma deben insertarse en sociedades que reúnan determinadas condiciones que la hagan necesaria y plausible. Por ello la hipótesis de la convergencia postula que los sistemas de salud, aun manteniendo muchos rasgos idiosincrásicos, enfrentan un estrechamiento de las opciones disponibles por efecto de factores o fuerzas que no son controlables por los actores o instituciones nacionales y que constituyen procesos macro a los que están expuestos los distintos sistemas (Mechanic, 1975; Mechanic & Rocheford, 1996).

La segunda observación es que las reformas incorporan elementos de gerenciamiento más modernos, así como algunos mecanismos de mercado y cuasi mercados respecto de proveedores de servicios. Los mercados han estado presentes en los sistemas de salud en la forma de relaciones con proveedores de insumos, medicamentos y también en alguna medida de la fuerza laboral. En este último mercado existen más regulaciones, incluso corporativas, como las que regulan el acceso de estudiantes a las carreras de medicina (Freidson, 2001; Schmidt, 2004). Este mercado, sin embargo, también está siendo reformado por la incorporación de personal técnico de apoyo a los médicos, que en alguna medida llevan a cabo actividades rutinarias a más bajo costo.

La incorporación de más gerenciamiento aparece como una novedad mayor incluso que el desarrollo de mercados. Su importancia radica en que ha sido considerado una amenaza para la profesión médica, al desplazar su capacidad decisional, hacia las profesiones gerenciales, particularmente ingenierías (civil o comercial en el caso chileno). La profesión reacciona de variadas formas ante esa amenaza (Dent, 2003). La primera estrategia observable es la ocupación de los cargos gerenciales por los mismos médicos. La gran discrepancia es que a diferencia de antaño, cuando bastaban algunos cursos de gestión o de salud pública, ahora se realiza una reprofesionalización por medio de Master in Business Administration [MBAs] y otro tipo de adquisición de competencias complejas que los convierten en profesionales de la gestión.

Una segunda forma consiste en la cooptación de la gerencia por parte de la profesión médica, que acepta nuevos criterios de eficiencia económica, control de costos y ciertos grados de estandarización, pero retiene la decisión clínica y controla los procesos por medio de los rangos de tolerancia para los gastos en los casos específicos. De acuerdo a esta estrategia el cargo de director (o subdi-

rector) médico ha sido replanteado otorgándole mayores capacidades de decisión discrecional y moderando en la cúspide estratégica a la profesión gerencial. El cambio se produce en el contexto en que para los establecimientos, especialmente los hospitales públicos, el aspecto administrativo y gerencial siempre fue de menor rango. Al cambiar su importancia y pasar a ser de valor estratégico, la cooptación ha sido el camino seguido (Scheppers, 2006).

Una tercera forma ha consistido en retener el control de los procesos de estandarización. Esto se manifiesta en que la nueva herramienta de la Medicina Basada en Evidencia [MBE] es crecientemente desarrollada por la propia profesión médica, que retiene el control sobre la interpretación de la evidencia y su aplicación a los casos específicos (Cronje & Fullan, 2003; Eddy, 2005; Lambert, 2006; Pope, 2003). De modo que cuando la gerencia recurre a ella para establecer protocolos que incluyen costos o niveles aceptables de gastos, la profesión médica retiene una fuerte capacidad para influir sobre la determinación de los estándares (Dopson, Locock, Gabbay, Ferlie & Fitzgerald, 2003). Otro tipo de herramienta gerencial, como calidad total o gestión de la calidad, habitualmente son cooptados de manera similar por la profesión. Sin duda que estas estrategias ameritan más investigación que la disponible hasta ahora, en particular en nuestro país.

En una cuarta situación que conlleva a que la profesión pierda el control, que se ha conceptualizado como "proletarización" de la medicina, la profesión queda subsumida al control gerencial, reteniendo solo parcialmente el control decisional sobre los aspectos clínicos, sobre todo en el diagnóstico más que en la prescripción de tratamientos que son crecientemente objeto de intentos de estandarización (Kitchener et al., 2005; Waring, 2002).

Más allá de los diversos aspectos de este debate, lo que parece ser más realista es que la profesión médica no ha perdi-

do control, sino modificado las relaciones de poder con otras profesiones, particularmente la gerencial, manteniendo el control sobre las demás profesiones sanitarias así como sobre las decisiones clínicas (Freidson, 1984, 1990, 2001). Más recientemente se ha replanteado la cuestión en términos de si el tema es la autonomía o la discrecionalidad al tomar decisiones (Evetts, 2002). Un aspecto son las condiciones laborales o de empleo, que incluyen contratos como empleado asalariado y que refieren a la distinción autonomía-heteronomía, donde se ubica la proletarización; otro es sobre las condiciones del ejercicio en el proceso de trabajo; y otro, radicalmente distinto es si las profesiones retienen su capacidad o poder para definir lo que son los problemas y establecer soluciones para ellos, donde opera el código discrecionalidad-estandarización en las decisiones. En la ingeniería, por ejemplo, en la que existen segmentos que operan empresarial o profesionalmente de manera autónoma (las oficinas o firmas de ingeniería), la relación ha sido mayoritariamente como una profesión asalariada, debido a las enormes inversiones en capital que requiere para poder trabajar. Mas no por ello se podría argumentar que los ingenieros carecen de autonomía o de discrecionalidad para tomar decisiones no solo técnicas, sino políticas basadas en sus expertez. De modo similar ocurre con la medicina, a la cual se le pone contra un pasado de práctica en solitario, como si los médicos no hubiesen siempre combinado el trabajo asalariado en hospitales (por la mañana) con la consulta o la clínica privadas a honorarios (por la tarde).

La estandarización en rutinas operativas constituye la base de los programas que lleva a cabo una organización (Luhman, 1991; Rodríguez, 1997 citado en Luhmann, 1997, 1999). Para constituirlos la incertidumbre ha de haber sido reducida, habitualmente mediante procesos de simplificación de la información, de modo que hagan posible tomar decisiones programadas, que no requieren de análisis

para adoptarlas (Stinchcombe, 1990). La renuencia de las profesiones a la estandarización no se resuelve ni explica analizando el aspecto motivacional, ni el de jurisdicciones profesionales que intentan monopolizar ámbitos de expertismo para ciertas profesiones (Abbott, 1993). El concepto de profesión conlleva el de autorregulación y la cuestión relevante, o al menos una de las más relevantes, sería a qué se debe esta necesidad de regulación autónoma y discrecional.

Complejidad social, regulación y profesiones

La coordinación social puede ocurrir por el accionar de tres mecanismos distintos o sus múltiples combinaciones: mercados, jerarquías burocráticas y redes. En el mecanismo de redes sociales, lo que se observa es la creciente participación de las profesiones. Aunque se trate de redes entre organizaciones, habitualmente se observa que quienes llevan a cabo el trabajo de vinculación y de colaboración son profesionales. Es poco habitual que personal operativo que realiza actividades rutinarias pueda verse involucrado en redes entre ellas. En las redes asistenciales quienes participan son profesionales. No es aquí la ocasión de apreciar la evidencia empírica disponible, que no se enfoca en este aspecto, salvo contadas excepciones que se ocupan de las redes de provisión de servicios de salud (Gittell, 2002a, 2002b, 2005; Gittell & Weiss, 2004; Milward & Provan, 2003; Provan & Milward, 1995; Provan & Sebastian, 1998; Provan, Nakama, Veazie, Teufel-Shone & Huddleston, 2003; Provan, Isett & Milward, 2004). Pero se puede proponer una hipótesis general que postula que la operación de las redes es parte del ejercicio profesional. En este sentido, la regulación (coordinación) que las redes proveen en realidad es provista por la capacidad de aplicar conocimientos complejos sobre la resolución colaborativa de problemas de distinta índole. En este caso entonces, se podría argumen-

tar que la coordinación mediante redes es una forma de regulación profesional de la reducción de incertidumbres. El mercado no requiere de conocimientos expertos para operar. Cualquier persona puede actuar como comprador o como vendedor. Caso distinto, sin embargo, son las empresas que crecientemente en su evolución de varios siglos, han ido incorporando crecientemente personal profesional. Sin embargo, en este caso, aparte de cuestiones técnicas de la producción para las que se emplean ingenieros y algunas áreas como marketing, finanzas y recursos humanos, la gestión empresarial entiende como profesionalización un conjunto de competencias necesarias para que el trabajador tenga una clara orientación al cliente (equivalente al aspecto fiduciario de la ética profesional), y que sea capaz de actuar autorreguladamente, sin necesidad de ejercer una supervisión estrecha sobre él.

En el caso de las burocracias también se requieren profesionales. Lo que habitualmente realizan es enfrentar problemas emergentes de mayor complejidad, analizarlos y descomponerlos y establecer soluciones que constituyen operaciones que pueden ser rutinariamente desempeñadas por el personal administrativo. La burocracia ha empleado profesionales, la estatal particularmente a abogados e ingenieros que constituyen un *staff* que se especializa en enfrentar problemas nuevos o situaciones de alta complejidad. No obstante este aporte sustancial, la burocracia mueve papeles, generando el gasto de los presupuestos, sin requerir intervenciones profesionales en sus operaciones rutinarias.

En el caso de las redes, al estar constituidas preferentemente por profesionales, se logra que las relaciones entre organizaciones dentro de un subsistema y entre organizaciones en distintos subsistemas funcionales de la sociedad, puedan alcanzar los niveles esperados de coordinación estratégica y operativa. En una sociedad crecientemente más compleja, se requiere de más trabajo experto de profesionales

para reducir la complejidad, transformar las incertidumbres en riesgos calculables y establecer programas operativos rutinarios que se basan en la simplificación de la información.

Las sociedades realizan tres funciones básicas: sustentar, distribuir y regular. Sustentar refiere a la producción de los bienes y servicios necesarios para sostener la vida; distribuir remite a las formas de transporte e intercambio y regular consiste en establecer el orden y la coordinación de las anteriores. En las dos primeras funciones básicas se desempeñan profesiones, pero es en la última, la regulación, en que su participación es insustituible (Dingwall & King, 1995). Sea que se trate de regulación moral, a cargo de la profesión del sacerdocio, sea de la legal, o más en general, de las relaciones simbióticas entre los individuos y los medios de comunicación simbólicamente generalizados (que incluyen los aspectos expresivos), vemos que las profesiones son las encargadas de producir y ejercer las regulaciones, aplicando el criterio discrecionalmente en formas difícilmente estandarizables y programables. Cuando aparece la necesidad de decidir criteriosamente, ante un estado contable o un balance, por parte de un auditor o un contador, o de las intrincadas complejidades relacionadas con el manejo y explotación de un bosque, o en la aplicación de la ley o impartir justicia en un caso, aparecen profesiones desempeñando la función de aplicar conocimientos y experticia.

Las redes, desde esta perspectiva, pueden constituir el "sistema" de las profesiones, de modo que al hacer uso de la metáfora de las redes para coordinar y regular un sistema de salud, se está significando con ello que es una regulación mediante el ejercicio discrecional del criterio experto. En este sentido tiene razón Freidson (2001) al establecer que las profesiones constituyen una "tercera lógica" distinta a la lógica del mercado o a la de la burocracia. Al concebir las redes como fundamentalmente constituidas por profesio-

nales estaríamos ante un nuevo sistema de regulación y coordinación social.

Este nuevo sistema presenta el riesgo ya observado históricamente que la red profesional asuma formas corporativistas, las que enfrentadas a nuevos requerimientos de las reformas de los sistemas se pueden modernizar, adaptándose o adecuándose a ellos, pero no dejando de operar corporativamente (Kuhlmann, 2006a). Una forma de contrarrestar la tendencia al corporativismo es incrementar los sistemas de auditoría y rendición de cuentas, tanto por parte del Estado, como de la ciudadanía organizada como asociaciones de usuarios. En el diseño de la reforma chilena se contempla la creación de consejos en los que la ciudadanía está representada.

DISCUSIÓN FINAL

El sistema de salud enfrenta distintas incertidumbres y el trabajo profesional consiste en reducirlas a riesgos calculables, convirtiendo las pautas de acción derivadas en programas decisionales que pueden ser aplicados rutinariamente. Esto provee al sistema de una mayor capacidad de acción frente a sus distintos entornos, ya que dispone de mayores alternativas de resolución de problemas y de una enorme habilidad creativa para descubrir nuevos problemas y soluciones.

De lo argüido se puede identificar una condición esencial para que el ejercicio de las profesiones sea capaz de lograr sus mayores rendimientos: que la capacidad de desempeñar rutinariamente programas decisionales esté implementada. Esto significa no solo que el personal administrativo tenga las competencias requeridas para adaptarse a las nuevas soluciones y para estabilizarlas (rutinizarlas), sino también que las decisiones rutinarias de diagnóstico, tratamiento y cuidado sean delegables por la profesión médica a las demás profesiones sanitarias.

El análisis de uno de los aspectos más centrales de la Reforma, el establecimiento de una red asistencial que se origina en la

atención primaria, ha permitido identificar algunas de las principales incertidumbres que para el sistema sanitario representan algunos rasgos de la sociedad moderna. La mayor opcionalidad y autonomía, en suma la mayor libertad de las personas, genera mayores incertidumbres a todos los sistemas. Cómo las organizaciones de salud las reducen, transformándola en riesgos calculables y cómo se distribuyen esos riesgos, entre los establecimientos, aseguradores, profesionales y pacientes aparece como un tema central que amerita mayor análisis. En este artículo se ha argumentado que la regulación y coordinación del sistema reformado, más aún que el anterior, depende mucho más de las capacidades de regulación que provee el "sistema" profesional.

La inclusión de otras profesiones distintas a las de la salud, como las de gerenciamiento, auditoría y legal, debería ser llevado a cabo con mayor claridad, pues hacer depender la coordinación del sistema solo de las profesiones sanitarias y expone al sistema a riesgos que se derivan de no reducir adecuadamente otras incertidumbres para las que dichas profesiones no están preparadas. Es el caso de una forma no muy virtuosa de rendición de cuentas y de ejercicio de la responsabilidad que existe y que consiste en establecer demandas por negligencia profesional. Más allá de la legitimidad de esas denuncias y que los resultados sean menos del uno por ciento a favor de los demandantes revela dos cosas: que hay sectores que consideran exigible el ejercicio de la rendición de cuentas; y que hay otros profesionales dispuestos a asesorar en dicho ejercicio. Estas tendencias requieren explicitar lo más posible cómo serán (o cómo son) las relaciones entre las profesiones y qué ámbitos de regulación autónoma o heterónoma son necesarios de delimitar. Sin este ejercicio aclaratorio, al dejar latentes e implícitas las relaciones se pueden estar incubando complicados conflictos entre ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, A. (1993). The Sociology of Work and Occupations. *Annual Review of Sociology*, 19, 187-209.
- Almedom, A. M. (2005). Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicine*, 61(5), 943-964.
- Araya, R., Dunstan, F., Playle, R., Thomas, H., Palmer, S. & Lewis, G. (2006). Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3072-3083.
- Argote, L. (1982). Input uncertainty and organizational coordination in hospital emergency units. *Administrative Science Quarterly*, 27(3), 420-434.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Bubolz, M. M. (2001). Family as source, user, and builder of social capital. *Journal of Socio-Economics*, 30(2), 129-131.
- Burns, L. R., Bazzoli, G. J., Dynan, L. & Wholley, D. R. (1997). Managed care, market stages, and integrated delivery systems: is there a relationship?. *Health Affairs*, 16(6), 204-218.
- Campbell, C. & Muncer, S. J. (2005). The causes of low back pain: a network analysis. *Social Science & Medicine*, 60(2), 409-419.
- Carpiano, R. M. (2006). Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help?. *Social Science & Medicine*, 62(1), 165-175.
- Chile, Ministerio de Salud. (2002a). *Contenidos del proyecto de ley de autoridad sanitaria y gestión en salud y de medidas administrativas*. Santiago: Autores.
- Chile, Ministerio de Salud. (2002b). *Hacia un Nuevo Modelo de Gestión en Salud. Contenidos del Proyecto de Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión en Salud y de Medidas Administrativas Inmediatas. Propuesta de Trabajo*. Santiago: Autores.
- Choo, C. W. (1998). *The knowing organization: how organizations use information to construct meaning, create knowledge*,

- and make decisions. New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., Brissette, I., Skoner, D. & Doyle, W. (2003). Social integration and health: the case of the common cold. *Journal of Social Structure*, 1(3).
- Contractor, N. S. & Monge, P. R. (2002). Managing knowledge networks. *Management Communication Quarterly*, 16(2), 249-258.
- Cronje, R. & Fullan, A. (2003). Evidence-based medicine: toward a new definition of "rational" medicine. *Health (London)*, 7(3), 353-369.
- Davenport, T. H. & Prusak, L. (1998). *Working knowledge. How organizations manage what they know*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Dent, M. (2003). Managing doctors and saving a hospital: Irony, rhetoric and actor networks. *Organization*, 10(1), 107-127.
- Dingwall, R. & King, M. D. (1995). Herbert spencer and the professions: Occupational ecology reconsidered. *Sociological Theory*, 13(1), 14-24.
- Dopson, S., Locock, L., Gabbay, J., Ferlie, E. & Fitzgerald, L. (2003). Evidence-based medicine and the implementation gap. *Health (London)*, 7(3), 311-330.
- Eddy, D. M. (2005). Evidence-based medicine: A unified approach. *Health Aff*, 24(1), 9-17.
- Eisenberg, D., Kessler, R., Foster, C., Norlock, F. & Calkins, D. (1993). Unconventional medicine in the US - prevalence, costs, and patterns of use. *New England Journal of Medicine*, 328, 246-252.
- Evetts, J. (2002). New directions in state and international professional occupations: discretionary decision-making and acquired regulation. *Work Employment Society*, 16(2), 341-353.
- Freidson, E. (1973). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Co.
- Freidson, E. (1984). The Changing Nature of Professional Control. *Annual Review of Sociology*, 10, 1-20.
- Freidson, E. (1990). Professionalism, caring and nursing. Trabajo presentado en The Park Ridge Center, Park Ridge, Illinois.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic. on the practice of knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Giaimo, S. & Manow, P. (1999). Adapting the welfare state: the case of health care reform in Britain, Germany, and the United States. *Comparative Political Studies*, 32(8), 967-1000.
- Gittell, J. H. (2000). Impact of relational coordination on the quality of care, post-operative pain and functioning, and the length of stay: a nine hospital study of surgical patients. *Medical Care*, 38(8), 807-819.
- Gittell, J. H. (2002a). Coordinating mechanisms in care provider groups: Relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management Science*, 48(11), 1408-1426.
- Gittell, J. H. (2002b). Relationships between service providers and their impact on customers. *Journal of Service Research*, 4(4), 299-311.
- Gittell, J. H. (2005). Relational coordination: Coordinating work through relationships of shared goals, shared knowledge and mutual respect. En O. Kyriakidou & M. Ozbilgin (Eds.), *Relational perspectives in organizational studies*. UK: Edward Elgar Publishers.
- Gittell, J. H. & Weiss, L. (2004). Coordination networks within and across organizations: A multi-level framework. *Journal of Management Studies*, 41(1), 127-153.
- Gouldner, A. W. (1960). The Norm of Reciprocity: A Preliminary Statement. *American Sociological Review*, 25(2), 161-178.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- Jones, C., Hesterly, W. & Borgatti, S. (1997). A general theory of network governance: exchange conditions and social mechanisms. *The Academy of Management Review*, 22(4), 911-945.
- Kelly, M. P. & Field, D. (1996). Medical sociology, chronic illness and the body. *Sociology of Health and Illness*, 18(2), 241-257.
- Kim, D., & Kawachi, I. (2006). A multilevel analysis of key forms of community – and individual– level social capital as predictors of self-rated health in the United States. *Journal of Urban Health*, 1-14.
- Kitchener, M., Caronnab, C. A. & Shortell, S. M. (2005). From the doctor's workshop

- to the iron cage?. Evolving modes of physician control in US health systems. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1311-1322.
- Kogut, B. (2000). The network as knowledge: generative rules and the emergence of structure. *Strategic Management Journal*, 21(3 Special Issue: Strategic Networks), 405-425.
- Kuhlmann, E. (2004, Junio). *Professionalism and trust, replacing an emotional category with information?*. Ponencia presentada en la conferencia internacional "Professionalism, Trust and Competence", Centre for the Study of Professions, University of Oslo, Noruega.
- Kuhlmann, E. (2005, Septiembre). Reshaping health professions and the state - challenges of integration and network governance. Trabajo presentado en 7th Conference of the European Sociological Association "Rethinking Inequalities", Joint Session of the ESA Networks "Sociology of Professions" and "Medical Sociology and Health Policy": "Integration and co-ordination: challenges on professions", Torun, Poland.
- Kuhlmann, E. (2006a). *Modernising health care. reinventing professions, the state and the public*. Bristol, UK: The Policy Press.
- Kuhlmann, E. (2006b). Traces of doubt and sources of trust: health professions in an uncertain society. *Current Sociology*, 54(4), 607-620.
- Lambert, H. (2006). Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2633-2645.
- Lazega, E. (1998). *Reseaux sociaux et structures relationnelles*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lazega, E. & Pattison, P. (1999). Multiplexity, generalized exchange and cooperation in organizations: a case study. *Social Networks*, 21, 67-90.
- Lechner, N. (1997). Tres Formas de Coordinación Social. *Revista de la CEPAL* 61, 7-17.
- Llewellyn, S. & Northcott, D. (2005). The average hospital. *Accounting, Organizations and Society*, 30(6), 555-583.
- Luhmann, N. (1991). *Sistemas sociales*. México: Universidad Iberoamericana / Alianza.
- Luhmann, N. (1992). *Sociología del riesgo*. México: Universidad Iberoamericana, Universidad de Guadalajara.
- Luhmann, N. (1996). *Confianza*. Barcelona: Anthropos.
- Luhmann, N. (1997). Organización y decisión: autopoiesis, acción y entendimiento comunicativo. Barcelona: Anthropos.
- Marmot, M. W., Richard, G. (1999). *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press.
- McPherson, S., & Armstrong, D. (2006). Social determinants of diagnostic labels in depression. *Social Science & Medicine*, 62(1), 50-58.
- Mechanic, D. (1975). The Comparative Study of Health Care Delivery Systems. *Annual Review of Sociology*, 1, 43-65.
- Mechanic, D. & Rochford, D. (1996). Comparative Medical System. *Annual Review of Sociology*, 22, 239-270.
- Milward, H. B. & Provan, K. G. (2003, Octubre). *Managing networks effectively*. Trabajo presentado en el National Public Management Research Conference, Georgetown University, Washington DC.
- Parsons, T. (1939). The Professions and Social Structure. *Social Forces*, 17(4), 457-467.
- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1096-1138.
- Pescosolido, B. A. (2003, Febrero). *Nagging issues in the study of the role and meaning of social network influence: lessons and potential directions from a case study in mental health care*. Ponencia presentada en el International Sunbelt Social Network Conference, Cancún, Quintana Roo, México.
- Pope, C. (2003). Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. *Health (London)*, 7(3), 267-282.
- Powell, W. (1990). Neither market nor hierarchy: network forms of organization. *Research in Organizational Behavior*, 12, 295-336.
- Provan, K. & Milward, H. B. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health system. *Administrative Science Quarterly*, 40(1), 1-33.

- Provan, K. G. (1984). Technology and inter-organizational activity as predictors of client referrals. *The Academy of Management Journal*, 27(4), 811-829.
- Provan, K. G., Isett, K. R. & Milward, H. B. (2004). Cooperation and compromise: A network response to conflicting institutional pressures in community mental health. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33(3), 489-514.
- Provan, K. G., Nakama, L., Veazie, M. A., Teufel-Shone, N. I. & Huddleston, C. (2003). Building community capacity around chronic disease services through a collaborative interorganizational network. *Health Education Behavior*, 30(6), 646-662.
- Provan, K. G., & Sebastian, J. G. (1998). Networks within networks: Service link overlap, organizational cliques, and network effectiveness. *The Academy of Management Journal*, 41(4), 453-463.
- Provoste, P. & Berlagosky, F. (2002). Modelo de atención y género: las condiciones socioculturales de la reforma de la salud en Chile. Santiago: OPS/OMS.
- Richardson, J. & McKie, J. (2005). Empiricism, ethics and orthodox economic theory: what is the appropriate basis for decision-making in the health sector?. *Social Science & Medicine*, 60, 265-275.
- Ritzer, G. & Walczak, D. (1988). Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians. *Social Forces*, 67(1), 1-22.
- Robinson, J. C. (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 149-177.
- Rodríguez, D. (1999). *Diagnóstico organizacional* (3 ed.). México: Alfaomega.
- Rodríguez, D. (2002). *Gestión organizacional. Elementos para su estudio*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Rodríguez, D. & Arnold, M. (1990). *Sociedad y teoría de sistemas*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Rotstein, D. L. & Alter, D. A. (2006). Where does the waiting list begin? A short review of the dynamics and organization of modern waiting lists. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3157-3160.
- Sapelli, C. (2004). Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system. *Social Science and Medicine*, 8(2), Special Issue: Adjusting for market failure, challenges in public health alternatives.
- Scott, J. (2000). *Social Network Analysis: A Handbook*. (2a ed.). London: Sage.
- Scott, W. R., Mendel, P. & Pollack, S. (1996). Environments and fields: studying the evolution of a field of medical care organizations. Manuscrito no publicado
- Schepers, R. (2006). Regulation and trust in action: The subtle balance between doctors and management in two Belgian hospitals. *Current Sociology*, 54(4), 637-648.
- Schmidt, V. H. (2004). Models of Health Care Rationing. *Current Sociology*, 52(6), 969-988.
- Siahpush, M. (2000). A critical review of the sociology of alternative medicine: research on users, practitioners and the orthodoxy. *Health (London)*, 4(2), 159-178.
- Stinchcombe, A. L. (1990). *Information and organizations*. Berkeley: University of California Press.
- Thompson, G., Frances, J., Levacic, R. & Mitchell, J. (1991). *Markets, Hierarchies and Networks: The Coordination of Social Life*. Londres: Sage.
- Thompson, G. (2003). *Between Hierarchies and Markets. The Logic and Limits of Network Forms of Organization*. New York: Oxford University Press.
- Timmermans, S. & Angell, A. (2001). Evidence-based medicine, clinical uncertainty, and learning to doctor. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(4), 342-359.
- Waring, J. (2002). Clarifying the sociological application of medical professional autonomy in the British National Health Service. *The Social Science Paper Publisher*, 5(1), 1-13.
- Wasserman, S. & Faust, K. (1994). *Social Network Analysis: methods and applications*. New York: Cambridge University Press.
- Williamson, O. (1981). The Economics of Organization: The transaction cost approach. *American Journal of Sociology*, 87(3), 548-577.
- Williamson, O. (2001). Hierarchies and markets. En P. B. Baltes (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 6690-6693). Londres: Elsevier Science.

Williamson, O. E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, markets and relational contracting*. New York: The Free Press.

Zussman, R. (1997). Sociological perspectives on medical ethics and decision making. *Annual Review of Sociology*, 23, 171-189.