

EL HOSPITAL POR DENTRO

El hospital latinoamericano
como institución híbrida



DIEGO HERRERA - DAVID GAUS

El hospital por dentro
El hospital latinoamericano como
institución híbrida.

El hospital por dentro

El hospital latinoamericano como institución híbrida

*Diego Herrera Ramírez
David Gaus*



EDICIONES
CIESPAL

2026

El hospital por dentro. El hospital latinoamericano como institución híbrida

Diego Herrera Ramírez
David Gaus

Primera Edición

CIESPAL

Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina

Av. Diego de Almagro N32-133 y Andrade Marín • Quito, Ecuador

Teléfonos: (593 2) 254 8011

www.ciespal.org

<https://ediciones.ciespal.org/>

ISBN primera edición: 978-9978-55-212-4

Ediciones Ciespal, 2026

Los textos publicados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.



Reconocimiento-SinObraDerivada
CC BY-ND

Esta licencia permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

Contenido

Cómo leer este libro	9
Introducción	11
Una tipología empírica del hospital latinoamericano	25
Síntesis del modelo institucional del hospital latinoamericano	39
La gobernanza hospitalaria en América Latina Entre la administración pública y la autonomía profesional	51
La economía política del hospital	59
La cultura organizacional del hospital	67
Corrupción, informalidad y prácticas institucionales en el hospital	73
La crisis contemporánea y el futuro del hospital	81
El hospital como institución híbrida Hacia una teoría crítica de la administración hospitalaria	89
Conclusión	97
Referencias bibliográficas	101

Cómo leer este libro

Este libro está escrito para cualquier lector con curiosidad por comprender cómo funciona un hospital desde dentro, y no solo para especialistas en gestión o en salud. Para mantener la fluidez de la lectura, hemos dispuesto algunas ayudas a lo largo del texto.

Las cajas de color crema. reúnen escenas de la vida hospitalaria. Son relatos breves —compuestos a partir de situaciones reales— que abren cada tema. Pueden leerse como pequeñas viñetas: ilustran, en carne y hueso, el problema que el capítulo se dispone a analizar.

Las cajas azules. aportan un contexto de fondo que conviene tener presente antes de entrar en la materia.

Las notas al pie. explican, quién es el autor citado y qué significan las siglas, instituciones o términos técnicos menos familiares. No es necesario leerlas para seguir el hilo; están ahí por si se desea profundizar.

Los capítulos pueden leerse en orden o por separado, según dicte el interés. Al final se encontrará la bibliografía completa para quienes deseen acudir a las fuentes.

Introducción

El hospital como institución: entre la administración, el poder y la organización social

Durante más de un siglo, el hospital ha ocupado un lugar central en la organización de los sistemas de salud modernos. Desde finales del siglo XIX, cuando la medicina científica comenzó a consolidarse como práctica profesional y como campo institucional, el hospital se transformó progresivamente en el escenario privilegiado del diagnóstico, el tratamiento y la investigación médica.

Sin embargo, pese a su centralidad en la provisión de servicios de salud, el hospital sigue siendo una institución difícil de comprender desde el punto de vista organizacional. La literatura sobre administración hospitalaria ha tendido históricamente a abordar el hospital como un problema técnico de gestión, concentrando su atención en la optimización de recursos, la eficiencia administrativa o la implementación de herramientas gerenciales. Aunque estos enfoques han contribuido al desarrollo de técnicas importantes para gestionar las instituciones de salud, con frecuencia han pasado por alto una dimensión fundamental: el hospital no es solo una organización administrativa, sino también una institución social compleja.

En efecto, los hospitales constituyen espacios institucionales donde convergen múltiples formas de autoridad y distintos sistemas de racionalidad organizacional. En ellos interactúan las estructuras burocráticas del Estado, profesiones altamente especializadas, dinámicas políticas ligadas a la gobernanza del sistema de salud y relaciones económicas que conectan la institución hospitalaria con los mercados

más amplios del sector salud. Es esta convergencia de lógicas organizacionales la que convierte al hospital en una institución híbrida, cuya comprensión exige un marco analítico que vaya más allá de los modelos gerenciales convencionales.

Sin embargo, esta complejidad suele quedar oscurecida por los términos en que se discute a los hospitales en el debate público, donde la atención tiende a concentrarse en las listas de espera, el desabastecimiento de medicamentos, los servicios de urgencias saturados, los déficits presupuestarios o las denuncias de ineficiencia administrativa. Por reales que sean estos problemas, se presentan habitualmente como fallas operativas aisladas y no como las manifestaciones superficiales de dinámicas institucionales más profundas.

Una cirugía postergada puede así interpretarse como un problema de programación; un desabastecimiento de insumos, como la consecuencia de una adquisición deficiente; y un conflicto entre médicos y administradores, como una mera falla de comunicación. Cada una de estas lecturas contiene una parte de verdad; pero cada una, tomada de manera aislada, corre el riesgo de oscurecer el entorno institucional más amplio dentro del cual tales hechos adquieren su sentido.

La dificultad de comprender los hospitales radica precisamente en reconocer que sus problemas organizacionales rara vez se originan en una sola causa; antes bien, se producen por la interacción entre múltiples sistemas de autoridad, objetivos organizacionales en pugna y restricciones institucionales que a menudo permanecen invisibles para quienes experimentan sus consecuencias de manera más directa.

La literatura sociológica sobre las organizaciones complejas ha señalado que instituciones como los hospitales se caracterizan por la coexistencia de múltiples sistemas de autoridad. Por un lado, los hospitales forman parte del aparato institucional del Estado, lo que entraña la presencia de estructuras burocráticas orientadas a regular el uso de los recursos públicos y a garantizar la provisión de servicios

de salud a la población. Por otro lado, dependen del conocimiento especializado de los profesionales de la salud, cuya autonomía profesional¹ introduce formas particulares de autoridad dentro de la organización hospitalaria.

A estas dimensiones se suman las dinámicas políticas que atraviesan los sistemas de salud y las relaciones económicas que vinculan al hospital con actores externos como los proveedores farmacéuticos, las empresas de tecnología médica y otros participantes del mercado de la salud. El resultado es una institución en la que la toma de decisiones no depende únicamente de las estructuras jerárquicas formales, sino también de procesos de negociación entre distintos actores que poseen recursos de poder y perspectivas institucionales diferentes.

Comprender esta complejidad institucional es particularmente importante en el contexto de los sistemas de salud latinoamericanos. En la región, los hospitales operan en entornos institucionales caracterizados por la fragmentación administrativa, las desigualdades territoriales en la distribución de los recursos de salud y las limitaciones estructurales en el financiamiento de los sistemas de salud. Estas condiciones amplifican las tensiones organizacionales inherentes al hospital y plantean desafíos específicos para la administración hospitalaria.

El contexto latinoamericano resulta especialmente revelador en este sentido, pues muchas de las tensiones que existen en formas más atenuadas dentro de los sistemas de salud con abundantes recursos aparecen aquí con mayor visibilidad. La fragmentación administrativa, el desarrollo territorial desigual, las presiones fiscales recurrentes y las desigualdades sociales persistentes exponen en conjunto, con inusual claridad, las contradicciones institucionales de la gobernanza hospitalaria.

Por esta razón, los hospitales latinoamericanos no deberían entenderse como meras variaciones regionales de

1 La capacidad del médico de decidir el curso clínico de acción según su juicio experto, sin recibir órdenes directas de la administración. Es fuente de calidad, pero también de tensión con la gestión.

modelos organizacionales desarrollados en otros lugares; constituyen, más bien, un escenario privilegiado para examinar cuestiones fundamentales sobre la autoridad, la coordinación, la legitimidad y la adaptación organizacional en la provisión de atención de salud.

La arquitectura tripartita de los sistemas de salud latinoamericanos

Antes de examinar las configuraciones particulares del hospital, conviene situar la arquitectura que organiza casi todos los sistemas de salud de la región. A diferencia de los modelos de pagador único que predominan en buena parte de Europa, los sistemas latinoamericanos suelen articularse en tres subsectores superpuestos. El primero es el **subsector público**, financiado mediante impuestos generales y administrado por el ministerio de salud, que presta servicios a la población sin cobertura contributiva; su expresión más plenamente realizada es el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS²), de vocación universal. El segundo es el **subsector de la seguridad social**, financiado mediante aportes obligatorios sobre la nómina y gobernado por sus propios institutos, al margen del ministerio: el IESS en Ecuador, el IMSS y el ISSSTE en México, y la red de obras sociales en Argentina. El tercero es el **subsector privado**, sostenido por el aseguramiento voluntario y el pago directo de bolsillo, que va desde la clínica individual hasta los grandes grupos aseguradores-hospitalarios. La consecuencia de esta división es una fragmentación estructural: un mismo país sostiene en paralelo tres lógicas de financiamiento, tres poblaciones cubiertas y tres jerarquías administrativas que rara vez se coordinan entre sí. Esta tripartición —y no la dicotomía entre lo público y lo privado— es el marco institucional dentro del cual deben leerse las ocho configuraciones hospitalarias propuestas en el capítulo siguiente.

Las consecuencias de este ordenamiento tripartito se extienden mucho más allá de los mecanismos de financiamiento, pues también moldean las carreras profesionales, las culturas organizacionales, los patrones por los que los pacientes se desplazan entre instituciones e incluso las expectativas que los ciudadanos llegan a sostener respecto del propio sistema de salud.

Los médicos suelen moverse entre sectores en el transcurso de una misma semana, trasladando las prácticas y los supuestos de un entorno institucional a otro, mientras que los pacientes, de igual modo, atraviesan varios sistemas a la vez: obtienen una consulta en un sector, pruebas diagnósticas en un segundo y tratamiento especializado en un tercero. Lo que en términos administrativos aparece como fragmentación es vivido así por las personas como una labor continua de navegación institucional.

Los hospitales, portanto, no funcionan como organizaciones aisladas, sino que operan dentro de complejos ecosistemas de instituciones interdependientes cuyos límites son, en la práctica, considerablemente más porosos de lo que sugeriría la regulación formal.

A lo largo de las últimas décadas, numerosos países latinoamericanos han intentado modernizar la gestión hospitalaria mediante reformas inspiradas en modelos gerenciales desarrollados en otros contextos institucionales. Estas reformas han promovido la adopción de herramientas de planificación estratégica, sistemas de evaluación del desempeño y mecanismos de control de calidad orientados a mejorar la eficiencia de las instituciones de salud. Los resultados de estas iniciativas, sin embargo, han sido desiguales. En muchos casos, las reformas administrativas han producido cambios formales en la estructura organizacional de los hospitales sin transformar de manera significativa las prácticas institucionales cotidianas (Bossert y Mitchell, 2011; Vargas et al., 2016).

Una de las razones de este patrón es que las reformas se han diseñado desde una lógica puramente técnica, sin considerar que el hospital es también un escenario político y profesional en el que gestionar el cambio exige negociación, y no mera implementación.

Esta observación apunta a una limitación más amplia de los debates contemporáneos sobre la reforma hospitalaria, en los que la innovación administrativa suele presentarse como una cuestión de identificar la técnica organizacional correcta: mejores indicadores, instrumentos de planificación

perfeccionados, incentivos más fuertes o sistemas de gestión más sofisticados.

Pero las instituciones rara vez cambian por el mero hecho de que se introduzcan nuevos procedimientos, pues los actores organizacionales interpretan, negocian, adaptan y a veces resisten las reformas conforme a las culturas profesionales establecidas, las relaciones de poder imperantes y las expectativas institucionales arraigadas. La implementación de una reforma nunca es, por tanto, una empresa puramente técnica, sino que es siempre, e inevitablemente, también un proceso social y político.

Este libro propone un enfoque distinto. En lugar de concebir el hospital únicamente como una organización administrativa, lo analiza como una institución social compleja cuya gobernanza depende de la interacción entre múltiples sistemas de autoridad. Desde esta perspectiva, comprender la administración hospitalaria exige integrar herramientas procedentes de distintos campos del conocimiento, entre ellos la sociología de las organizaciones, la economía política de la salud y los estudios institucionales.

El argumento central del libro sostiene que muchos de los problemas contemporáneos de la administración hospitalaria —la ineficiencia organizacional, los conflictos entre profesionales y administradores, las dificultades para implementar reformas institucionales o la aparición de prácticas informales en la gestión hospitalaria— no pueden explicarse únicamente como fallas de gestión. Antes bien, reflejan tensiones estructurales que emergen de la interacción entre las distintas lógicas organizacionales que coexisten dentro del hospital.

El capítulo primero construye una tipología de las configuraciones institucionales observadas en la región. Seis de ellas se definen por la matriz institucional que predomina en cada una: el hospital burocrático-estatal, el hospital profesional-académico, el hospital de la seguridad social, el hospital caritativo o filantrópico autónomo, el hospital de utilidad pública con financiamiento dedicado y el hospital privado-comercial; a estos se añaden dos

configuraciones en las que predomina el poder político: el hospital politizado y el hospital capturado por intereses económicos. El capítulo segundo examina los modelos de liderazgo y sus tensiones con la autonomía profesional. El capítulo tercero analiza la economía política del gasto hospitalario. Los capítulos cuarto y quinto estudian la cultura organizacional y las prácticas informales como formas de adaptación institucional. El capítulo sexto diagnostica la crisis contemporánea del modelo hospitalario, y el capítulo séptimo explora sus posibles transformaciones.

Aunque cada capítulo aborda una dimensión distinta de la vida hospitalaria, todos están unidos por una preocupación común: comprender cómo las instituciones configuran las posibilidades y los límites de la administración hospitalaria. El argumento que se desarrolla a lo largo del libro es acumulativo, pues los conceptos introducidos en un capítulo reaparecen en discusiones posteriores y revelan en cada ocasión una faceta distinta de una misma realidad institucional.

El objetivo no es proponer un modelo universal de gestión hospitalaria, sino desarrollar un marco interpretativo capaz de explicar por qué los hospitales se comportan con tanta frecuencia de maneras que las teorías administrativas convencionales difícilmente logran anticipar.

Más que ofrecer un manual técnico de administración hospitalaria, esta obra busca contribuir a una comprensión más amplia del hospital como institución social. Analizar el hospital desde esta perspectiva permite reconocer la complejidad organizacional de estas instituciones y situar los problemas de la gestión hospitalaria dentro de los contextos institucionales, políticos y económicos en que se despliegan.

Las tensiones que este libro examina no son defectos corregibles mediante mejores herramientas gerenciales: son rasgos constitutivos de una institución que opera en la encrucijada del Estado, la profesión médica, la política y el mercado. Reconocer esa condición no resuelve el problema de la administración hospitalaria, pero es el primer paso

indispensable para dejar de confundirlo con algo más simple de lo que es.

La administración hospitalaria como problema institucional

Caso clínico. Administrando la incertidumbre

Son las 4:00 p. m.

Falta una hora para que cierre la consulta externa.

Una médica familiar recién graduada fue contratada bajo un esquema en apariencia eficiente: tres días en consulta externa, dos días en el triaje de urgencias. Cada cita programada dura quince minutos. Además, debe revisar los resultados pendientes del día anterior.

La pantalla muestra siete casos pendientes.

Hay un paciente recurrente con resultados de laboratorio repetidamente normales, en quien sospecha un trastorno de somatización. Hay una niña asmática cuya crisis de hoy parece leve, pero que no puede descartarse sin evaluación. Hay un hombre con lumbalgia aguda y signos de alarma que podrían requerir estudios de imagen inmediatos o ingreso hospitalario. Cuatro citas quedan sin atender. Tres pacientes esperan en el pasillo con una impaciencia que ya no se molestan en disimular.

La médica está agotada.

El reloj avanza.

El sistema exige productividad.

La clínica exige prudencia.

Reflexión editorial

A primera vista, la situación parece un dilema individual, en el que una médica debe decidir cómo distribuir la última hora de su jornada; sin embargo, no es, en ningún sentido fundamental, un dilema personal, pues otro médico situado en el mismo entorno organizacional afrontaría restricciones notablemente similares.

La tensión surge porque dos racionalidades legítimas pero rivales convergen en un mismo espacio institucional: una que evalúa el desempeño mediante productos medibles, indicadores de eficiencia y volumen de pacientes atendidos, y otra anclada en la incertidumbre clínica, el juicio profesional y la responsabilidad ética hacia el paciente individual.

Ninguna de las dos lógicas es, en sí misma, errónea; la dificultad surge precisamente porque ambas reclaman autoridad sobre una sola y misma decisión.

El modelo industrial y la promesa de la eficiencia

La tradición gerencial clásica parte de un supuesto compartido: la eficiencia surge de la estandarización. Taylor² lo formuló para el taller (1911/1998), Fayol³ para la empresa (1916/1949) y Drucker⁴ para la dirección por objetivos (1954). Los tres coinciden en que el tiempo puede fragmentarse, el proceso puede repetirse y la variabilidad debe eliminarse.

2 Frederick W. Taylor (1856-1915), ingeniero estadounidense y padre de la “administración científica”: sostuvo que toda tarea puede descomponerse en pasos medibles y cronometrados para maximizar la eficiencia. Su modelo, concebido para la fábrica, es el que este capítulo discute a medida que migra hacia el hospital.

3 Henri Fayol (1841-1925), ingeniero francés que formuló los principios clásicos de la administración (planificar, organizar, dirigir, coordinar, controlar) que aún estructuran la gestión empresarial.

4 Peter Drucker (1909-2005), teórico austríaco-estadounidense considerado el fundador de la gestión moderna; popularizó la “administración por objetivos”, es decir, gobernar mediante la fijación de metas medibles.

Estos modelos fueron concebidos para entornos en los que el producto es homogéneo, el proceso es repetible, la variabilidad es indeseable y el tiempo puede fragmentarse sin alterar la esencia de lo que se produce.

En una fábrica que mecaniza tornillos, quince minutos producen tornillos.

En un hospital, quince minutos producen incertidumbre.

Esta distinción es más que un contraste retórico, pues pone a la vista una diferencia fundamental entre la producción industrial y el trabajo clínico: mientras que los sistemas industriales buscan eliminar la variabilidad porque la variabilidad amenaza la eficiencia, la práctica clínica debe, en cambio, afrontar la variabilidad como un rasgo intrínseco de la biología y la experiencia humanas.

Los pacientes no se presentan con condiciones idénticas, trayectorias predecibles ni respuestas estandarizadas al tratamiento; el intento de imponer modelos industriales de previsibilidad a los entornos clínicos genera, por ello, tensiones recurrentes entre la expectativa administrativa y la realidad profesional.

En el entorno hospitalario real, especialmente en contextos de alta demanda y recursos limitados, esta autonomía técnica no siempre se traduce en una coordinación efectiva. La autonomía profesional puede fragmentar las decisiones clínicas y administrativas si no se integra en un marco organizacional que reconozca la incertidumbre clínica y la vulnerabilidad del paciente y responda a ellas. La burocracia profesional⁵ —en teoría centrada en la estabilidad— no garantiza la calidad sistémica cuando la presión por la eficiencia y las métricas cuantitativas impone prácticas que distorsionan la libertad del juicio clínico y lo convierten en la mera ejecución de metas numéricas.

5 Un tipo de organización, descrito por Mintzberg, en el que el trabajo es controlado por profesionales altamente calificados (como los médicos) y no por la jerarquía administrativa; el hospital es su ejemplo clásico.

Mintzberg⁶ subraya que los intentos de *control remoto* (la gestión desde la cúpula) que reorganizan de manera obsesiva, miden de forma exhaustiva y promueven el liderazgo heroico son perjudiciales para la atención de salud, porque desatienden las condiciones reales de operación en la primera línea.

Pese a esta advertencia, muchas organizaciones de salud contemporáneas han adoptado prácticas de gestión que replican precisamente lo que Mintzberg denuncia: métricas de productividad, controles jerárquicos verticales y un liderazgo que privilegia los indicadores por encima de los valores clínicos. Esto revela una paradoja: la aceptación selectiva de Mintzberg (lo que resulta útil para justificar la eficiencia) y, al mismo tiempo, el desconocimiento de su advertencia central (sobre la necesidad de respetar la lógica de la práctica clínica). Así, a menudo se cita a Mintzberg para legitimar prácticas que él mismo consideraría místicas o contraproducentes en la atención de salud.

El modelo de Mintzberg propone una lectura descriptiva de la gestión: los directivos no como héroes aislados, sino como participantes distribuidos dentro del sistema. Esto resuena con las insistencias contemporáneas en que la gestión debe estar **“anclada en las operaciones”**.

No obstante, la mirada mintzbergiana se queda corta a la hora de integrar la dimensión moral del acto clínico, que no puede entenderse como mera coordinación operativa. En un hospital, la dimensión ética —decidir entre riesgo y beneficio, la justicia distributiva, el sufrimiento humano— no puede reducirse a “ajustes mutuos” entre roles profesionales. La ética clínica exige deliberación, responsabilidad compartida y el reconocimiento explícito de la vulnerabilidad humana, y no solo un desempeño profesional autónomo.

6 Henry Mintzberg (n. 1939), teórico canadiense de la gestión. Es un crítico agudo de dirigir las organizaciones de salud “desde la cúpula” mediante indicadores y reorganizaciones constantes, y aboga por una gestión anclada en la práctica real.

Comprender esta complejidad exige integrar perspectivas diversas. La sociología de las profesiones —Freidson⁷ (2001), Strauss et al. (1985)— muestra que los hospitales no pueden administrarse como burocracias ordinarias, porque el conocimiento clínico redistribuye la autoridad hacia los profesionales. El institucionalismo organizacional —Scott et al. (2000)— añade que las normas del campo de la salud configuran la estructura interna del hospital más allá de cualquier directiva administrativa. La economía política —Baumol⁸ (2012), Travassos y Castro (2008)— revela que las presiones de gasto y las desigualdades territoriales condicionan lo que es administrativamente posible. Y la etnografía organizacional —Bosk⁹ (2003)— demuestra que las normas informales regulan tanto como, o más que, los procedimientos escritos. Cada enfoque ilumina una dimensión; ninguno, por sí solo, la agota. Los capítulos siguientes los desarrollan en sus contextos específicos.

La médica en el consultorio no enfrenta un problema de competencia ni de dedicación: enfrenta la colisión entre una lógica organizacional diseñada para fabricar tornillos y una práctica clínica que no puede estandarizar la incertidumbre. Nombrar esa colisión como un problema institucional —y no como una falla individual— es el primer gesto analítico de este libro.

Los capítulos que siguen trazan las consecuencias de esta observación, examinando cómo emergen las distintas configuraciones institucionales, cómo se distribuye la autoridad dentro de los hospitales, cómo las restricciones financieras configuran las posibilidades clínicas, cómo toman forma las culturas organizacionales y cómo

7 Eliot Freidson (1923-2005), sociólogo estadounidense de las profesiones. Sostuvo que la medicina constituye una “tercera lógica” distinta del mercado y del Estado: la autoridad del médico proviene del conocimiento, no del rango.

8 William Baumol (1922-2017), economista estadounidense. Describió la “enfermedad de los costos”: en los sectores que dependen del trabajo humano directo, como la atención de salud, los costos aumentan sin que la productividad logre seguir el ritmo de la industria.

9 Charles Bosk (1948-2020), sociólogo estadounidense; su etnografía de los servicios quirúrgicos mostró cómo las reglas no escritas gobiernan la práctica médica tanto como lo hacen los protocolos formales.

responden los hospitales a las presiones contemporáneas que desafían cada vez más su papel tradicional dentro de los sistemas de salud.

El propósito no es identificar una fórmula única para una administración hospitalaria exitosa, pues los hospitales son demasiado diversos, están demasiado arraigados en sus historias particulares y son demasiado complejos en lo institucional como para admitir tales soluciones; es, más bien, desarrollar una comprensión más rica de las realidades organizacionales dentro de las cuales la administración hospitalaria necesariamente tiene lugar.

Los hospitales suelen describirse como organizaciones que prestan servicios de salud; este libro parte de una premisa distinta, al sostener que son instituciones a través de las cuales las sociedades organizan su respuesta a la vulnerabilidad humana. Su complejidad, al final, refleja la complejidad de esa tarea.

Una tipología empírica del hospital latinoamericano

Configuraciones institucionales observadas

Ningún hospital latinoamericano pertenece exclusivamente a una de las configuraciones aquí descritas. Un hospital de un estado brasileño puede ser burocrático en sus procesos de adquisición, profesional-académico en su organización clínica, politizado en el nombramiento de su director y capturado en su relación con ciertos proveedores farmacéuticos. La tipología no clasifica hospitales; clasifica lógicas que coexisten dentro de cada hospital con grados de intensidad variables. Deben leerse, por tanto, como tipos ideales¹⁰ en el sentido weberiano: puntos de referencia analíticos que las instituciones reales aproximan en distinto grado y a menudo combinan. La dicotomía entre hospitales “públicos” y “privados”, todavía dominante en buena parte de la literatura administrativa, resulta particularmente inadecuada para la región, donde algunas de las instituciones más importantes ocupan precisamente el espacio intermedio entre ambos polos. Por esta razón, las páginas siguientes distinguen ocho configuraciones, agrupadas en dos familias: seis definidas por la matriz institucional que predomina en cada una —la burocracia estatal, la autoridad profesional, la lógica contributiva de la seguridad social, la herencia caritativa, el gravamen dedicado y el mercado— y dos en las que la fuerza decisiva es el poder político, que dan lugar al hospital politizado y al hospital capturado por intereses económicos.

10 Modelos conceptuales puros, en el sentido de Max Weber: ningún hospital real coincide exactamente con uno de ellos, pero sirven como puntos de referencia para comparar y comprender casos concretos.

Configuraciones hospitalarias
Influencia institucional o profesional predominante
1. Burocracia estatal
2. Profesional-académico
3. Seguridad social
4. Caridad o filantropía
5. Utilidad pública con financiamiento dedicado
6. Privado-comercial
Impulsados por lo político o lo económico
7. El hospital politizado
8. El hospital capturado (por intereses económicos)

Uno de los modelos más extendidos en América Latina es el **hospital burocrático-estatal**, característico de los sistemas de salud organizados en torno a las estructuras administrativas centralizadas del Estado. En este tipo de institución, el funcionamiento hospitalario depende en gran medida de reglamentos formales, procedimientos administrativos detallados y estructuras jerárquicas complejas. En este sentido, el hospital opera como una extensión de la burocracia pública.

En el Brasil, numerosos hospitales directamente vinculados al Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde, SUS) reflejan este tipo de configuración organizacional. La investigación sobre la gestión hospitalaria brasileña ha documentado cómo la estructura administrativa de estos hospitales está fuertemente condicionada por normas regulatorias, múltiples niveles de supervisión institucional y procedimientos burocráticos complejos que estructuran la toma de decisiones administrativas (Paim et al., 2011; Machado, Baptista y Lima, 2017).

Los estudios empíricos sobre los hospitales públicos brasileños muestran que esta estructura administrativa produce una serie de rasgos organizacionales recurrentes. Entre ellos se cuentan procedimientos administrativos extensos para la adquisición de insumos médicos, procesos de toma de decisiones jerárquicos que abarcan distintos

niveles de la administración pública y una fragmentación institucional derivada de la coexistencia de múltiples niveles de gobierno en la gestión del sistema de salud. En conjunto, estos rasgos han sido descritos en la literatura como formas de **burocratización de la salud**, en las que el cumplimiento de los procedimientos administrativos se convierte en un objetivo institucional tan importante como la propia provisión de servicios de salud (Giovannella et al., 2012).

Las consecuencias organizacionales de este modelo institucional son ampliamente conocidas. El predominio de las estructuras burocráticas tiende a generar lentitud en los procesos de toma de decisiones, dificultades para implementar innovaciones en la gestión hospitalaria y una capacidad limitada de adaptación organizacional frente a las crisis de salud. Aunque este modelo puede ayudar a asegurar cierto grado de control administrativo sobre el uso de los recursos públicos, también introduce rigideces que entorpecen la respuesta institucional a los desafíos dinámicos de la práctica clínica contemporánea.

Un segundo modelo institucional observable en la región corresponde al **hospital profesional-académico**, particularmente común en instituciones vinculadas a universidades o centros de formación médica. En este tipo de hospital, la lógica organizacional dominante no es la burocracia administrativa, sino la autoridad profesional de los médicos y la estructura académica de las especialidades clínicas.

En países como Argentina y Brasil, los hospitales universitarios han sido descritos como organizaciones profesionales en las que el conocimiento clínico y la autoridad científica desempeñan un papel central en la organización institucional. La estructura organizacional de estas instituciones se articula en torno a departamentos médicos especializados, jerarquías académicas consolidadas y una autonomía profesional significativa de los médicos en la toma de decisiones clínicas (Freidson, 2001; Spinelli, 2017).

La investigación sobre los hospitales universitarios latinoamericanos muestra que este modelo institucional produce configuraciones organizacionales particulares. En ellos, los departamentos médicos tienden a ejercer una influencia considerable sobre las decisiones hospitalarias, mientras que las estructuras administrativas desempeñan un papel relativamente limitado en la regulación del trabajo clínico. En consecuencia, la coordinación institucional depende en gran medida de acuerdos informales entre profesionales y de la autoridad académica dentro de las especialidades médicas.

Este modelo institucional presenta ventajas evidentes, especialmente en términos de calidad clínica, innovación científica y desarrollo de la investigación médica. No obstante, también introduce tensiones organizacionales significativas. La autonomía profesional que caracteriza a estas instituciones puede entorpecer la coordinación administrativa, generar conflictos entre médicos y gestores hospitalarios y limitar la capacidad de la institución para implementar reformas organizacionales orientadas a mejorar la eficiencia del sistema hospitalario.

Un tercer modelo, en gran medida invisible para la dicotomía convencional entre lo público y lo privado, es el **hospital de la seguridad social**: la red de instituciones que el subsector contributivo opera para los trabajadores asalariados y sus familias. Son los hospitales del IMSS¹¹ y el ISSSTE en México, el IESS en Ecuador, EsSalud en Perú y las *obras sociales* en Argentina. Aunque pertenecen a la esfera pública en un sentido amplio, no dependen de los impuestos generales, sino de los aportes obligatorios gravados sobre los salarios, y responden ante sus propios órganos de gobierno y no ante el ministerio de salud. En la práctica, constituyen una suerte de Estado paralelo dentro del sistema de salud, con su propio financiamiento, sus propios hospitales y su propia jerarquía administrativa.

11 Instituto Mexicano del Seguro Social, fundado en 1943: la mayor institución de seguridad social de América Latina, que brinda cobertura de salud a los trabajadores del sector formal y sus familias.

El rasgo definitorio de este modelo es la lógica tripartita de su gobernanza, en la que el Estado, los empleadores y los trabajadores comparten la titularidad de la institución. El IMSS mexicano, fundado en 1943, es la mayor institución de seguridad social de América Latina; su contraparte ecuatoriana, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS¹²), administra algunos de los hospitales más grandes del país, como el Teodoro Maldonado Carbo en Guayaquil y el Carlos Andrade Marín en Quito. Este origen moldea al hospital de maneras particulares. Su financiamiento tiende a ser más estable y más generoso por paciente que el del hospital público financiado con impuestos, lo que suele traducirse en una mayor densidad tecnológica y en personal médico asalariado con mejores protecciones laborales. Sin embargo, esa misma lógica contributiva ata el destino de la institución al mercado laboral formal y a la solvencia del fondo de seguridad social, lo que la hace vulnerable al envejecimiento demográfico, a la informalidad de las economías regionales y al uso recurrente de sus reservas para fines distintos de la salud. Sus tensiones administrativas no son tanto las de la rigidez burocrática como las de una institución atrapada entre la lógica del asegurador y la del prestador, gobernada con frecuencia por actores cuya principal experticia no es ni la medicina ni la gestión, sino la política laboral y previsional.

Una cuarta configuración, con profundas raíces históricas en la región, es el **hospital caritativo o filantrópico autónomo**. Sus orígenes se hallan en las instituciones caritativas del siglo XIX —las juntas de beneficencia, las cofradías laicas y las órdenes religiosas— que organizaron la atención hospitalaria antes de que el Estado moderno asumiera esa responsabilidad. El caso paradigmático es la Junta de Beneficencia de Guayaquil¹³ (Junta de Beneficencia de Guayaquil), fundada en 1888 al amparo de la ley de reforma

12 Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social: el organismo que administra la seguridad social de los trabajadores afiliados en Ecuador y opera algunos de los hospitales más grandes del país.

13 Institución ecuatoriana fundada en 1888 que, hasta hoy, administra de forma autónoma varios de los hospitales más grandes del país, sostenida históricamente por la lotería y la donación privada.

de 1887 que autorizó a los municipios a delegar en las juntas de beneficencia la administración de hospitales, asilos y cementerios; hasta el día de hoy administra algunos de los hospitales más grandes del Ecuador, como el Luis Vernaza

y el hospital infantil Roberto Gilbert. En lo jurídico, tales instituciones son una anomalía que la dicotomía público-privada no puede absorber: la Junta se define en la ley como una entidad del sector público, autónoma y regida por el derecho privado, que sostiene los hospitales a su cargo con recursos propios —históricamente la lotería y la donación privada— y con los que el Estado le asigna. Los hospitales gestionados por órdenes religiosas en toda la región comparten ese mismo carácter híbrido.

Lo que distingue a este modelo en el plano organizacional es la combinación de una misión social sin fines de lucro con una autonomía administrativa celosamente defendida frente al Estado. La gobernanza suele recaer en un directorio de notables que se renueva a sí mismo y que sirve sin remuneración —una estructura que dota a la institución de una continuidad gerencial y de un aislamiento de los ciclos políticos de los que carece el hospital burocrático-estatal—. Esta autonomía le ha permitido históricamente cultivar una fuerte identidad institucional, una cultura de administración responsable y estándares de atención que a menudo superan los de sus contrapartes financiadas con impuestos. Su debilidad es la imagen especular de su fortaleza: la dependencia de fuentes de ingreso vulnerables a la crisis económica y a los intentos periódicos del Estado de absorber la institución o recortar sus privilegios, junto con un modelo de gobernanza cuya legitimidad descansa en la tradición y no en la representación, y que puede resultar opaco a la rendición de cuentas externa. Es en este modelo donde la gramática moral de la caridad se manifiesta de manera más explícita; pero, como se argumenta en la nota editorial al cierre de esta sección, esa gramática no se limita a él, y su persistencia a lo largo de toda la tipología plantea un obstáculo singular para la modernización del hospital.

Un quinto modelo, estrechamente emparentado con el anterior pero distinto en su arquitectura financiera, es el

hospital de utilidad pública con financiamiento dedicado. El ejemplo más claro es SOLCA¹⁴, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, una entidad privada de utilidad pública que opera los principales hospitales oncológicos del país, entre ellos el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, en Guayaquil. Lo que diferencia a esta configuración no es su forma jurídica privada ni su misión pública —ambas compartidas con el hospital caritativo—, sino el mecanismo que la sostiene: un gravamen dedicado. SOLCA se financia en gran parte mediante una contribución del 0,5 % que la ley impone a las operaciones de crédito en todo el sistema financiero, establecida en el Código Orgánico Monetario y Financiero, además de las asignaciones presupuestarias que el Estado le debe por ley. La institución posee así un flujo fiscal propio, formalmente separado del presupuesto general y de las contingencias del pago de bolsillo o del aseguramiento privado.

Este financiamiento dedicado confiere al modelo un perfil organizacional singular. Su flujo de ingresos propio permite un grado de especialización, de inversión tecnológica y de horizonte de planificación que pocas otras instituciones de la región pueden igualar, razón por la cual los hospitales de este tipo tienden a convertirse en centros nacionales de referencia para patologías de alta complejidad. El arreglo también concentra un tipo específico de tensión. La institución depende de una base tributaria —en el caso de SOLCA, el volumen de las operaciones de crédito— cuyas fluctuaciones no guardan relación con las necesidades de salud, y está expuesta al impago crónico de las deudas que el ministerio de salud y los fondos de la seguridad social acumulan con ella. Su autonomía, por último, plantea preguntas recurrentes sobre la rendición de cuentas, pues una institución que administra lo que es en sustancia un gravamen público opera al margen de los mecanismos ordinarios de control del sector público.

14 Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador: una entidad privada de utilidad pública que opera los principales hospitales oncológicos del país, financiada en gran parte por un gravamen sobre las operaciones de crédito.

La sexta configuración de esta familia es el **hospital privado-comercial**, la institución del subsector privado financiado mediante el aseguramiento voluntario o el pago directo de bolsillo. Aunque la dicotomía convencional lo trata como el contrapunto natural del hospital público, en términos organizacionales no es más que una configuración entre varias, y por demás heterogénea: va desde la pequeña clínica de propiedad individual hasta el gran hospital integrado en una red corporativa regional o en un grupo asegurador. Su lógica dominante es la del mercado: la institución debe generar un excedente financiero, y sus decisiones se rigen, en última instancia, por la relación entre los ingresos y los costos. Esa lógica introduce una tensión propia entre los objetivos financieros de la institución y la autonomía clínica de sus profesionales: cuando el excedente depende del volumen de procedimientos facturables, la presión administrativa puede empujar hacia la sobreprovisión de servicios rentables y la evitación de pacientes no rentables, en tensión directa con el juicio clínico —el reverso de la presión por la productividad descrita en la viñeta que abrió este capítulo, pero arraigado en la misma subordinación del razonamiento clínico a una métrica financiera—. En los sistemas fragmentados de la región, además, los límites de este modelo son porosos: los hospitales privados venden de manera rutinaria servicios al sector público y a los fondos de la seguridad social, y un mismo grupo empresarial puede poseer simultáneamente hospitales, aseguradoras y farmacias —configuraciones que conectan directamente con el hospital capturado por intereses económicos que se analiza más adelante.

A estas seis configuraciones, definidas por la matriz institucional que predomina en cada una —la burocracia estatal, la autoridad profesional, la lógica contributiva, la herencia caritativa, el gravamen dedicado y el mercado— se añaden las dos que se examinan a continuación, en las que la fuerza decisiva no es ninguna de las anteriores, sino el poder político: el hospital politizado y el hospital capturado por intereses económicos.

La persistencia de la caridad: una gramática heredada que obstruye la modernización del hospital

Las seis configuraciones descritas difieren en su financiamiento y en su gobernanza, pero comparten una herencia común que la tipología por sí sola no revela: la gramática moral de la caridad. Antes de ser un derecho, la atención de salud fue en la región una obra de misericordia. El hospital nació del asilo y de la orden religiosa, de la junta de beneficencia y del comité de damas —instituciones que dispensaban cuidado no como algo debido al ciudadano, sino como algo concedido a quien sufre. Este origen es más visible en los hospitales caritativos y de utilidad pública, donde se reivindica abiertamente como herencia; pero no se limita a ellos. Se filtra en el hospital estatal como un asistencialismo paternalista que trata al paciente como beneficiario de la generosidad pública y no como titular de un derecho; en el hospital de la seguridad social como la retórica de un beneficio graciosamente conferido al trabajador; e incluso en el hospital privado, que invoca sus fundaciones caritativas y sus actos de filantropía como una moneda reputacional. La caridad, en suma, es menos el rasgo de un tipo que el sustrato de todos ellos (Herrera, 2022).

Esta herencia no es un sentimiento inocuo. Opera como un obstáculo para la modernización del hospital, porque sustituye en silencio un conjunto de categorías por otro. Donde debería haber un derecho, la caridad instala un favor; donde debería haber rendición de cuentas, instala gratitud; donde debería haber un ciudadano con potestad de exigir, instala un beneficiario del que se espera agradecimiento. Una institución concebida como un acto de misericordia no necesita justificar sus resultados, sino solo sus buenas intenciones: el gesto de dar se toma como su propia vindicación. Bajo esta lógica, la escasez se reinterpreta como el límite natural de la generosidad y no como una falla de provisión, y la precariedad del cuidado se convierte en algo que ha de soportarse con resignación en lugar de impugnarse como el incumplimiento de una obligación. El lenguaje de la caridad, como el lenguaje oficial analizado en otros lugares de la obra de este autor, cumple así una función disciplinaria: enseña a quienes reciben atención a pedir menos y a agradecer lo poco que llega.

Las consecuencias organizacionales son concretas. La matriz caritativa legitima un gobierno de notables y benefactores por encima de un gobierno de gestores que rinden cuentas, y privilegia la autoridad moral del donante por encima de la autoridad técnica del administrador y de los derechos institucionales del paciente. Tolerla la opacidad, porque un don no se audita. Resiste la profesionalización de la gestión, que percibe como una fría intrusión del cálculo en un dominio que debería regirse por la vocación y el sacrificio. Y sostiene una cultura en la que la abnegación del personal de salud se celebra como virtud precisamente donde debería leerse como síntoma de una institución que ha normalizado su propia escasez —la misma erosión moral¹ y la misma normalización de la precariedad que este capítulo describe en otros pasajes—. Modernizar el hospital no es, por tanto, una mera cuestión de importar herramientas gerenciales —el gesto mismo contra el que este capítulo advierte—, sino de completar una transición inconclusa: el paso de la caridad al derecho, del benefactor al ciudadano, de la misericordia que da lo que puede a la institución que debe lo que corresponde.

1 Una traducción de “moral distress”: el sufrimiento que experimenta un profesional cuando conoce el curso de acción correcto, pero las condiciones de la institución le impiden llevarlo a cabo.

El hospital politizado

Las instituciones de salud y las dinámicas de poder

Además de las configuraciones burocrática y profesional descritas previamente, numerosos hospitales latinoamericanos exhiben una tercera forma institucional caracterizada por la influencia significativa de las dinámicas políticas en su funcionamiento cotidiano. En este tipo de organización, que puede denominarse el **hospital politizado**, las decisiones administrativas no se explican únicamente por criterios técnicos de gestión de salud o por la lógica profesional de la medicina, sino también por relaciones políticas que atra-viesan el aparato estatal. La distinción respecto del hospital

burocrático-estatal no es, por tanto, de titularidad —ambos son instituciones públicas insertas en el Estado—, sino del principio que rige sus decisiones. En el hospital burocrático-estatal, la autoridad fluye de reglas administrativas impersonales aplicadas con relativa uniformidad, por lentas o rígidas que sean; en el hospital politizado, esas mismas reglas formales quedan subordinadas a una lógica político-partidaria de lealtades, nombramientos y ciclos electorales, de modo que lo que determina una decisión es menos la norma que la red de poder que hay detrás de ella. El hospital burocrático tiende a fallar por rigidez; el politizado, por discrecionalidad.

La literatura sobre gobernanza de la salud en América Latina ha señalado que los hospitales públicos, como instituciones estatales que administran recursos estratégicos y prestan servicios esenciales a la población, se convierten con frecuencia en espacios donde se manifiestan relaciones de poder político. Estas dinámicas pueden influir en diversos aspectos de la vida institucional del hospital, desde el nombramiento de las autoridades administrativas hasta la asignación de recursos presupuestarios o la definición de prioridades organizacionales (Belmartino, 2005; Fleury, 2009).

En muchos sistemas de salud latinoamericanos, los directores de los hospitales son nombrados por autoridades políticas o por organismos gubernamentales vinculados al sistema de salud. Este mecanismo de nombramiento puede generar una relación estrecha entre la gestión hospitalaria y los ciclos políticos. En algunos casos, los cambios de gobierno o las modificaciones en las alianzas políticas producen una rotación frecuente en el liderazgo hospitalario, lo que introduce discontinuidades en la gestión institucional y dificulta la consolidación de proyectos administrativos de largo plazo.

La investigación sobre los sistemas hospitalarios en Argentina y Brasil ha documentado cómo estas dinámicas pueden traducirse en una alta rotación de las autoridades hospitalarias, la redefinición periódica de las prioridades institucionales y la influencia de los actores políticos en las

decisiones administrativas estratégicas. Estas situaciones no implican necesariamente prácticas irregulares o corrupción, pero sí muestran que la administración hospitalaria está inevitablemente inserta en estructuras políticas más amplias que condicionan su funcionamiento (Spinelli, 2010; Arretche, 2004).

En algunos contextos, estas relaciones pueden adoptar formas más complejas, en particular cuando los hospitales quedan integrados en redes políticas locales o regionales. En tales casos, el hospital puede convertirse en un recurso institucional empleado para consolidar apoyo político, distribuir beneficios simbólicos o fortalecer redes¹⁵ clientelares. La literatura sobre política social en América Latina ha señalado que las instituciones públicas encargadas de prestar servicios esenciales, como los hospitales y los centros de salud, pueden desempeñar un papel significativo en estos procesos, especialmente en contextos donde la presencia del Estado se articula a través de programas sociales y servicios públicos (O'Donnell, 1993; Nunes, 2007).

Las consecuencias organizacionales de esta configuración institucional son variadas. En algunos casos, la influencia política puede facilitar la obtención de recursos adicionales o fortalecer el vínculo entre el hospital y la comunidad. También puede, sin embargo, producir efectos menos favorables para la gestión hospitalaria, como la inestabilidad administrativa derivada de los cambios frecuentes en el liderazgo institucional o la priorización de objetivos políticos por encima de criterios estrictamente sanitarios.

Estas dinámicas subrayan que la administración hospitalaria no puede entenderse únicamente como un problema técnico de gestión organizacional. Por el contrario, el hospital debe entenderse también como una institución pública inserta en estructuras políticas específicas, donde las decisiones administrativas se ven influidas por relaciones de poder que trascienden la esfera estrictamente sanitaria.

15 Relativo al clientelismo: el intercambio de favores, empleos o beneficios a cambio de apoyo político, que puede convertir una institución pública en un recurso al servicio de una red de poder.

El hospital capturado

Los intereses económicos y la gobernanza de la salud

Una cuarta configuración institucional observable en diversos sistemas hospitalarios latinoamericanos corresponde al **hospital capturado por intereses económicos**. En este tipo de institución, actores externos al hospital ejercen una influencia significativa sobre las decisiones administrativas y clínicas, condicionando el funcionamiento institucional conforme a intereses económicos específicos.

La literatura internacional sobre gobernanza de la salud ha identificado múltiples mecanismos a través de los cuales pueden producirse procesos de captura institucional¹⁶ puede producirse en el sector de la salud. Estos mecanismos incluyen la influencia de los proveedores de insumos médicos, las compañías farmacéuticas, las redes empresariales vinculadas a la provisión de servicios de salud y otros actores que participan en los mercados de la salud. En contextos donde los sistemas regulatorios institucionales son débiles o donde los mecanismos de supervisión administrativa son limitados, estos actores pueden adquirir un peso considerable en las decisiones hospitalarias (Savedoff y Hussmann, 2006; Transparency International, 2020).

En América Latina, diversos estudios sobre la corrupción en el sector salud y la gobernanza hospitalaria han documentado situaciones en las que las decisiones administrativas relacionadas con las compras hospitalarias, la contratación de servicios o la adquisición de equipos médicos se ven influidas por intereses externos. Estas situaciones pueden manifestarse en prácticas como la selección preferencial de determinados proveedores, la intermediación en los procesos de adquisición de insumos o la introducción de incentivos económicos que afectan las decisiones clínicas o administrativas.

16 Una situación en la que intereses externos (proveedores, empresas, grupos políticos) llegan a orientar las decisiones de una institución pública en beneficio propio, en lugar del interés general.

Es importante subrayar que la captura institucional no siempre adopta formas abiertamente ilegales. En muchos casos, las relaciones entre los hospitales y los actores económicos se desarrollan dentro de marcos regulatorios formales, pero generan conflictos de interés que pueden afectar la autonomía institucional del hospital y la racionalidad sanitaria de las decisiones administrativas.

Las consecuencias organizacionales de este modelo pueden ser significativas. La influencia de los intereses económicos externos puede distorsionar las prioridades institucionales del hospital, generar sobrecostos en la adquisición de insumos médicos y debilitar la capacidad de las autoridades hospitalarias para tomar decisiones basadas exclusivamente en criterios clínicos o sanitarios. En situaciones más extremas, estos procesos pueden contribuir a la consolidación de redes de corrupción que afectan el funcionamiento general del sistema de salud.

Comprender estas dinámicas es fundamental para analizar los problemas contemporáneos de la administración hospitalaria en América Latina. Lejos de constituir organizaciones aisladas dedicadas exclusivamente a la provisión de servicios de salud, los hospitales operan dentro de sistemas institucionales complejos en los que interactúan intereses públicos y privados, estructuras burocráticas estatales, profesiones de la salud y actores económicos. Conviene hacer una aclaración antes de continuar. La politización y la captura no deben leerse como dos casillas más en las que un hospital dado encaja limpiamente, junto a los tipos burocrático, profesional, caritativo y de mercado. Se comprenden mejor como fuerzas que pueden permear cualquiera de esas configuraciones en grados variables: un hospital estatal puede estar politizado; un hospital de la seguridad social, capturado por sus proveedores; un hospital caritativo, gobernado por los intereses privados de sus patronos. Presentadas aquí por separado en aras de la claridad analítica, en la práctica rara vez aparecen en estado puro. Es precisamente esta superposición — la presencia simultánea de varias lógicas dentro de una misma institución— lo que la noción de hospital híbrido, desarrollada en el capítulo final, busca capturar.

Síntesis del modelo institucional del hospital latinoamericano

La interacción de la burocracia, la profesión, la política y el mercado

El Hospital que no cambia

El hospital seguía abierto. Siempre estaba abierto.

Las luces nunca se apagaban del todo, aunque en algunos pasillos parpadeaban de manera intermitente, como si también la electricidad dudara en sostenerse.

Afuera, la fila ya no era ruidosa. Lo había sido años atrás, cuando la indignación todavía creía que podía cambiar algo. Ahora era una fila más callada. Más resignada. La gente llegaba con carpetas gruesas, resultados de exámenes acumulados, recetas vencidas. Sabían que probablemente no encontrarían todos los medicamentos. Sabían que quizá tendrían que volver otro día.

Lo sabían, y aun así venían.

En la farmacia del hospital, la lista de medicamentos agotados llenaba casi una página entera. La auxiliar de farmacia explicaba en tono neutro:

“No lo tenemos. Tal vez la próxima semana”.

Ya no había enojo en su voz. Ni disculpa alguna. Solo una frase repetida demasiadas veces.

En la sala de médicos, el ambiente difería del de años anteriores. No había discusiones clínicas prolongadas ni entusiasmo por nuevos protocolos. Se hablaba más de trámites, de retrasos en los pagos, de colegas que habían renunciado o emigrado. Algunos revisaban ofertas de

trabajo en el extranjero. Otros buscaban turnos adicionales en el sector privado para complementar sus ingresos.

Uno de los médicos de mayor antigüedad miraba la lista de pacientes del día. Sabía que el tiempo asignado por consulta era insuficiente. Sabía que faltaban pruebas diagnósticas. Sabía que el tomógrafo llevaba semanas fuera de servicio.

Había aprendido a ajustar las expectativas.

“Atendamos lo urgente”, solía decir. El resto quedaba pendiente. Siempre quedaba algo pendiente.

Las enfermeras improvisaban soluciones cuando escaseaban los insumos. Reutilizaban los materiales que era permisible reutilizar, reorganizaban los turnos, compartían recursos entre servicios. Lo hacían con profesionalismo, pero también con una suerte de fatiga silenciosa. No era solo agotamiento físico; era erosión moral.

En las reuniones administrativas se hablaba de indicadores, de metas ministeriales, de informes trimestrales. Las cifras debían entregarse a tiempo, incluso cuando el contexto no cooperaba. Las metas no siempre dialogaban con la realidad.

Un día, una madre salió del hospital llorando porque no había cupo para una cirugía que se había programado meses atrás. El médico la escuchó en silencio. No prometió soluciones. Solo dijo:

“Haremos lo que podamos”.

Sabía que lo posible ya no era suficiente.

La prensa publicó un reportaje sobre la crisis del hospital. Se mencionaban las carencias de personal, los equipos averiados y el desabastecimiento crónico de insumos. Hubo declaraciones oficiales que aseguraban que se trabajaba en soluciones estructurales. En los pasillos del hospital, la noticia se leyó con escepticismo.

“Lo de siempre”, comentó alguien.

El desencanto no era estridente. No era protesta constante. Era más profundo: una sensación compartida de que el sistema había dejado de sorprender.

Los profesionales no habían dejado de ser competentes. Tampoco habían abandonado su ética. Pero habían aprendido a trabajar dentro de límites estrechos. A rebajar sus aspiraciones. A protegerse emocionalmente para no frustrarse cada día.

El público también se adaptó. Muchos empezaron a ahorrar para consultas privadas. Otros recurrieron a las redes familiares para conseguir medicamentos. Algunos dejaron de acudir hasta que la enfermedad se volvía grave.

El hospital seguía abierto. Funcionaba. Atendía a los pacientes. Pero algo intangible se había erosionado: la expectativa de mejora.

Y cuando la expectativa de mejora desaparece, la institución no colapsa de inmediato. Sigue operando. Produce estadísticas. Cumple los horarios. Emite informes.

Por dentro, sin embargo, se acomoda a la escasez. Los trabajadores aprenden a no exigir demasiado. Los pacientes aprenden a no esperar demasiado. Las autoridades aprenden a administrar la crisis. No hay colapso visible. Hay adaptación silenciosa.

Y esa adaptación, más que la privación material, es el verdadero punto de inflexión.

Porque cuando la precariedad se normaliza y la resignación se vuelve cultura, la crisis deja de percibirse como transitoria y empieza a formar parte de la identidad institucional.

Ahí empieza el desencanto estructural.

La normalización de la escasez y la erosión moral profesional

El caso narrado más arriba no describe meramente una crisis material, sino un fenómeno más profundo: la normalización progresiva de la escasez. Cuando la falta de insumos, el deterioro tecnológico o las carencias de personal dejan de ser hechos excepcionales y se convierten en una condición estructural, la organización desarrolla mecanismos adaptativos que transforman su cultura interna.

La literatura internacional ha identificado este fenómeno bajo categorías como el “sufrimiento moral” (moral distress) y el “daño moral” (moral injury) entre los profesionales de la salud. La erosión moral se produce cuando los trabajadores conocen el curso clínico de acción apropiado, pero las condiciones institucionales les impiden llevarlo a cabo (Epstein y Hamric, 2009; Morley et al., 2019). Esta disonancia repetida entre lo que debería hacerse y lo que efectivamente puede hacerse produce una erosión progresiva del compromiso.

Este ajuste se expresa en la priorización estricta de lo urgente, la postergación sistemática de las intervenciones no críticas, la simplificación diagnóstica y la reducción del tiempo de consulta: todos ellos comportamientos de adaptación, no de incompetencia.

Estos comportamientos no surgen de la incompetencia, sino de la adaptación a entornos en los que la escasez es estructural. Cuando tal adaptación se consolida culturalmente, sin embargo, la institución corre el riesgo de internalizar estándares de calidad disminuidos.

El desencanto profesional descrito en los reportajes de prensa y en los estudios regionales no debe interpretarse únicamente como fatiga individual. Diversos análisis en América Latina muestran que la combinación de sobrecarga laboral, precarización contractual y déficit de recursos afecta tanto el bienestar psicológico como la percepción

de eficacia profesional (OPS¹⁷, 2022; The Lancet Regional Health–Americas, 2023).

En este contexto, la erosión moral deja de ser un fenómeno individual y adquiere una dimensión organizacional.

Desde el punto de vista de la teoría organizacional, las instituciones sometidas a entornos inestables tienden a desarrollar mecanismos de adaptación incremental. March y Olsen (1989) señalaron que las organizaciones aprenden de su entorno y ajustan sus rutinas para sobrevivir, aun cuando ello no mejore su desempeño.

En los hospitales públicos con déficits persistentes, esta lógica puede conducir a:

- Una gestión reactiva basada en contingencias.
- El cumplimiento formal de metas administrativas sin transformación estructural.
- El ajuste de los estándares internos a las capacidades reales disponibles.

La normalización de la precariedad no implica necesariamente desorganización. Por el contrario, puede producir una forma de estabilidad adaptativa: el sistema aprende a funcionar con lo que hay, y esa misma capacidad de funcionar termina por volver invisible la carencia.

La prensa ecuatoriana y regional ha documentado de manera reiterada el desabastecimiento de insumos, las listas de espera prolongadas y la migración de profesionales hacia el sector privado, fenómenos que rara vez se interpretan como manifestaciones de una misma dinámica institucional.

En América Latina, la fragmentación histórica de los sistemas de salud y la desigualdad en el financiamiento han consolidado entornos en los que la gestión hospitalaria opera de manera permanente al límite de su capacidad.

17 Organización Panamericana de la Salud: la agencia regional de salud pública para las Américas, afiliada a la Organización Mundial de la Salud.

La adaptación, por consiguiente, no es sinónimo de plena resiliencia. Puede convertirse en un mecanismo de conservación del *statu quo*.

Desencanto institucional y legitimidad organizacional

El desencanto descrito en la viñeta tiene una dimensión externa y otra interna. Externamente, los usuarios experimentan frustración ante las demoras, las deficiencias y los obstáculos para acceder a una atención oportuna. Internamente, los profesionales experimentan un desgaste que erosiona su compromiso con la institución.

Desde el punto de vista de la teoría de la legitimidad institucional, las organizaciones públicas dependen no solo de su desempeño técnico, sino de la confianza social que generan. Cuando esa confianza se erosiona, la institución pierde una parte esencial de su capacidad de actuar.

Estudios recientes en la región muestran que la satisfacción de los usuarios en los sistemas públicos de salud está fuertemente influida por la percepción del trato, la disponibilidad de insumos y la continuidad de la atención (OCDE¹⁸ y Banco Mundial, 2023). La erosión de la confianza alimenta narrativas de ineficiencia estructural, amplificadas por los medios de comunicación.

Al mismo tiempo, la desconfianza externa repercute en la identidad profesional. La investigación sociológica indica que, cuando los trabajadores perciben una pérdida de reconocimiento social, su motivación y su sentido de pertenencia se debilitan.

Este proceso no implica un abandono de la ética, sino más bien una reconfiguración defensiva del compromiso.

18 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos: una agrupación de economías en su mayoría de altos ingresos cuyos promedios suelen emplearse como referencia para las comparaciones internacionales.

Un marco interpretativo integrador: la precariedad normalizada como cultura organizacional

Articulando las dimensiones anteriores, puede proponerse un modelo interpretativo con tres niveles interrelacionados:

Nivel estructural

- Subfinanciamiento crónico
- Fragmentación del sistema de salud
- Déficit de recursos humanos

Nivel organizacional

- Gestión reactiva
- Desacoplamiento entre norma y práctica
- Ajuste informal de los estándares

Nivel cultural

- Normalización de la escasez
- Erosión moral profesional
- Desencanto ciudadano

La interacción de estos niveles produce una forma de estabilidad adaptativa que no equivale a una mejora institucional. La institución sigue funcionando, pero lo hace reproduciendo las condiciones de su propia precariedad.

Este marco evita atribuir el problema a individuos aislados y permite comprender el fenómeno como una configuración sistémica compleja.

El riesgo de acostumbrarse

El problema más grave de los hospitales públicos en contextos de precariedad crónica no es únicamente la falta de recursos. Tampoco lo es, de manera aislada, la debilidad administrativa. Es la lenta conversión de la carencia en costumbre.

Cuando la escasez se vuelve cotidiana, deja de percibirse como una anomalía. Cuando la sobrecarga de trabajo se

naturaliza, deja de provocar. Cuando la demora se considera inevitable, deja de exigir explicación.

Esa adaptación, sin embargo, tiene consecuencias estructurales.

La normalización de estándares disminuidos produce una forma de estabilidad institucional que no equivale ni a la calidad ni a la legitimidad. El hospital sigue operando, pero deja de medirse frente a lo que debería ser.

En este escenario, la erosión moral se convierte en cultura organizacional; la resignación, en estrategia de supervivencia; la precariedad, en identidad institucional.

El desencanto no se manifiesta necesariamente en protestas constantes ni en un éxodo masivo e inmediato. Se expresa de maneras más sutiles: en la reducción de la iniciativa clínica, en el repliegue hacia el cumplimiento mínimo, en la pérdida silenciosa del entusiasmo.

Desde el punto de vista de la teoría organizacional y de la sociología institucional, puede sostenerse que la erosión de la legitimidad se produce no solo cuando una institución funciona mal, sino cuando deja de aspirar a funcionar bien.

El hospital no deja de existir, pero deja de aspirar.

Comprender este fenómeno exige abandonar las interpretaciones simplistas que responsabilizan exclusivamente a los individuos o que reducen el análisis a la falta de recursos.

Por esta razón, el desafío de la administración hospitalaria contemporánea no consiste únicamente en restablecer los insumos o estabilizar los presupuestos. Consiste en reconstruir la legitimidad institucional y el sentido del trabajo clínico.

Mientras la adaptación silenciosa siga siendo la principal estrategia de supervivencia, la crisis no será episódica, sino

constitutiva. Una institución que aprende a administrar su propia precariedad sin protesta no ha resuelto su crisis: ha olvidado que está en una.

Ese es el verdadero punto de inflexión.

Las configuraciones institucionales descritas —el hospital burocrático-estatal, el profesional-académico, el de la seguridad social, el hospital caritativo, el de utilidad pública, el privado-comercial, el politizado y el capturado por intereses económicos— no constituyen tipos puros y aislados, sino tendencias que coexisten y se superponen en la práctica. Su análisis conjunto sugiere que los hospitales latinoamericanos operan como **instituciones híbridas**, en las que distintas lógicas organizacionales coexisten e interactúan de manera simultánea.

Esta característica distingue al hospital de muchas otras organizaciones públicas o privadas. Mientras que algunas instituciones están dominadas por una única lógica organizacional coherente, el hospital debe articular varias a la vez, sin que ninguna logre subordinar por completo a las demás.

Desde esta perspectiva, el hospital puede entenderse como un **campo institucional donde convergen cuatro sistemas de autoridad**. El primero corresponde a la burocracia estatal. En los hospitales públicos, las normas administrativas del Estado estructuran aspectos fundamentales del funcionamiento institucional, desde la asignación de recursos hasta los procedimientos de contratación y control.

El segundo sistema de autoridad corresponde al campo profesional de la medicina. Los hospitales dependen del conocimiento especializado de los profesionales de la salud, cuya autoridad se funda en la pericia clínica y no en la posición jerárquica.

El tercer sistema de autoridad se relaciona con las dinámicas políticas que atraviesan las instituciones públicas. En muchos contextos latinoamericanos, los hospitales operan dentro de estructuras en las que las decisiones se ven

influidas por ciclos políticos, nombramientos y prioridades de gobierno.

Por último, el cuarto sistema de autoridad está ligado a las relaciones económicas que conectan al hospital con el mercado de la salud. Los hospitales interactúan de manera constante con proveedores, aseguradores y otros actores económicos cuyos intereses inciden en las decisiones institucionales.

La coexistencia de estos cuatro sistemas de autoridad genera lo que puede denominarse **la estructura institucional híbrida del hospital latinoamericano**. En lugar de operar bajo una única lógica organizacional coherente, el hospital funciona como un espacio en el que distintas racionalidades institucionales se encuentran, se negocian y, con frecuencia, entran en tensión.

Esta característica explica por qué muchos problemas de la administración hospitalaria no pueden comprenderse adecuadamente a través de enfoques gerenciales simplificados. Cuando las reformas ignoran las

tensiones entre la burocracia estatal, la autonomía profesional, las dinámicas políticas y las relaciones económicas, sus efectos tienden a ser limitados o temporales.

Entender el hospital como una institución híbrida permite también explicar la persistencia de fenómenos organizacionales que a menudo desconciertan a las autoridades de salud: la resistencia a las reformas, la brecha entre la norma y la práctica, o la aparición de arreglos informales.

Desde esta perspectiva, la administración hospitalaria no consiste simplemente en aplicar técnicas de gestión o herramientas de planificación estratégica. Más bien, implica **administrar las tensiones institucionales que emergen de la interacción entre las distintas lógicas que estructuran la organización hospitalaria**. La tarea del administrador hospitalario se asemeja menos a la dirección jerárquica

de una empresa y más a la mediación permanente entre distintos centros institucionales de autoridad.

Comprender qué tipo de hospital se está administrando — burocrático, profesional, de la seguridad social, caritativo, de utilidad pública, privado, politizado o capturado— es, por tanto, el primer paso para administrarlo bien.

La gobernanza hospitalaria en América Latina Entre la administración pública y la autonomía profesional

Lo que la gobernanza no gobierna

Un médico recién graduado ha sido destinado, para su año de servicio rural, a un pequeño pueblo de la Amazonía ecuatoriana, en plena selva.

Lleva un mes en el hospital cantonal cuando, una mañana, traen a urgencias a una niña de ocho años.

Ha viajado cuatro horas en canoa para llegar hasta él.

Está solo, con una enfermera tan recién graduada como él. No hay anestesiólogo. No hay cirujano.

La niña está pálida. Sus signos vitales caen. Sospecha una hemorragia intraabdominal.

Pero ¿qué puede hacer sin laboratorio, sin quirófano, sin sangre?

La ambulancia está averiada. El hospital de segundo nivel más cercano está a cuatro horas por carretera.

Los familiares que remaron sin descanso, al ver que nada puede hacerse por la niña, se vuelven contra él. Frustrados, incapaces de comprender lo que ocurre, descargan sus insultos sobre el médico rural.

Él comprende su furia. No tiene nada que oponerle.

En muchos países latinoamericanos, los hospitales rurales constituyen el primer y, a veces, el único punto de acceso a los servicios hospitalarios para poblaciones extensas. Estas instituciones operan en territorios donde la densidad de recursos de salud es significativamente menor que en los centros urbanos. Las limitaciones más frecuentes incluyen la escasez de especialistas médicos, una infraestructura diagnóstica limitada y las dificultades logísticas para el suministro de medicamentos o materiales hospitalarios.

En estos contextos, la administración hospitalaria enfrenta un problema estructural: la necesidad de garantizar la continuidad de la atención en un entorno donde los recursos disponibles no siempre se corresponden con las demandas de salud de la población. La gestión hospitalaria se convierte entonces en un ejercicio constante de priorización institucional.

Una de las dificultades más recurrentes es la retención de los profesionales médicos especializados. Los hospitales rurales tienden a experimentar una alta rotación de personal de salud debido a factores como el aislamiento geográfico, las limitadas oportunidades de desarrollo profesional y las diferencias salariales respecto de los centros urbanos. Ante esta situación, los administradores hospitalarios deben desarrollar estrategias organizacionales orientadas a estabilizar el funcionamiento institucional, entre ellas convenios de cooperación con hospitales de mayor complejidad o mecanismos de teleconsulta que compensen la ausencia de ciertas especialidades.

Otra dimensión crítica de la administración hospitalaria en estos territorios es la relación entre la institución de salud y la comunidad local. En los entornos rurales, el hospital funciona no solo como proveedor de servicios médicos, sino también como una institución social que articula relaciones entre los profesionales de la salud, las autoridades locales y las organizaciones comunitarias. La legitimidad institucional del hospital depende en gran medida de su capacidad de responder a las necesidades de salud del territorio.

Análisis institucional

Esta escena permite observar cómo la administración hospitalaria adquiere características específicas cuando se despliega fuera de los grandes centros urbanos. A diferencia de los hospitales altamente especializados, donde la gestión se orienta principalmente a la optimización de procesos clínicos complejos, en los hospitales rurales la administración debe concentrarse en garantizar la sostenibilidad institucional en condiciones de recursos limitados.

Desde una perspectiva organizacional, estos hospitales funcionan como *instituciones adaptativas*, en las que la flexibilidad administrativa y la capacidad de coordinación territorial se convierten en recursos fundamentales para sostener la prestación de servicios de salud. La administración hospitalaria en estos contextos no puede limitarse a aplicar modelos gerenciales estandarizados, sino que requiere desarrollar soluciones institucionales ajustadas a las características sociales y geográficas del territorio.

Este caso ilustra cómo la gobernanza hospitalaria depende tanto de las capacidades administrativas internas como de la inserción del hospital dentro de redes territoriales de cooperación en salud.

La administración hospitalaria constituye uno de los campos más complejos de la gestión pública contemporánea. A diferencia de otras organizaciones estatales, los hospitales combinan funciones clínicas, científicas y administrativas que dependen de actores institucionales diversos y con frecuencia autónomos. Esta configuración genera desafíos particulares para la gobernanza institucional, especialmente en los contextos latinoamericanos caracterizados por sistemas de salud fragmentados y estructuras estatales heterogéneas.

El concepto de *gobernanza hospitalaria* se ha empleado en la literatura internacional para describir los mecanismos a través de los cuales se toman las decisiones dentro de las instituciones de salud. A diferencia del concepto tradicional de administración, que enfatiza la estructura jerárquica y los

procedimientos administrativos, la noción de gobernanza reconoce que las decisiones hospitalarias emergen de la interacción entre múltiples actores institucionales que poseen distintos recursos de poder (Saltman, Durán y Dubois, 2011).

Las tres tensiones que estructuran la gobernanza hospitalaria —la presión administrativa del Estado, la autonomía profesional médica y las dinámicas políticas y económicas del entorno— reproducen, en el plano del liderazgo institucional, los cuatro sistemas de autoridad descritos en el capítulo anterior. Lo que importa aquí no es redefinirlos, sino examinar cómo los modelos de liderazgo responden a ellos de maneras distintas.

Estas tres tensiones configuran un escenario institucional en el que la gobernanza hospitalaria se convierte en un proceso de negociación permanente entre distintos centros de poder. Los directores de hospital deben equilibrar las demandas administrativas del Estado, las demandas profesionales del cuerpo médico y las presiones externas derivadas del entorno político y económico.

Modelos de liderazgo hospitalario

En respuesta a estas tensiones institucionales, los sistemas de salud latinoamericanos han desarrollado distintos modelos de liderazgo hospitalario. Estos modelos reflejan diferentes maneras de equilibrar las lógicas burocrática, profesional y política que caracterizan al hospital.

Uno de los modelos más difundidos es el *modelo administrativo-burocrático*, en el que el liderazgo hospitalario se integra dentro de las estructuras jerárquicas del sistema de salud. En este modelo, los directores de hospital suelen ser nombrados por las autoridades gubernamentales y actúan como representantes del aparato estatal dentro de la institución. Su función principal consiste en asegurar el cumplimiento de las regulaciones administrativas y en coordinar el funcionamiento institucional conforme a las políticas públicas del sistema de salud.

Un segundo modelo corresponde al *modelo profesional-clínico*, característico de los hospitales universitarios o de las instituciones en las que la autoridad médica tiene un peso significativo en la estructura organizacional. En este tipo de hospital, los directores suelen ser médicos con una trayectoria académica o clínica, y las decisiones institucionales se toman en estrecha relación con los departamentos médicos y las especialidades clínicas.

Un tercer modelo, observado en algunos procesos recientes de reforma de la salud, es el *modelo gerencial*, inspirado en enfoques procedentes de la gestión empresarial. Este modelo busca introducir en la administración hospitalaria herramientas de planificación estratégica, evaluación del desempeño y control por resultados. Aunque ha sido promovido en diversos países como parte de las reformas del sector público, su implementación ha enfrentado dificultades debido a las particularidades institucionales del hospital.

Los límites de las reformas gerenciales

A lo largo de las últimas décadas, muchos sistemas de salud han intentado modernizar la gestión hospitalaria mediante la introducción de modelos gerenciales inspirados en el sector privado. Estas reformas han promovido la adopción de herramientas como indicadores de desempeño, contratos de gestión y sistemas de evaluación institucional.

Numerosos estudios han señalado, sin embargo, que los resultados de estas reformas han sido limitados. Una de las razones principales es que los hospitales no funcionan como las organizaciones empresariales tradicionales. La presencia de profesiones altamente autónomas, la complejidad del trabajo clínico y la dependencia del financiamiento público introducen restricciones institucionales que dificultan la aplicación directa de los modelos de gestión corporativa (Mintzberg, 2012).

Por esta razón, algunos autores han propuesto que mejorar la administración hospitalaria exige enfoques

más amplios que integren las dimensiones institucional, profesional y política. Desde esta perspectiva, la gobernanza hospitalaria debe entenderse como un proceso complejo de coordinación entre distintos actores institucionales, y no como la mera aplicación de herramientas gerenciales.

Gobernanza hospitalaria y complejidad institucional

Si el hospital es, como se ha argumentado, una institución en la que coexisten lógicas burocráticas, profesionales, políticas y económicas, entonces la tarea de quien lo dirige no es eliminar esas tensiones —lo que sería imposible—, sino construir acuerdos institucionales lo bastante estables como para que la atención clínica pueda sostenerse a pesar de ellas.

La tarea del administrador hospitalario consiste, en gran medida, en construir acuerdos institucionales que permitan articular las distintas lógicas presentes en el hospital. Esto implica negociar con los profesionales de la salud, coordinar con las autoridades del sistema de salud, gestionar los recursos económicos y mantener la legitimidad institucional ante la comunidad.

En este sentido, la gobernanza hospitalaria puede entenderse como una forma de *mediación institucional*, en la que la autoridad administrativa no descansa exclusivamente en las jerarquías formales, sino también en la capacidad de construir consensos entre actores con distintos intereses y perspectivas.

Este enfoque permite comprender por qué la administración hospitalaria constituye uno de los campos más complejos de la gestión pública contemporánea. Los hospitales no son simplemente organizaciones técnicas

dedicadas a la prestación de servicios de salud; son instituciones sociales en las que convergen el conocimiento científico, la burocracia estatal, el poder político y las dinámicas económicas.

La economía política del hospital

Financiamiento, mercado de la salud y desigualdad institucional

Incertidumbre clínica y justicia distributiva en sistemas frágiles

Una niña de doce años acude al servicio de urgencias tras seis horas de dolor abdominal, diarrea y fiebre baja después de regresar de la playa. Llega caminando. A primera vista, el cuadro no parece grave.

El médico general la evalúa inicialmente y formula un diagnóstico probable de gastroenteritis aguda. El curso de acción propuesto —hidratación oral y un analgésico— es clínicamente razonable.

La práctica clínica en los servicios de urgencias, sin embargo, rara vez sigue trayectorias lineales.

El médico de urgencias reevalúa a la paciente y detecta un dolor persistente en la fosa ilíaca derecha. Ante esa posibilidad diagnóstica, decide asegurar un acceso venoso y solicita estudios adicionales: hemograma completo, proteína C reactiva, electrolitos, coproparasitario, procalcitonina y una interconsulta quirúrgica.

Desde la perspectiva del cirujano, el cuadro admite otra interpretación. Un porcentaje significativo de los casos de apendicitis puede comenzar con diarrea. Por ello solicita una ecografía abdominal.

La imagen, sin embargo, resulta no concluyente.

Ante esa incertidumbre diagnóstica, se solicita una tomografía.

Entretanto, el residente consulta con infectología. El antecedente de unas vacaciones en la playa introduce otra hipótesis etiológica: una exposición de origen alimentario. Se plantea la posibilidad de una anisakiasis o de una infección parasitaria asociada al consumo de pescado crudo.

El estudio se amplía.

Horas después, el costo total del proceso diagnóstico supera los dos mil dólares. Desde la administración surge, entonces, una pregunta inevitable:

“¿Era necesario?”

Desde la clínica surge otra, igualmente legítima:

“¿Era prudente omitirlo?”

Este episodio no representa un derroche irracional de recursos. Más bien, ilustra una colisión estructural entre dos racionalidades distintas: la incertidumbre clínica prospectiva y la racionalidad presupuestaria retrospectiva.

La ilusión del control absoluto del gasto

Los modelos de presupuestación hospitalaria buscan la previsibilidad (Homauni et al., 2023). Los hospitales, sin embargo, son sistemas de alta variabilidad operativa (Olson et al., 2022). La biología no ofrece estabilidad.

El presupuesto presupone regularidad.

La clínica produce fluctuación.

Cutler¹⁹ (2020) demostró que la innovación tecnológica impulsa el crecimiento del gasto. La disponibilidad inmediata de tomografías, biomarcadores y pruebas moleculares amplía el espectro diagnóstico y reduce la incertidumbre clínica, pero incrementa el costo unitario por episodio.

El control absoluto del gasto es epistemológicamente imposible en entornos de aguda incertidumbre diagnóstica.

Hospitales pobres y justicia distributiva: el caso ecuatoriano

En los sistemas hospitalarios con una restricción estructural de recursos, como ocurre en numerosas instituciones públicas ecuatorianas, el mismo curso clínico de acción que en un hospital de altos ingresos se interpreta como prudencia diagnóstica adquiere una dimensión distinta: se convierte en una decisión redistributiva.

Ecuador destina entre el 8 % y el 9 % de su PIB al gasto en salud, pero el gasto público per cápita continúa siendo significativamente inferior al promedio de la OCDE (Organización Mundial de la Salud, 2023; Banco Mundial, 2023). Su capacidad de absorción presupuestaria es limitada.

En los hospitales con un presupuesto rígido, cada tomografía puede implicar una cirugía postergada, un insumo no repuesto, un paciente desplazado de su cita o un procedimiento no financiado. En economía de la salud, esto se denomina costo de oportunidad²⁰ (Drummond et al., 2021): el recurso que se consume hoy es el recurso que mañana no estará disponible para otro paciente.

La incertidumbre clínica es universal.

La capacidad de absorber su costo no lo es.

19 David Cutler (n. 1965), economista de la salud de la Universidad de Harvard, conocido por sus estudios sobre el peso de la innovación tecnológica en el gasto en salud.

20 En economía, el valor de aquello a lo que se renuncia al emplear un recurso de una manera y no de otra: lo que se gasta hoy en un paciente es lo que mañana no estará disponible para otro.

En los sistemas robustos, la variabilidad diagnóstica se diluye en grandes presupuestos.

En los sistemas frágiles, cada ampliación diagnóstica tensiona el equilibrio operativo. Aquí emerge un dilema más profundo:

En los contextos de relativa abundancia, la pregunta es:

¿Era todo esto necesario?

En los contextos de escasez, la pregunta es:

¿A quién estamos desplazando al hacerlo?

La prudencia clínica individual se transforma en un dilema de justicia distributiva colectiva. La escasez no elimina la incertidumbre médica.

La encarece moralmente.

Fragmentación epistemológica y responsabilidad institucional

Morin²¹ (2008) advirtió que el conocimiento fragmentado produce decisiones parciales sobre realidades complejas. El hospital contemporáneo, estructurado por especialidades, reproduce esta fragmentación.

Cada especialista ve el riesgo clínico.

Nadie ve, de manera simultánea, el riesgo financiero agregado.

No hay mala fe.

Hay una arquitectura organizacional fragmentada.

La solución no radica ni en restringir las pruebas a ciegas ni

21 Edgar Morin (n. 1921), pensador francés; su “pensamiento complejo” advierte que dividir el conocimiento en compartimentos estancos conduce a decisiones deficientes sobre realidades que, en rigor, están interconectadas.

en imponer una austeridad lineal. Tampoco en ignorar los límites presupuestarios.

El hospital no es una fábrica de costos. Es un sistema adaptativo complejo²². En los sistemas complejos, el control absoluto es una ilusión.

Los hospitales públicos latinoamericanos operan en contextos caracterizados por limitaciones presupuestarias, desigualdades territoriales y sistemas de financiamiento fragmentados. A diferencia de algunos sistemas europeos, donde la provisión hospitalaria se articula mediante esquemas relativamente homogéneos de financiamiento público, muchos países latinoamericanos presentan configuraciones institucionales en las que coexisten múltiples mecanismos de financiamiento: presupuestos estatales, seguros sociales, pagos privados y programas específicos de política pública. Esta diversidad de fuentes de financiamiento introduce complejidades administrativas que afectan a la gestión hospitalaria (Giovanella et al., 2012).

En este contexto, la administración hospitalaria está estrechamente ligada a las decisiones macroeconómicas y a la distribución de recursos dentro del sistema de salud. Las restricciones presupuestarias pueden afectar a la disponibilidad de

insumos médicos, la contratación de personal de salud o la capacidad de invertir en infraestructura hospitalaria. Estas limitaciones no son simplemente problemas técnicos de gestión financiera; reflejan decisiones políticas sobre la asignación de los recursos públicos y las prioridades del sistema de salud.

La literatura sobre la economía política de la salud ha señalado que los hospitales ocupan una posición particular dentro de los sistemas de salud. Por un lado, constituyen instituciones fundamentales para la prestación de servicios médicos complejos. Por otro, representan centros de gasto

22 Un sistema compuesto por muchos elementos que interactúan y se ajustan entre sí, de modo que su comportamiento global no puede controlarse ni predecirse por completo desde un único punto.

significativo dentro de los presupuestos nacionales de salud. Esta combinación de centralidad clínica y peso económico convierte al hospital en un actor clave dentro de las disputas por el financiamiento de la salud y la organización del sistema (Savodoff, 2007).

Además de las restricciones presupuestarias, la economía política del hospital también se ve influida por la creciente presencia de mercados de la salud que interactúan con las instituciones hospitalarias. Los hospitales dependen de una amplia red de proveedores externos que incluye a los fabricantes de medicamentos, las empresas de equipamiento médico, las firmas de tecnología sanitaria y los servicios especializados de diagnóstico o tratamiento. Estas relaciones económicas son indispensables para el funcionamiento hospitalario, pero también pueden introducir incentivos que afectan a las decisiones administrativas y clínicas.

Uno de los sectores más influyentes dentro de esta trama económica es la industria farmacéutica. Diversos estudios han documentado cómo las relaciones entre los hospitales, los profesionales médicos y las compañías farmacéuticas pueden influir en los patrones de prescripción de medicamentos, en la adopción de nuevas tecnologías terapéuticas o en las decisiones institucionales sobre la adquisición de insumos médicos (Light, 2010). Estas interacciones no deben interpretarse necesariamente como prácticas irregulares, pero sí reflejan la existencia de relaciones económicas complejas que atraviesan la organización hospitalaria.

Otro elemento central de la economía política del hospital es la desigualdad territorial en la distribución de los recursos de salud. En muchos países latinoamericanos, los hospitales situados en los grandes centros urbanos cuentan con mayores recursos financieros, equipamiento tecnológico más avanzado y acceso a personal especializado. En cambio, los hospitales ubicados en regiones rurales o periféricas enfrentan limitaciones significativas que afectan a su capacidad operativa. Estas desigualdades reflejan patrones

más amplios de desarrollo económico y de distribución territorial de los recursos dentro de los sistemas nacionales de salud (Travassos y Castro, 2008).

La interacción entre el financiamiento público, los mercados de la salud y las desigualdades territoriales configura un entorno institucional complejo para la administración hospitalaria. Los directores de hospital deben tomar decisiones administrativas dentro de este contexto de restricciones económicas y presiones externas, lo que implica equilibrar criterios clínicos, presupuestarios y políticos.

Desde esta perspectiva, la administración hospitalaria no puede comprenderse únicamente como una cuestión de eficiencia organizacional. La gestión hospitalaria está profundamente condicionada por la economía política del sistema de salud, que determina los recursos disponibles, las relaciones con los actores económicos y las desigualdades estructurales que atraviesan el sistema.

La pregunta que deja el caso de la niña de doce años no tiene respuesta técnica. Saber si la tomografía era necesaria exigiría saber cuántos pacientes aguardaban ese mismo recurso ese mismo día, con qué urgencia, con qué probabilidad de beneficio. Esa información nunca está

disponible en el momento de la decisión clínica. Lo que sí puede diseñarse son los marcos institucionales que hagan visible ese costo de oportunidad antes de incurrir en él. Ese es el verdadero problema de la economía política del hospital.

La cultura organizacional del hospital

Normas informales, jerarquías profesionales y prácticas institucionales

La cultura organizacional de no cambio

El hospital no estaba colapsado. Tampoco vacío. Simplemente funcionaba a media capacidad.

A las siete de la mañana, la fila ya bordeaba la acera. Mujeres con niños en brazos, adultos mayores apoyados en bastones, hombres con carpetas gastadas llenas de resultados de exámenes antiguos. La puerta permanecía cerrada mientras, dentro, las luces estaban encendidas.

Cuando por fin se abrió la entrada, el flujo avanzó sin prisa. En la ventanilla, una funcionaria alternaba entre atender a los pacientes y la pantalla de su teléfono móvil. El trámite progresaba con una lentitud constante, casi institucionalizada. Un turno mal impreso obligaba a reiniciar el proceso. Una firma faltante devolvía al paciente al principio. Pequeños errores, repetidos de manera sistemática, se convertían en estructura.

En el área clínica, un consultorio permanecía cerrado aunque el horario indicaba que se prestaba atención. “Está en una reunión” era la explicación habitual. En otro servicio, la búsqueda de una historia clínica demoraba la consulta. Nadie parecía alarmarse.

Ese mismo día ocurrió un evento adverso: se realizó un

procedimiento al paciente equivocado. El protocolo existía. La identificación con pulsera era obligatoria. Sin embargo, cuando la cultura organizacional transmite que las consecuencias son improbables, el riesgo pierde visibilidad.

El incidente generó una reacción solo después de la viralización de un video que revelaba la indiferencia en la atención. Se anunciaron investigaciones y medidas disciplinarias. El problema, sin embargo, no era ni el video ni el error aislado. Era la convicción silenciosa de que el sistema ni premia el esfuerzo de manera consistente ni sanciona la negligencia con previsibilidad.

El hospital no se estaba colapsando; se erosionaba lentamente.

Cultura organizacional y desempeño institucional

La escena descrita no debe interpretarse como una desviación individual. Desde una perspectiva académica, constituye una manifestación de dinámicas estructurales que articulan la cultura organizacional, los incentivos institucionales y el entorno sociopolítico.

La literatura sobre administración hospitalaria señala que el desempeño organizacional depende tanto de los recursos como de la coherencia entre las normas formales y las prácticas informales (Mannion y Davies, 2018; Braithwaite et al., 2017). Cuando las reglas existen, pero su aplicación es inconsistente, emerge lo que Bromley y Powell (2012) describen como desacoplamiento institucional²³: una brecha entre lo que se prescribe normativamente y lo que se practica de manera efectiva.

En los hospitales públicos latinoamericanos, este fenómeno se expresa en protocolos técnicamente adecuados que

²³ 25 La brecha entre lo que una organización dice que hace (sus reglas y protocolos formales) y lo que efectivamente hace en la práctica cotidiana.

coexisten con prácticas informales toleradas. No se trata necesariamente de un desconocimiento técnico, sino de una internalización selectiva de las normas.

Schein²⁴ (2010) define la cultura organizacional como el conjunto de supuestos básicos compartidos que un grupo desarrolla a medida que enfrenta problemas de adaptación e integración. En los hospitales públicos, estos supuestos incluyen percepciones acerca de la autoridad, la responsabilidad y las consecuencias disciplinarias.

Cuando la supervisión se percibe como esporádica y la rendición de cuentas como débil, puede consolidarse una cultura de cumplimiento mínimo, en la que el estándar operativo consiste en evitar sanciones más que en alcanzar la excelencia clínica (Mannion, Konteh y Davies, 2010; Kuhlmann et al., 2019).

Este patrón suele asociarse a la inestabilidad normativa, la rotación frecuente del liderazgo, los procesos disciplinarios prolongados y un vínculo débil entre el desempeño y el reconocimiento institucional.

El comportamiento observado puede interpretarse, por tanto, como una racionalidad contextual. Desde la sociología institucional, North²⁵ (1990) sostiene que las instituciones estructuran los incentivos mediante reglas formales e informales. Cuando las reglas formales carecen de una aplicación consistente, las normas informales adquieren primacía.

En este contexto, los actores desarrollan estrategias orientadas a minimizar los riesgos individuales más que a maximizar los resultados colectivos (Grindle, 2012): aprovechar los vacíos, negociar excepciones, actuar al

24 26 Edgar Schein (1928-2023), psicólogo organizacional estadounidense; definió la cultura de una organización como el conjunto de supuestos compartidos, a menudo invisibles, que guían el modo de actuar de sus miembros.

25 Douglass North (1920-2015), economista estadounidense y premio Nobel; mostró que las “instituciones” —las reglas formales e informales de una sociedad— moldean los incentivos y, con ellos, el comportamiento de las personas.

margen del sistema como una racionalidad adaptativa frente a la imprevisibilidad del mérito y de la sanción.

No se trata de justificar el comportamiento, sino de comprender su inserción estructural.

Los sistemas hospitalarios requieren mecanismos claros de rendición de cuentas horizontal y vertical (Saltman et al., 2011). Cuando la corrección institucional depende de la presión mediática y no de los indicadores internos, la gestión se vuelve reactiva.

Los hospitales con culturas de alto desempeño se caracterizan por la coherencia entre la norma y la consecuencia, la retroalimentación constante y un liderazgo estable (West et al., 2015; Leggat y Balding, 2013). En ausencia de estas condiciones, la organización tiende hacia una mediocridad estructural.

No obstante, factores como la precarización laboral y la erosión profesional también influyen en la cultura institucional (Kuhlmann y Bourgeault, 2018).

El problema no es exclusivo del Ecuador. Las reformas hospitalarias en Colombia, el Perú y Bolivia muestran patrones similares de autonomía formal con debilidad en la supervisión efectiva (Bossert y Mitchell, 2011; Vargas et al., 2016; Rodríguez et al., 2020).

Estudios en el Perú evidencian la persistencia de redes informales en la gestión hospitalaria (Alfaro y Rivas, 2019), mientras que en Bolivia se describen tensiones entre la regulación centralizada y la capacidad local de control (Gutiérrez y García, 2018).

Estos hallazgos sugieren configuraciones estructurales regionales ligadas a las trayectorias históricas del Estado.

La cultura organizacional del hospital está imbricada en la cultura política nacional (Peters, 2010). Cuando la confianza institucional es baja, el cumplimiento de las normas tiende a volverse instrumental (Brinks et al., 2020).

En tales contextos, la ética profesional puede oscilar entre el compromiso genuino y la adaptación pragmática.

Los hospitales funcionan como sistemas adaptativos complejos (Plsek y Greenhalgh, 2001). Intervenir únicamente sobre un componente —como el control disciplinario— sin considerar las interdependencias culturales e históricas puede generar efectos imprevistos.

Desde esta perspectiva, la administración hospitalaria implica no solo diseñar estructuras organizacionales eficientes, sino también comprender las dinámicas culturales que moldean el funcionamiento cotidiano de la institución. Los administradores hospitalarios deben transitar entre las normas formales e informales, negociar con jerarquías profesionales consolidadas y construir mecanismos de coordinación que permitan integrar las distintas culturas profesionales presentes dentro del hospital.

Corrupción, informalidad y prácticas institucionales en el hospital

Entre la fragilidad institucional y la economía moral de la organización

El comité de administración del hospital se reúne en sesión extraordinaria.

El orden del día es breve y delicado: entrevistar a un cirujano denunciado por el familiar de un paciente por presuntos cobros indebidos.

El cirujano entra con confianza.

Antes de que se le formule pregunta alguna, toma la palabra.

Recuerda que buena parte del prestigio quirúrgico del hospital se debe a su trabajo. Enumera cirugías complejas, intervenciones exitosas, premios recibidos. Luego, en un tono más sutil, observa que las autoridades del hospital no se nombran en el vacío: alude a vínculos políticos, a influencias externas, a redes de poder.

Entonces desplaza el eje:

“¿Por qué se me toma como chivo expiatorio?”

“¿No hay cobros indebidos en la caja y en la farmacia?” “¿No se venden citas por veinte dólares a adultos mayores que no consiguen una?”

“¿No hay colegas que bloquean la agenda, operan en clínicas privadas y luego regresan al hospital?”

“¿No se ingresan aquí pacientes complicados de la práctica privada?”

Un silencio incómodo llena la sala.

La queja individual se transforma en una radiografía sistémica. dasf

Apostilla editorial

Esta viñeta no busca normalizar prácticas cuestionables. Más bien, ilustra cómo los actores institucionales navegan entornos caracterizados por la escasez, la incertidumbre y una débil capacidad organizacional.

La corrupción como fenómeno sistémico

La literatura internacional define la corrupción en salud como el uso indebido del poder confiado para beneficio privado (Transparency International, 2019). En los entornos hospitalarios, sin embargo, la corrupción adopta formas más complejas que el soborno explícito.

Este capítulo sostiene que la corrupción hospitalaria rara vez es un fenómeno aislado. Es el resultado de una captura institucional progresiva, de la fragmentación de las responsabilidades y de una gobernanza débil. Combatirla exige más que sanciones individuales: requiere un rediseño estructural de los incentivos, transparencia operativa y un liderazgo ético activo.

No todas las prácticas informales son corruptas; pero algunas formas de informalidad pueden crear las condiciones que facilitan la corrupción. La distinción importa, pues separa las adaptaciones cotidianas mediante las cuales las instituciones con personal insuficiente siguen funcionando de las prácticas que erosionan su integridad.

Puede manifestarse como:

- Cobros informales.
- Manipulación de las listas de espera.

- Derivación estratégica hacia la práctica privada.
- Bloqueo deliberado de la agenda.
- Uso selectivo de los recursos públicos.
- Captura política de los nombramientos.

Formas de corrupción en los entornos hospitalarios

Tipo	Ejemplo	Consecuencia principal
Administrativa	Manipulación de las adquisiciones	Desvío de recursos
Política	Nombramientos clientelares	Reducción de la capacidad
Financiera	Facturación fraudulenta	Pérdida fiscal
Clínica	Pagos informales	Acceso inequitativo
Organizacional	Aplicación selectiva de las reglas	Erosión de la confianza

Savedoff y Hussmann (2006) advirtieron que los sistemas de salud son particularmente vulnerables a la corrupción debido a tres factores estructurales: la asimetría de información entre profesionales y pacientes, la discrecionalidad profesional en la toma de decisiones clínicas y la dificultad de supervisar de manera exhaustiva el uso de los recursos de salud.

El cirujano no niega explícitamente el cargo. Desplaza la acusación hacia la cultura institucional. Esa reacción revela un fenómeno más profundo: la normalización moral de la desviación.

Hannah Arendt²⁶ (1963) describió cómo los sistemas burocráticos pueden trivializar actos graves bajo la apariencia de la rutina. En los hospitales con debilidad institucional, las pequeñas irregularidades pueden transformarse en práctica aceptada.

Las justificaciones que circulan en estos entornos son siempre las mismas: “siempre se ha hecho así”, “es un

26 Hannah Arendt (1906-1975), filósofa política alemana. Su noción de la “banalidad del mal” describe cómo las estructuras burocráticas pueden volver rutinarios —y, por ello, invisibles— actos graves.

complemento del salario”, “el sistema te obliga”, “todos lo hacen”. Cada una es una microdesviación racionalizada como excepción necesaria.

La corrupción hospitalaria rara vez comienza con grandes desfalcos. Comienza con microdesviaciones justificadas como excepciones necesarias.

El estudio de la corrupción en el sector de la salud se ha abordado tradicionalmente desde perspectivas jurídicas o administrativas que la definen como una desviación del comportamiento esperado dentro de las instituciones públicas. Desde esta perspectiva, la corrupción se entiende como el uso indebido de los recursos públicos o de la autoridad institucional para obtener beneficios privados. Aunque esta definición es útil para identificar conductas ilegales, su alcance analítico es limitado cuando se intenta comprender cómo ciertas prácticas irregulares se desarrollan y persisten dentro de organizaciones complejas como los hospitales.

Argumento clave

Los individuos no ingresan en vacíos institucionales. Ingresan en sistemas de prácticas heredadas, expectativas y rutinas adaptativas. Los actores a menudo heredan prácticas antes de heredar responsabilidades formales; comprender la corrupción exige, por tanto, comprender las instituciones.

Los hospitales constituyen instituciones en las que convergen múltiples sistemas de autoridad —burocrático, profesional, político y económico— y en las que la gestión cotidiana de recursos escasos exige decisiones rápidas y, a veces, improvisadas. En este contexto, la línea que separa las prácticas administrativas formales de las soluciones informales puede volverse difusa. La literatura sobre gobernanza en salud ha señalado que los sistemas de salud presentan condiciones particularmente propicias para la aparición de prácticas informales debido a la combinación de tres factores estructurales: la asimetría de información

entre profesionales y pacientes, la discrecionalidad profesional en la toma de decisiones clínicas y la dificultad de supervisar de manera exhaustiva el uso de los recursos de salud (Savedoff y Hussmann, 2006).

En América Latina, estos factores se ven con frecuencia amplificados por debilidades institucionales más amplias que afectan a la administración pública. Los sistemas regulatorios incompletos, las limitaciones en los mecanismos de supervisión y las desigualdades en la distribución de los recursos de salud pueden crear entornos en los que las prácticas informales emergen como estrategias pragmáticas para resolver problemas operativos. En estos contextos, ciertas prácticas que desde una perspectiva normativa podrían considerarse irregulares pueden ser percibidas por los actores institucionales como mecanismos necesarios para garantizar el funcionamiento cotidiano del hospital.

Muchas prácticas comúnmente interpretadas como corrupción emergen dentro de entornos institucionales ya moldeados por la escasez, la gobernanza fragmentada y culturas organizacionales arraigadas: las mismas condiciones examinadas, respectivamente, en los capítulos sobre la escasez normalizada, la gobernanza, la economía política y la cultura organizacional.

Este fenómeno ha sido analizado por algunos autores a través del concepto de *economía moral institucional*²⁷, que permite examinar cómo las organizaciones desarrollan normas implícitas que orientan el comportamiento de sus miembros en situaciones donde las reglas formales resultan insuficientes para resolver problemas prácticos. En el hospital, estas normas pueden manifestarse de formas diversas, como arreglos informales para gestionar el desabastecimiento de insumos, redes personales que facilitan el acceso a los recursos o prácticas administrativas flexibles que buscan acelerar los procesos burocráticos (Thompson, 1971; Fassin, 2009).

27 Un concepto del historiador E. P. Thompson: el conjunto de normas y expectativas compartidas sobre lo que es justo, que una comunidad aplica aun cuando no figuren en ninguna ley ni reglamento.

Caja conceptual — La economía moral del hospital

La economía moral del hospital alude al conjunto de creencias compartidas sobre lo que constituye una asignación justa, legítima o aceptable de los recursos en condiciones de escasez. Moldea:

- la cooperación informal
- las decisiones de priorización
- las obligaciones recíprocas
- las percepciones de legitimidad.

Es importante subrayar que la existencia de estas prácticas no implica necesariamente una aceptación generalizada de la corrupción dentro de las instituciones hospitalarias. Más bien, refleja la complejidad de los entornos organizacionales en los que los profesionales de la salud deben equilibrar obligaciones éticas, restricciones institucionales y demandas de atención urgentes. En muchos casos, los actores hospitalarios pueden experimentar tensiones entre su compromiso profesional con la atención del paciente y las limitaciones estructurales del sistema de salud.

Aclaración editorial — explicaciones estructurales y responsabilidad individual

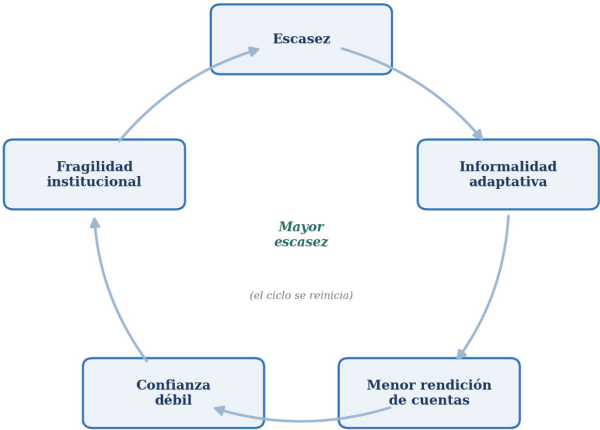
Las explicaciones estructurales no eliminan la responsabilidad individual. Más bien, ayudan a explicar por qué ciertas prácticas persisten pese a los repetidos esfuerzos de reforma.

No obstante, cuando estas prácticas informales se consolidan y se reproducen a lo largo del tiempo, pueden generar efectos institucionales problemáticos. La normalización de los arreglos informales puede debilitar los mecanismos formales de gobernanza hospitalaria, introducir desigualdades en el acceso a los servicios de salud y erosionar la confianza pública en las instituciones de salud. En situaciones más extremas, estas dinámicas

pueden facilitar la aparición de redes de corrupción más estructuradas que involucran a múltiples actores dentro y fuera del hospital.

Ciclo de fragilidad institucional

Un bucle que se retroalimenta



El análisis de estas dinámicas requiere una perspectiva que vaya más allá de la identificación de las conductas individuales. La corrupción hospitalaria debe entenderse como un fenómeno institucional que emerge dentro de configuraciones específicas de poder, recursos y normas organizacionales. Comprender estas configuraciones permite analizar por qué ciertas prácticas aparecen en ciertos contextos y por qué los esfuerzos puramente normativos o punitivos tienden a tener efectos limitados cuando no se acompañan de transformaciones institucionales más amplias.

En este sentido, el estudio de la corrupción y la informalidad hospitalarias está estrechamente ligado a la gobernanza del sistema de salud. Fortalecer la transparencia administrativa, mejorar los sistemas de supervisión y garantizar condiciones

laborales adecuadas para los profesionales de la salud son elementos importantes para reducir los incentivos que favorecen las prácticas irregulares. Estas medidas, sin embargo, deben acompañarse de una comprensión más profunda de las dinámicas organizacionales que moldean el funcionamiento cotidiano del hospital.

Lo que el cirujano ante el comité demostró sin proponérselo es que la corrupción hospitalaria no se combate señalando al individuo que se desvía: se combate rediseñando las condiciones que hacen de la desviación una estrategia racional. Mientras el sistema no premie el esfuerzo ni sancione la negligencia con previsibilidad, la escena ante el comité se repetirá con distintos actores y el mismo silencio incómodo al final.

La corrupción no puede entenderse únicamente como el producto de la mala conducta individual, ni puede reducirse a un problema de diseño institucional. Emerge en la intersección de los incentivos, las culturas organizacionales, los arreglos de gobernanza y las expectativas morales.

La reforma sostenible exige, por tanto, algo más que vigilancia y sanciones; exige instituciones capaces de generar legitimidad, rendición de cuentas y confianza. La corrupción, en última instancia, no es solo un problema de personas: es también, e inevitablemente, un problema de instituciones.

La crisis contemporánea y el futuro del hospital

Transformaciones demográficas, presión tecnológica y sostenibilidad institucional

Hospital, riesgo y desplazamiento moral en contextos frágiles

La puerta de la sala de urgencias se abrió con violencia.

No fue un gesto deliberadamente dramático, sino la reacción inmediata ante una situación clínica crítica. En cuestión de segundos, la atmósfera cambió: un adolescente de dieciséis años fue ingresado en una camilla, pálido, sudoroso, con el abdomen rígido y signos inequívocos de choque hemorrágico. La herida de bala era reciente. Su presión arterial descendía progresivamente, mientras su frecuencia cardíaca aumentaba en un intento fisiológico de compensación. Su saturación de oxígeno comenzaba a deteriorarse.

En este tipo de escenario, el tiempo quirúrgico deja de ser una variable organizacional y se convierte en una frontera clínica.

El diagnóstico presuntivo era clínicamente claro: trauma abdominal penetrante con inestabilidad hemodinámica. La indicación terapéutica lo era igualmente: laparotomía exploratoria urgente.

Desde un punto de vista estrictamente clínico, la secuencia de decisiones parecía evidente. En el pasillo, sin embargo, comenzó a circular otra palabra.

“Código plata.”

La sospecha de un riesgo externo —la posible presencia de actores armados, represalias o un enfrentamiento— generó una tensión inmediata dentro del equipo. El cirujano manifestó que no podía emprender el procedimiento bajo ese contexto de seguridad incierta. Minutos después, el quirófano dejó de estar disponible.

Formalmente, la justificación fue técnica. Desde la unidad de cuidados intensivos se ingresó a un paciente con insuficiencia renal crónica e insuficiencia cardíaca funcional de clase IV para un cambio de catéter. En apariencia, la decisión respondía a criterios clínicos.

Sin embargo, el episodio revela algo más profundo que una simple reorganización operativa. El adolescente seguía inestable.

El adolescente seguía inestable.

A lo largo de buena parte del siglo XX, el hospital se consolidó como la institución central de los sistemas de salud modernos. La expansión de la medicina científica, el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas y la profesionalización de las especialidades médicas transformaron al hospital en el escenario principal de la atención médica compleja. En las primeras décadas del siglo XXI, sin embargo, numerosos analistas han comenzado a señalar que esta institución enfrenta una serie de tensiones estructurales que ponen en cuestión su modelo organizacional tradicional.

Una de las transformaciones más relevantes se asocia al cambio demográfico global. El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población han modificado profundamente el perfil epidemiológico de las sociedades contemporáneas. Las enfermedades infecciosas que dominaron buena parte de la historia de la medicina han sido reemplazadas progresivamente por las enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades

cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y los trastornos neurodegenerativos. Estas patologías requieren atención médica prolongada, seguimiento continuo y coordinación entre los distintos niveles del sistema de salud, lo que plantea desafíos significativos para un modelo hospitalario originalmente diseñado para intervenciones agudas y episodios clínicos relativamente breves (Organización Mundial de la Salud, 2018).

A este cambio epidemiológico se suma el impacto de la innovación tecnológica en la medicina. El desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas, tratamientos farmacológicos avanzados, dispositivos médicos sofisticados y técnicas quirúrgicas altamente especializadas ha ampliado de manera extraordinaria las capacidades terapéuticas de los hospitales. Estas innovaciones, sin embargo, también han incrementado considerablemente los costos del sistema de salud. El equipamiento de imagenología médica de alta complejidad, las terapias biotecnológicas y las intervenciones quirúrgicas mínimamente invasivas requieren inversiones financieras significativas que tensionan los presupuestos hospitalarios.

La literatura sobre economía de la salud ha señalado que el sector de la salud presenta una tendencia estructural al crecimiento del gasto, un fenómeno conocido como *enfermedad de los costos*²⁸. A diferencia de otros sectores económicos, donde la productividad puede aumentar mediante la automatización o las economías de escala, muchos procesos de atención médica continúan dependiendo de la interacción directa entre los profesionales de la salud y los pacientes. Esto limita la capacidad de reducir los costos a través de los mecanismos tradicionales de eficiencia productiva y contribuye al aumento sostenido del gasto en salud (Baumol, 2012).

Otro factor relevante en la crisis contemporánea del hospital es la fragmentación institucional de los sistemas de salud.

28 La tendencia estructural del gasto en salud a crecer porque la atención médica depende del tiempo humano y no puede automatizarse como una fábrica.

En numerosos países, especialmente en América Latina, los hospitales forman parte de sistemas de salud en los que coexisten múltiples subsistemas de financiamiento y de provisión de servicios. El sector público, los seguros sociales, los aseguradores privados y los prestadores independientes operan dentro del mismo espacio institucional, lo que genera problemas de coordinación entre los distintos niveles de atención.

Esta fragmentación dificulta la continuidad de la atención médica y puede producir duplicación de servicios, desigualdades en el acceso a los tratamientos especializados y la sobrecarga de ciertos hospitales que

funcionan como centros de referencia para grandes poblaciones. La administración hospitalaria debe operar dentro de este complejo entorno institucional, donde la coordinación interinstitucional se convierte en un desafío permanente (Giovannella et al., 2012).

La crisis contemporánea del hospital se manifiesta también en el ámbito laboral. Los profesionales de la salud enfrentan condiciones de trabajo cada vez más exigentes debido al aumento de la demanda de atención, la complejidad tecnológica de los procedimientos médicos y la presión administrativa asociada a los sistemas de control de calidad y de evaluación del desempeño. Diversos estudios han documentado altos niveles de *desgaste profesional*²⁹ entre médicos y enfermeras, un fenómeno que afecta tanto al bienestar del personal de salud como a la calidad de la atención médica (Shanafelt et al., 2015).

Estos desafíos estructurales han llevado a muchos sistemas de salud a repensar el papel del hospital dentro de la organización general de la atención de salud. En lugar de constituir el centro exclusivo del sistema, algunos modelos contemporáneos buscan integrar el hospital dentro de redes de atención más amplias que incluyen servicios ambulatorios, centros de atención primaria y programas

29 Desgaste profesional: un estado de agotamiento físico y emocional causado por el estrés laboral crónico, especialmente frecuente entre el personal de salud.

de salud comunitaria. Este enfoque, conocido como redes integradas de atención, procura mejorar la coordinación entre los distintos niveles del sistema de salud y reducir la presión sobre los hospitales mediante estrategias de prevención y tratamiento temprano de la enfermedad (Mendes, 2011).

La implementación de estos modelos, sin embargo, enfrenta desafíos significativos, especialmente en los contextos institucionales donde los sistemas de salud presentan fragmentación administrativa, desigualdades territoriales y limitaciones de financiamiento. En muchos países latinoamericanos, los hospitales continúan funcionando como el principal punto de acceso a los servicios médicos complejos, lo que refuerza su centralidad dentro del sistema de salud a pesar de las limitaciones estructurales que enfrentan.

La crisis contemporánea del hospital no es un episodio transitorio: es la manifestación de un desajuste estructural entre un modelo institucional diseñado para el siglo XX y unas necesidades de salud propias del siglo XXI. El hospital no está fracasando; está siendo desbordado por transformaciones que ninguna reforma gerencial aislada puede resolver.

Si la crisis contemporánea describe las presiones que tensionan al hospital por dentro y por fuera, la pregunta que sigue es necesariamente prospectiva: qué formas institucionales adoptará el hospital al responder a ellas. Las transformaciones hoy en discusión no sugieren la desaparición del hospital, sino su reinención.

El futuro del hospital

La discusión sobre el futuro del hospital ha ocupado un lugar creciente en la literatura internacional sobre los sistemas de salud. Desde finales del siglo XX, diversos autores han señalado que el modelo hospitalario tradicional —centrado en la atención de episodios agudos dentro de instituciones altamente especializadas— enfrenta presiones

estructurales que podrían modificar profundamente su organización institucional. Estas presiones provienen de múltiples fuentes: transformaciones tecnológicas, cambios demográficos, nuevas formas de organizar la atención y debates sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

Uno de los factores más influyentes en estas transformaciones es el desarrollo de las *tecnologías digitales aplicadas a la medicina*. La expansión de los sistemas de información clínica, la telemedicina, el monitoreo remoto de los pacientes y el análisis de grandes volúmenes de datos médicos están modificando la manera en que se organizan los procesos de diagnóstico y tratamiento. Estas tecnologías permiten que ciertas actividades clínicas que antes requerían hospitalización se lleven a cabo en entornos ambulatorios o incluso en el domicilio del paciente.

El desarrollo de estas herramientas ha dado lugar a la idea del *hospital sin muros*, un concepto que describe modelos de atención en los que la institución hospitalaria se integra con redes de atención comunitaria, servicios domiciliarios y plataformas digitales de seguimiento clínico. En lugar de concentrar todas las actividades médicas dentro de un edificio hospitalario, estos modelos buscan distribuir la atención de salud entre distintos espacios institucionales conectados entre sí mediante sistemas de información (Topol, 2019).

La adopción de estas innovaciones tecnológicas, sin embargo, no elimina la necesidad de los hospitales. Las intervenciones quirúrgicas complejas, los tratamientos intensivos y numerosas formas de atención especializada seguirán requiriendo infraestructura hospitalaria avanzada. Antes que desaparecer, el hospital parece estar atravesando un proceso de redefinición institucional, en el que sus funciones se concentran progresivamente en actividades clínicas de alta complejidad, mientras otras formas de atención se desplazan hacia niveles más descentralizados del sistema de salud.

Otra tendencia relevante es la creciente importancia de la atención primaria y la medicina comunitaria dentro de la organización de los sistemas de salud. Numerosos estudios han demostrado que los sistemas de salud con una base sólida de atención primaria logran mejores resultados en la salud poblacional y utilizan los recursos hospitalarios de manera más eficiente. En este contexto, algunos modelos de reforma de la salud buscan reducir la centralidad del hospital dentro del sistema y fortalecer las redes territoriales de atención capaces de prevenir la enfermedad y gestionar las condiciones crónicas antes de que requieran hospitalización (Starfield, Shi y Macinko, 2005).

Estas transformaciones plantean preguntas importantes para la administración hospitalaria. Si el hospital deja de ser el centro único del sistema de salud, su gobernanza institucional tendrá que adaptarse a nuevas formas de coordinación con los demás niveles de atención. Los directores de hospital tendrán que gestionar no solo una organización interna compleja, sino también participar en redes institucionales más amplias que integren los servicios comunitarios, los centros de atención primaria y los programas de salud pública.

La reorganización del hospital también se ve influida por los debates sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. El aumento del gasto en salud en numerosos países ha llevado a los gobiernos y a los organismos internacionales a buscar estrategias que permitan controlar los costos sin comprometer la calidad de la atención médica. Estas estrategias incluyen cambios en los mecanismos de financiamiento hospitalario, incentivos para reducir las hospitalizaciones innecesarias y programas de gestión clínica orientados a mejorar la eficiencia institucional.

La introducción de reformas de control de costos, sin embargo, puede generar tensiones con los objetivos clínicos del hospital. Los profesionales de la salud tienden a percibir estas reformas como intentos de limitar la autonomía médica o de subordinar las decisiones clínicas a criterios económicos. La gobernanza hospitalaria del futuro tendrá

que encontrar maneras de equilibrar estas preocupaciones, reconociendo tanto la necesidad de sostenibilidad financiera como la centralidad del juicio clínico en la práctica médica.

Por último, el futuro del hospital también está ligado a las transformaciones culturales dentro de la medicina. Los pacientes contemporáneos participan cada vez más activamente en las decisiones sobre su propia atención, y las instituciones de salud enfrentan mayores exigencias de transparencia, calidad y responsabilidad social. Estas expectativas están redefiniendo la relación entre los hospitales y las comunidades, y obligan a las instituciones de salud a desarrollar nuevas formas de comunicación y participación ciudadana.

En este escenario, el hospital del futuro no será simplemente una versión tecnológicamente avanzada del hospital del siglo XX. Más bien, se perfila como una institución inserta en complejas redes de atención de salud, donde la coordinación entre distintos actores —profesionales de la salud, administradores, autoridades públicas y pacientes— será cada vez más importante para garantizar la calidad y la sostenibilidad del sistema de salud.

El hospital del siglo XXI no desaparecerá, pero tendrá que renunciar a ser el eje exclusivo del sistema de salud. Su valor futuro residirá menos en su capacidad de concentrar todos los recursos médicos bajo un mismo techo y más en su habilidad para coordinar, desde una posición de alta complejidad, las redes de atención que lo rodean. Ese desplazamiento —de centro a nodo— es el verdadero desafío de la gobernanza hospitalaria contemporánea.

El hospital como institución híbrida

Hacia una teoría crítica de la administración hospitalaria

Los capítulos precedentes han construido, a través de la tipología, el análisis de la gobernanza, la economía política y la etnografía organizacional, una imagen del hospital radicalmente distinta de la que suponen los manuales de gestión: no una máquina optimizable, sino un campo en el que cuatro sistemas de autoridad —la burocracia, la profesión médica, la política y el mercado— negocian de manera permanente su preeminencia. Resta extraer las consecuencias de esa imagen para quienes lo administran. La noción de hospital híbrido se introdujo ya al cierre del capítulo III, donde sirvió para nombrar la coexistencia de varias lógicas institucionales dentro de una misma organización. Lo que aquel capítulo enunció de pasada, este lo desarrolla por completo: aquí la condición híbrida deja de ser una observación de cierre para convertirse en la idea organizadora, examinada por lo que implica para el trabajo cotidiano de quienes gestionan la institución.

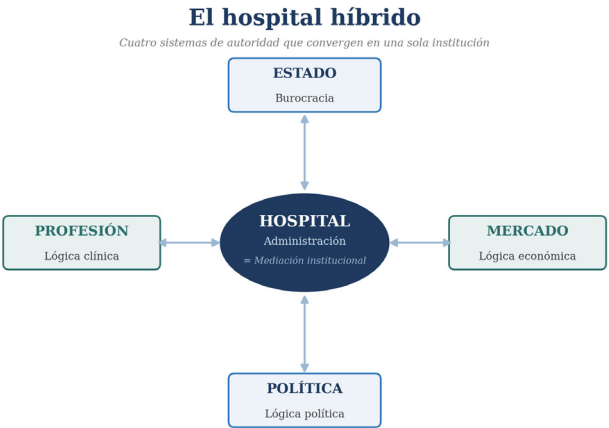
La noción de hospital híbrido se introdujo en el capítulo III como una hipótesis interpretativa. Los capítulos precedentes han demostrado progresivamente sus implicaciones empíricas a través de los análisis de la gobernanza, la economía política, la cultura organizacional, la fragilidad institucional y la transformación contemporánea.

A lo largo de los capítulos precedentes se ha mostrado que el hospital no constituye meramente una organización administrativa orientada a la prestación de servicios médicos. Más bien, es una compleja institución social en la que convergen múltiples sistemas de autoridad y diferentes

racionalidades organizacionales. Estas racionalidades se originan en campos institucionales distintos: la burocracia estatal, la profesión médica, las dinámicas políticas del sistema de salud, los mercados del sector de la salud y las prácticas organizacionales informales que emergen en la gestión cotidiana del hospital.

El resultado de esta convergencia es una institución híbrida, caracterizada por la coexistencia de estructuras administrativas formales y procesos informales de coordinación que configuran el funcionamiento real de la organización hospitalaria. Comprender la administración hospitalaria exige reconocer esta condición híbrida y analizar cómo interactúan las distintas lógicas institucionales que atraviesan el hospital.

Figura 1. El hospital híbrido: la administración hospitalaria como mediación institucional de cuatro sistemas de autoridad convergentes.



Parte I. Los cuatro sistemas de autoridad

La burocracia estatal y la regulación institucional

En numerosos países, especialmente en los sistemas de salud con una fuerte presencia del sector público, los hospitales forman parte del aparato institucional del Estado. En estos contextos, la organización hospitalaria está regulada por marcos administrativos que buscan garantizar la transparencia en el uso de los recursos públicos, la equidad en el acceso a los servicios de salud y el cumplimiento de los estándares normativos definidos por las autoridades nacionales de salud.

Estas estructuras burocráticas cumplen funciones importantes en la gobernanza del sistema de salud, pero también introducen limitaciones operativas en el funcionamiento hospitalario. Los procedimientos administrativos complejos, los procesos de contratación prolongados y las estructuras jerárquicas rígidas pueden dificultar la capacidad de la institución de responder a las necesidades clínicas urgentes. La administración hospitalaria debe operar entonces dentro de un entorno regulatorio que simultáneamente protege el interés público y limita la flexibilidad organizacional.

La profesión médica como sistema de autoridad

A diferencia de muchas organizaciones burocráticas tradicionales, el hospital depende profundamente del conocimiento especializado de profesionales de la salud altamente capacitados. La práctica médica se funda en la autonomía profesional y en el ejercicio del juicio clínico, lo que introduce una forma particular de autoridad dentro de la organización hospitalaria.

Los médicos no actúan simplemente como empleados dentro de una estructura jerárquica administrativa; su autoridad deriva de su dominio del conocimiento científico y de su responsabilidad directa en la toma de decisiones clínicas. Esta autonomía profesional puede generar tensiones con los objetivos administrativos de eficiencia

organizacional o de control de costos, especialmente cuando las decisiones clínicas implican el uso intensivo de los recursos hospitalarios.

La administración hospitalaria debe transitar constantemente por estas tensiones, reconociendo la centralidad del conocimiento médico sin perder la capacidad de coordinar el funcionamiento institucional del hospital.

El hospital como institución política

Los hospitales están también insertos en contextos políticos más amplios que influyen en su gobernanza institucional. Las decisiones sobre el financiamiento hospitalario, la asignación de los recursos de salud o el nombramiento de las autoridades del hospital suelen depender de procesos políticos que trascienden la organización hospitalaria.

En muchos sistemas de salud, los hospitales públicos operan dentro de estructuras en las que las autoridades gubernamentales ejercen una influencia directa sobre el liderazgo institucional. Esta relación puede producir inestabilidad administrativa cuando los cambios políticos se traducen en una rotación frecuente del liderazgo hospitalario o en redefiniciones abruptas de las prioridades institucionales.

La dimensión política del hospital, sin embargo, también puede facilitar el acceso a los recursos y fortalecer la relación entre la institución hospitalaria y las comunidades a las que sirve. La administración hospitalaria debe desarrollar capacidades para operar dentro de estos complejos entornos políticos, equilibrando las demandas institucionales y las expectativas sociales.

Parte II. Informalidad y economía moral

Los mercados de la salud y las relaciones económicas

El hospital forma parte de redes económicas que conectan a las instituciones de salud con actores del mercado del sector. Las compañías farmacéuticas, los fabricantes de tecnología médica, los aseguradores y los proveedores de insumos hospitalarios interactúan de manera constante con las instituciones hospitalarias.

Estas relaciones económicas pueden influir en las decisiones administrativas relacionadas con la adquisición de equipamiento médico, la selección de tratamientos farmacológicos o la adopción de tecnologías diagnósticas. Cuando los mecanismos regulatorios institucionales son débiles, estas interacciones pueden generar conflictos de interés o distorsiones en las prioridades de salud.

La administración hospitalaria debe gestionar estas relaciones económicas manteniendo la autonomía institucional del hospital y priorizando los objetivos clínicos y de salud por encima de los intereses comerciales.

Prácticas informales y economía moral institucional

Por último, el funcionamiento cotidiano del hospital revela la existencia de prácticas informales que complementan las estructuras formales de la gobernanza institucional. Estas prácticas emergen cuando los procedimientos administrativos establecidos no responden con la rapidez suficiente a las necesidades clínicas o cuando las limitaciones estructurales del sistema de salud obligan a los actores hospitalarios a buscar soluciones alternativas.

Los profesionales de la salud y los administradores desarrollan redes de cooperación informal que facilitan el acceso a los recursos médicos, aceleran los procesos administrativos o coordinan las transferencias de pacientes entre instituciones. Estas prácticas pueden interpretarse como expresiones de una economía moral institucional, en la que los actores hospitalarios justifican ciertas acciones

informales como necesarias para garantizar la continuidad de la atención médica.

Economía moral e informalidad

Las prácticas informales emergen cuando las demandas institucionales exceden la capacidad organizacional formal. Estas prácticas:

- facilitan la coordinación,
- preservan la continuidad de la atención,
- crean desafíos de gobernanza,
- pueden institucionalizarse.

Aunque estas prácticas pueden contribuir al funcionamiento operativo del hospital, también plantean desafíos importantes para la gobernanza institucional, especialmente cuando se institucionalizan de manera permanente.

Parte III. La administración de las tensiones institucionales

El hospital contemporáneo debe entenderse, por tanto, como una organización en la que múltiples sistemas de autoridad interactúan de manera simultánea. La administración hospitalaria consiste, en gran medida, en gestionar las tensiones que emergen de esta interacción.

Los administradores hospitalarios deben equilibrar las demandas de la regulación estatal con la autonomía profesional médica, responder a las presiones políticas sin comprometer la estabilidad institucional, gestionar relaciones económicas complejas y, al mismo tiempo, mantener mecanismos de coordinación organizacional que permitan sostener el funcionamiento cotidiano del hospital.

Desde esta perspectiva, la administración hospitalaria no puede reducirse a la aplicación de técnicas gerenciales. Es una práctica institucional que exige comprender las dinámicas sociales, políticas y económicas que moldean el funcionamiento de los sistemas de salud.

Argumento clave

La administración hospitalaria no es la aplicación de técnicas de gestión. Es la mediación institucional de sistemas de autoridad en competencia.

Reconocer el hospital como una institución híbrida permite ir más allá de las interpretaciones simplificadas de la gestión hospitalaria y abre la posibilidad de desarrollar enfoques de gobernanza en salud más sensibles a la complejidad organizacional de estas instituciones.

En última instancia, comprender esta complejidad constituye un paso fundamental para diseñar modelos de administración hospitalaria capaces de responder a los desafíos contemporáneos de los sistemas de salud.

Parte IV. Hacia una teoría crítica de la administración hospitalaria

El análisis desplegado en estas páginas converge en una sola proposición: que la administración hospitalaria se comprende mejor no como una rama de la gestión general, sino como una práctica institucional distintiva, definida por la mediación continua de autoridades que responden a lógicas diferentes y que no pueden subordinarse a ninguna de ellas. Una teoría crítica de la administración hospitalaria comienza precisamente donde termina el reduccionismo gerencial: en el reconocimiento de que el hospital está gobernado, de manera simultánea, por el Estado, la profesión, la política y el mercado, y de que ninguna técnica puede disolver esa pluralidad.

Tal teoría no abandona las herramientas de la gestión; las reubica. Los indicadores, los instrumentos de planificación y los sistemas de incentivos conservan su utilidad, pero solo dentro de un horizonte interpretativo que comprenda por qué los hospitales tan a menudo se les resisten. La tarea del administrador, desde esta óptica, consiste menos en optimizar un proceso que en mantener cohesionada una institución en condiciones de tensión permanente.

El hospital híbrido no es una excepción dentro de los sistemas de salud contemporáneos. Es su forma organizacional dominante. Comprender la administración hospitalaria exige, por tanto, ir más allá del reduccionismo gerencial y avanzar hacia un análisis institucional capaz de reconocer la coexistencia de múltiples fuentes de autoridad. El futuro de la gobernanza hospitalaria depende menos de la sofisticación técnica que de la capacidad de mediar estas tensiones sin perder de vista el propósito ético de la atención de salud.

Conclusión

De centro a nodo, de la escasez a la dignidad

Si un solo hilo recorre estos capítulos, es que el hospital no puede gobernarse como si fuera una sola cosa. La metáfora de la fábrica que abrió este libro —quince minutos que producen tornillos, quince minutos que producen incertidumbre— no fue un ornamento, sino un diagnóstico. Cada dificultad examinada aquí, desde la rigidez del hospital burocrático hasta la discrecionalidad del politizado, desde la gramática moral de la caridad hasta la silenciosa normalización de la escasez, surge de la misma fuente: el intento de subordinar una institución gobernada por cuatro lógicas en competencia a una sola racionalidad que ninguna de ellas, por sí misma, puede proporcionar.

Llamar al hospital una institución híbrida no es, por tanto, describir un defecto a la espera de corrección, sino nombrar su condición constitutiva. La burocracia estatal busca control; la profesión médica reclama autonomía; el poder político persigue lealtad; el mercado exige excedente. No son disfunciones que la próxima reforma gerencial pueda suprimir por ingeniería; son las tensiones permanentes dentro de las cuales la atención clínica se sostiene, contra todo pronóstico. El administrador que comprende esto deja de buscar la técnica que por fin hará que el hospital se comporte como una empresa, y emprende en cambio el trabajo más lento y menos visible de la mediación: construir acuerdos lo bastante estables como para que la medicina pueda practicarse en medio de fuerzas que nunca se reconciliarán por completo.

Este reconocimiento adquiere un peso particular en América Latina, y en el Ecuador especialmente. El caso ecuatoriano

ilustra dinámicas observables en toda América Latina. Aquí la tipología no es una abstracción, sino una geografía cotidiana: el hospital de la seguridad social del IESS, la autonomía caritativa de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, el tributo con destino específico que sostiene a SOLCA, el hospital cantonal rural donde un médico recién graduado enfrenta, solo, una decisión para la que ningún protocolo lo preparó. En los sistemas marcados por la fragmentación, la desigualdad territorial y el subfinanciamiento crónico, las tensiones descritas en estas páginas no se atenúan, sino que se amplifican, y el costo moral de cada decisión clínica es, en consecuencia, más alto. Aquí la prudencia nunca es solo una virtud clínica; es siempre, además, una cuestión de justicia distributiva.

El riesgo más grave, como se ha argumentado a lo largo de la obra, no es el colapso, sino la habituación: la silenciosa conversión de la escasez en cultura, de la resignación en identidad, de la erosión moral en el clima ordinario de la vida institucional. Una institución que aprende a administrar su propia precariedad sin protesta no ha resuelto su crisis: ha olvidado que está en una. Resistir ese olvido —mantener la excelencia como una expectativa razonable y no como una excepción heroica— es la tarea más profunda de la gobernanza hospitalaria, y es una que ningún indicador, por bien diseñado que esté, puede cumplir en su lugar.

El hospital de las próximas décadas no será la perfección tecnológica del modelo del siglo XX, sino su reinención institucional: menos un centro que concentra todos los recursos bajo un mismo techo que un nodo que coordina las redes de atención que lo rodean. Ese desplazamiento —de centro a nodo— exigirá de sus administradores una competencia que los manuales de gestión no enseñan: la capacidad de mantener cohesionados, sin disolverlos, lo burocrático, lo profesional, lo político y lo económico, mientras se guarda fidelidad al único propósito que justifica el conjunto de la empresa.

Pues, al final, el hospital no es ni una máquina para producir eficiencia, ni un presupuesto que cuadrar, ni una red de intereses que gestionar. Es la institución que

una sociedad erige para honrar una obligación que tiene con quienes sufren. Su razón de ser no es administrar la escasez, sino garantizar una atención digna; y la medida de su administración no es con cuánta fluidez procesa lo posible, sino con cuánta fidelidad se niega a confundir lo posible con lo justo. Esa negativa —callada, cotidiana y sin recompensa— es donde comienza el verdadero trabajo de la administración hospitalaria.

Referencias bibliográficas

- Alfaro, L., & Rivas, G. (2019). Informal practices and hospital governance in Peru. *Health Policy and Planning*, 34(Suppl. 2), ii25–ii33.
- Arendt, H. (1963). *Eichmann in Jerusalem: A report on the banality of evil*. Viking Press.
- Arretche, M. (2004). Federalismo e políticas sociais no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), 17–26.
- Baumol, W. J. (2012). *The cost disease: Why computers get cheaper and health care doesn't*. Yale University Press.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*. Siglo XXI Editores.
- Bosk, C. L. (2003). *Forgive and remember: Managing medical failure* (2nd ed.). University of Chicago Press.
- Bossert, T., & Mitchell, A. (2011). Health sector decentralization and local decision-making. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2), ii1–ii9.
- Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L., & Lamprell, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. *BMJ Open*, 7(11), e017708.
- Brinks, D., Levitsky, S., & Murillo, M. V. (2020). *The politics of institutional weakness in Latin America*. Cambridge University Press.
- Bromley, P., & Powell, W. W. (2012). From smoke and mirrors to walking the talk. *Academy of Management Annals*, 6(1), 483–530.
- Cutler, D. (2020). *The quality cure: How focusing on health care quality can save your life and lower spending too*. University of California Press.
- Drucker, P. F. (1954). *The practice of management*. Harper & Row.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2021). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press.
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330–342.
- Fassin, D. (2009). Moral economies revisited. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 64(6), 1237–1266.
- Fayol, H. (1949). *General and industrial management* (C. Storrs, Trans.). Pitman. (Original work published 1916)
- Fleury, S. (2009). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. Cortez Editora.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. University of Chicago Press.
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Editora Fiocruz.
- Grindle, M. S. (2012). Good governance: The inflation of an idea. *Planning Theory*, 11(3), 259–282.
- Gutiérrez, R., & García, M. (2018). Gobernanza hospitalaria en Bolivia. *Revista Latinoamericana de Administración Pública*, 52(3), 45–63.
- Herrera R., D. (2022). *La medicina familiar y El cuento de la criada: distopía deconstructiva de la reforma del Estado y el sector salud*. CIESPAL.

- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Homauni, A., et al. (2023). Hospital budgeting models and predictability. *Health Economics Review*, 13(1), 1–14.
- Inter-American Development Bank. (2023). *Health systems and inequalities in Latin America*. IDB Publications.
- Kuhlmann, E., & Bourgeault, I. L. (2018). From silos to policy coherence. *Health Policy*, 122(6), 585–594.
- Kuhlmann, E., Batenburg, R., Groenewegen, P., & Larsen, C. (2019). Health human resources crisis. *Human Resources for Health*, 17(1), 1–12.
- Leggat, S. G., & Balding, C. (2013). Clinical leadership. *Journal of Health Organization and Management*, 27(3), 312–329.
- Light, D. W. (2010). Health-care professions, markets, and countervailing powers. In W. Cockerham (Ed.), *The new Blackwell companion to medical sociology* (pp. 270–289). Wiley-Blackwell.
- Machado, C. V., Baptista, T. W. F., & Lima, L. D. (2017). *Políticas de saúde no Brasil*. Editora Fiocruz.
- Mannion, R., & Davies, H. T. O. (2018). Organisational culture for healthcare improvement. *BMJ*, 363, k4907.
- Mannion, R., Konteh, F., & Davies, H. (2010). Organisational culture and safety. *Quality and Safety in Health Care*, 18(2), 153–156.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering institutions*. Free Press.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Mintzberg, H. (2012). *Managing the myths of health care: Bridging the separations between care, cure, control, and community*. Berrett-Koehler.
- Morin, E. (2008). *On complexity*. Hampton Press.
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). What is moral distress? *Nursing Ethics*, 26(3), 646–662.
- Noordegraaf, M. (2015). *Public management*. Palgrave Macmillan.
- North, D. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press.
- Nunes, E. (2007). *A gramática política do Brasil*. Garamond.
- O'Donnell, G. (1993). On the state, democratization and some conceptual problems. *World Development*, 21(8), 1355–1369.
- OECD & World Bank. (2023). *Health at a glance: Latin America and the Caribbean*. OECD Publishing.
- Olson, D., et al. (2022). Operational variability in hospital systems. *Health Care Management Science*, 25(2), 215–231.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797.
- Pan American Health Organization. (2022). *The health workforce in the Americas*. PAHO.
- Peters, B. G. (2010). *The politics of bureaucracy*. Routledge.
- Plsek, P., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625–628.
- Rodríguez, M., Torres, F., & Hernández, J. (2020). Hospital governance reforms. *International Journal of Health Planning and Management*, 35(4), 890–905.
- Saltman, R. B., Durán, A., & Dubois, H. F. W. (2011). *Governing public hospitals: Reform strategies and the movement toward institutional autonomy*. World Health Organization.
- Savedoff, W. D. (2007). *Transparency and accountability in the health sector: Concepts and tools*. World Bank.
- Savedoff, W. D., & Hussmann, K. (2006). *Why are health systems prone to corruption?* Transparency International.

- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations: Ideas, interests, and identities* (4th ed.). Sage Publications.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P., & Caronna, C. A. (2000). *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*. University of Chicago Press.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., et al. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work–life balance in physicians. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275–293.
- Spinelli, H. (2017). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva*, 13(2), 149–171.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. University of Chicago Press.
- Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy. *Academy of Management Review*, 20(3), 571–610. Taylor, F. W. (1998). *The principles of scientific management*. Dover. (Original work published 1911)
- The Lancet Regional Health–Americas. (2023). Health systems resilience in Latin America. *The Lancet Regional Health–Americas*, 17, 100398.
- Thompson, E. P. (1971). The moral economy of the English crowd in the eighteenth century. *Past & Present*, 50(1), 76–136.
- Topol, E. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. Basic Books.
- Transparency International. (2019). *Global corruption report: Health systems*. Transparency International.
- Transparency International. (2020). *Corruption in the health sector*. Transparency International.
- Travassos, C., & Castro, M. S. (2008). Determinantes e desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 975–986.
- Vargas, I., Cordero, D., & Vásquez, M. L. (2016). Hospital management reforms in Colombia. *Health Policy*, 120(6), 665–672.
- West, M. A., Dawson, J., Admasachew, L., & Topakas, A. (2015). Staff management and service quality. *The Lancet*, 385(9973), 857–864.
- World Bank. (2023). *Current health expenditure (% of GDP) – Ecuador*. World Bank Open Data.51
- World Bank. (2024). *Transforming health systems in Latin America and the Caribbean*. World Bank Publications.
- World Health Organization. (2018). *Integrated care models: An overview*. WHO Press.
- World Health Organization. (2023). *Global health expenditure database*. WHO.

