

Juven, Pierre-André; Pierru, Frédéric; Vincent, Fanny; *LA CASSE DU SIÈCLE. A PROPOS DES REFORMES DE L'HÔPITAL PUBLIC*, Raisons d'Agir, Paris, 2019, (185 pp.)
ISBN: 979-10-97084-01-1.



Eguzki Urteaga

Universidad del País Vasco

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8789-7580>

eguzki.urteaga@ehu.eus

Pierre-André Juven, Frédéric Pierru y Fanny Vincent han publicado el libro titulado *La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public* en la editorial Raisons d'Agir creada por Pierre Bourdieu.

Conviene recordar que Juven es investigador del CNRS, vinculado al Centro de investigación medicina, ciencias, sanidad, salud mental, sociedad, y miembro del Instituto franciliano investigación, innovación, sociedad. Sus trabajos se centran en las políticas sanitarias y en las controversias en materia de cálculo económico. Ha llevado a cabo una serie de investigaciones sobre la crisis del hospital público y sobre los precios de las innovaciones terapéuticas contra el cáncer. Ganador del Premio Le Monde de la investigación universitaria, ha publicado la obra *Une santé qui compte? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public* (2016) en Presses Universitaires de France.

De su parte, Frédéric Pierru es investigador del CNRS, en el CERAPS, vinculado a la Universidad de Lille. Galardonado por el Premio de tesis de la Escuela doctoral de Ciencias humanas y sociales de la Universidad de Picardía Jules Verne, está especializado en la sociología del Estado y de la acción pública, la sociología de las profesiones sanitarias, la socio-historia de la vigilancia sanitaria y de las políticas de salud pública, el giro gestor de la administración sanitaria y las políticas de reforma del hospital. Es autor de *Hippocrate malade de ses réformes* (2007).

Por último, Fanny Vincent es investigadora del Centro de estudios del empleo y del trabajo (CEET) asociado al CNAM. Galardonada por el Premio de tesis de la Asociación de economía social Premio Jacques Tymen 2018, el Premio de tesis de la Asociación nacional para la formación permanente del personal hospitalario, del Concurso 2018 de la Sociedad francesa de historia de los hospitales y beneficiaria de la Mención especial del jurado al Premio de tesis Paris Ciencias y Letras 2018 en la categoría Ciencias sociales, está especializada en la sociología del trabajo, de la salud, de la acción pública y del derecho.

En la introducción de la presente obra, los autores recuerdan que, según el presidente de la República francesa, Emmanuel Macron, "las dificultades del hospital no vendrían de una falta de medios financieros, materiales y humanos, sino de un problema de organización y de eficiencia" (p.7). Por lo cual, "convendría redefinir las misiones del hospital. (...) El estrechamiento de la presión presupuestaria sería (...) una oportunidad para incitar a los agentes hospitalarios a reformarse a sí mismos, a revisar sus rutinas y su rol en el sistema de cuidados" (pp.7-8). En realidad, desde hace una década, "y particularmente desde 2015, las protestas y los gritos de alarma se multiplican, provenientes, no solamente de las enfermeras, auxiliares, cuadros, camilleros y [médicos] hospitalarios, e incluso de las élites médicas, sino también de las propias direcciones hospitalarias cansadas de [estar atrapadas] entre [las] Agencias regionales de salud, el Estado, [los profesionales y los sindicatos sanitarios]" (p.8). La situación se caracteriza por "la precariedad de las condiciones laborales y la inhumanidad que resulta de ella en la atención de los pacientes, en particular en los centros destinados al albergue de las personas mayores dependientes" (p.8).

"Más dramáticos son los casos, a menudo mediatizados, de suicidios en varios hospitales, atribuidos a unas condiciones de trabajo reprobadas o a la banalización de las prácticas de acoso en unas estructuras cuyo clima social está [muy] degradado" (p.9).

Como consecuencia de la mediatización y politización de esta situación, cada gobierno ha intentado aportar una solución a una crisis aparentemente sin fin del hospital: "François Hollande y su Pacto de confianza para el hospital público en 2012, Nicolas Sarkozy y su ley Hospital, pacientes, salud, territorios en 2009, Jacques Chirac y su Plan Hospital 2007 en 2003, así como [el] Plan Juppé en 1995, etc." (p.9). No en vano, si las reformas se suceden desde los años 1980, se caracterizan por una gran continuidad de su lógica (p.9). En materia de objetivos, se trata de terminar con "un hospitalo-centrismo [considerado costoso] y obsoleto" (p.9). En cuanto a recursos, "se exige la transparencia sobre los costes y la calidad de los cuidados gracias al despliegue de los sistemas de información, se instala la competencia y la emulación, se fusionan y jerarquizan los centros, se favorece el giro ambulatorio, se revisa [la gestión] interna a fin de importar en su seno los principios de la gobernanza de empresa, celebrada por su flexibilidad, reactividad y eficacia" (p.9).

El discurso gestor preconiza "una necesaria conversión de los servicios públicos en estructuras autónomas, flexibles y frugales, dirigidas, no por profesionales que ejercen en su seno, sino por nuevas categorías de [directivos] formados o convertidos a la gestión, a la optimización de los recursos humanos, [e incluso] al marketing" (p.10). Estas nuevas élites hospitalarias "padecen ellas mismas, a menudo, las nuevas reglas del juego del Estado social eficiente y deben afrontar, bajo la presión de sus tutelas, el poder médico que se trata, para ellos, de racionalizar" (p.10).

Francia consta, actualmente, de "más de 3.000 centros hospitalarios, de los cuales 1.376 son hospitales públicos, 1.003 son clínicas privadas y 686 son centros privados sin ánimo de lucro. El tamaño de estos centros, su implantación territorial, su modo de funcionamiento y su financiación son muy variados" (p.10). Cuatro indicadores permiten valorar la situación actual del sistema hospitalario galo (p.10).

- . "La reducción de las capacidades de hospitalización a jornada completa (...). Entre 2003 y 2016, el 13% de las camas han sido suprimidas" (p.10).
- . "El número de [pacientes atendidos] en urgencias ha aumentado significativamente. En veinte años, se ha duplicado, pasando de 10 millones a 20 millones" (p.10).
- . El empleo hospitalario, relacionado con la carga de trabajo y el número de bajas, indica que, "entre 2005 y 2009, la actividad en el sector público hospitalario ha aumentado del 11%, cuando, en el mismo tiempo, el empleo ha progresado del 4%" (p.12).
- . "La contracción de los medios [destinados] al hospital. (...) Si (...) la financiación aumenta, su tasa de progresión disminuye desde 2002" (p.12).

Estos indicadores permiten comprender la situación actual de numerosos hospitales públicos: "unas organizaciones financieramente frágiles que emplean un personal bajo tensión, [o], dicho de otra forma, unas estructuras en crisis" (p.12).

Para analizar esta crisis, existen dos parrillas de lectura. La primera, privilegiada por las élites políticas, burocráticas y mediáticas, denuncia el inmovilismo culpable de no haber redefinido las misiones del hospital. Aspira a "reorganizar los centros y sus servicios, de cara a ahorrar costosas [estancias] hospitalarias, además de adaptar la atención a los deseos de los pacientes" (p.13).

La segunda parrilla de lectura, compartida por numerosos profesionales sanitarios, sindicalistas y miembros de movimientos sociales, denuncia "la penuria financiera, material y humana, [que tiene] como consecuencia unos servicios crónicamente desbordados, [y subraya] una ralentización continua del ritmo de aumento [del gasto sanitario] desde 2002 y el sacrificio organizado de un servicio público emblemático" (pp.13-14). Esta austeridad impuesta al hospital público es aún más problemática, teniendo en cuenta que acoge a colectivos rechazados por la medicina liberal "en razón de la banalización de la práctica de la superación de honorarios, pero también (...) de la imposibilidad de encontrar médicos en ciertas regiones periurbanas o rurales" (p.14).

Ante semejante panorama, los autores defienden la siguiente tesis: "el análisis sociológico e histórico de las reformas sanitarias muestra que la dominación gestora y austeritaria ha conducido tanto a esta situación de crisis como a la dominación del mandarinato y a la ideología del todo hospital" (pp.14-15). Defienden la idea según la cual la crítica de la primera no excluye la de la segunda, y que es posible, e incluso necesario, abogar, simultáneamente, "por un aumento de los medios concedidos al hospital público y por la necesidad de [liberarlo] de ciertas tareas" (p.15).

Las reformas llevadas a cabo hasta ahora han "acentuado la precariedad financiera de numerosos centros sin mejorar las condiciones de trabajo de [los personales sanitarios] ni, en ciertos aspectos, la atención de los pacientes" (p.15). Ciertos centros se hallan al borde de la quiebra.

"Quiebra organizativa y humana cuando unos pacientes pasan la noche en unas camillas [situadas] en los pasillos, [y] cuando tantos profesionales son víctimas de [agotamiento]" (p.15).

Los gestores consideran esta situación como un punto de partida en lugar de considerarla como la consecuencia de décadas de políticas públicas (p.15). Los autores insisten sobre "la imbricación estrecha entre un registro burocrático-experto que preconiza la reorganización del hospital y una lógica política que aspira a hacer triunfar una concepción técnico-gestora de la institución hospitalaria" (p.16).

Si, en el pasado, el hospital fue "un lugar de acogida sin cuidados, y, luego, se ha convertido, [durante] el siglo XX, en un lugar de acogida y de cuidados, (...) está en proceso de fabricación y legitimación un hospital virtualmente sin acogida, consagrado [únicamente] a los cuidados técnicos e hiper-especializados; en suma, un tecno-hospital donde lo digital y la innovación son los valores cardinales, donde el trabajo de care y de seguimiento de los pacientes está delegado, privatizado y externalizado a las puertas del hospital, cuando no [incumbe] a las familias de los pacientes" (p.16). Esta situación es paradójica, ya que "el hospital está cada vez más enfrentado a una población envejecida y/o precarizada, así como a unas personas que padecen enfermedades crónicas: todas estas categorías de pacientes, necesitan ciertamente unos cuidados técnicos, pero demandan, también y sobre todo, una atención psicológica y social, además de un trabajo de prevención individualizado" (p.16).

Esta concepción técnico-gestora conduce, además, "a unas lógicas de micro-privatización, por definición desigualitarias. Estas desembocan en un nuevo reparto de los recursos públicos: una parte cada vez más importante del gasto socializado en el pasado, gracias a la Seguridad social, y de servicios

prestados en un marco público es [transferida] a los particulares y a las modalidades privadas de protección [médica]" (p.16).

La comprensión de la situación actual del hospital público implica constatar que, en las últimas décadas, ha asumido misiones crecientes, además de padecer los efectos de cierta ortodoxia presupuestaria" (p.17). Esa situación ha tenido necesariamente consecuencias sobre la organización hospitalaria y sobre las condiciones de trabajo de las diferentes categorías de personal (p.17). Estos problemas de organización son "el resultado de un ahogamiento financiero, dado que el Seguro médico y el Estado rechazan aflojar [la presión]" (p.17). La solución consistiría, a su entender, en la innovación, "que sea terapéutica, digital, técnica u organizativa" (p.17). En esta configuración,

"la movilización a favor del hospital público [tiene dificultades] para contener las reformas de inspiración gestora. Si, a diario, la [protesta] es multiforme y si ciertas movilizaciones colectivas consiguen localmente ralentizar las reestructuraciones, las [divisiones] internas [del] mundo hospitalario, a la vez, muy heterogéneo y jerárquico, hacen globalmente el juego de una dominación gestora que se nutre de estas divisiones para neutralizar las reivindicaciones formuladas en un marco colectivo" (p.17).

En este sentido, este libro desea ofrecer "una lectura histórica y sociológica de la crisis hospitalaria, todo ello a partir de estudios empíricos [de larga duración], esencialmente cualitativos, e incluso etnográficos, llevados a cabo separadamente por los tres autores (...), pero, también, a partir de los trabajos de ciencias sociales que tienden a multiplicarse sobre el tema desde hace una quincena de años" (pp.17-18).

En el primer capítulo, titulado "un coloso con pies de arcilla", los sociólogos galos constatan que "las élites reformadoras, que sean políticas, burocráticas, expertas, profesionales o académicas fustigan el lugar [excesivo] concedido al hospital en el sistema [sanitario]. El hospitalo-centrismo (...) sirve entonces (...) para justificar los [recortes] sistemáticos de medios en nombre de la transformación del sistema sanitario" y de la descompartimentación entre medicina liberal y hospital público (p.21). Paradójicamente, "la perspectiva histórica nos enseña que el propio Estado, apoyado por las élites hospitalarias, ha instituido, a partir de los años 1950, un hospital omnipotente encargado, a la vez, de la prevención de las enfermedades agudas y crónicas, de la enseñanza y de la investigación" (p.21). Pero, si el Estado ha contribuido a fabricar este gigante, ha progresivamente fragilizado sus pies de arcilla. De hecho, el Estado intenta conciliar la igualdad de acceso a los cuidados, la calidad y la seguridad de los mismos, y el control del gasto (p.21).

En ese sentido, el Estado hace pesar sobre el hospital público "una responsabilidad, sin común medida, con los medios que le son concedidos. Para comprender esta situación (...), es preciso [retrotraerse] al final del siglo XVIII y a las dos revoluciones que ha conocido el sistema sanitario francés. Cada una de estas revoluciones [conduce] a la conjunción de dos dinámicas de crisis: crisis de orden social y político, por una parte, [y] crisis de la reproducción de las instituciones y de las jerarquías médicas, por otra parte" (p.22).

La primera revolución hospitalaria es "contemporánea de la matriz de todas las revoluciones: la Revolución francesa. En un primer tiempo, prevalece un liberalismo radical, [ya que] las instituciones médicas del Antiguo Régimen son [suprimidas] al provecho de la libertad completa de ejercicio de la medicina" (p.22). Ante los estragos provocados por este modelo, se opta por un liberalismo más templado.

"El monopolio del ejercicio de la medicina es restablecido en beneficio de los únicos titulares del título de doctor en medicina, los cuales están formados en nuevas escuelas" (p.22).

El sistema sanitario se estructura en torno a tres polos. "El primero, dominante, es el de la medicina anato-médica. El hospital (...) es su centro de gravedad. (...) Estos médicos clínicos (...) ocupan la cumbre de la jerarquía. Reclutados vía [el] concurso meritocrático y muy selectivo del internado (...), esta élite es hospitalaria. En otros términos, a partir del siglo XIX, el hospital se convierte en el centro de gravedad tanto de la producción de nuevos conocimientos como de la reproducción del cuerpo médico" (pp.22-23).

El segundo polo, el de la medicina social, "que se interesa por la salud de la población, conoce, con el movimiento higienista, un éxito innegable, pero relativamente corto. A partir del siglo XIX, los clínicos marginan a los médicos (...). La marginación duradera de la sanidad pública en Francia data de esta época" (p.23). El tercer polo es el de las ciencias auxiliares, como la biología y la química. Compuesto por agentes que son más científicos que médicos, se desarrolla en nuevas instituciones periféricas, como el Instituto Pasteur (p.23).

El problema es que "la dominación y la reproducción de la élite clínica acaban convirtiéndose en contraproducentes. (...) La principal razón es que el lugar de producción de la innovación médica se desplaza (...) hacia los laboratorios de físicos, biólogos [y] químicos" (p.24). Así, "dos disciplinas están a la vanguardia de (...) la biología de la posguerra (...): la cancerología y la pediatría" (p.24).

Tras la Segunda Guerra mundial, "el orden médico entra en [una] fase aguda [de] crisis. Está cada vez más cuestionado por los nuevos entrantes y por una parte de las élites médicas" (p.24). Estos desean dotar Francia "de una medicina de calidad, a la punta del progreso científico [y] accesible a todos" (p.24). Semejante transformación pasa por el cambio radical "de la reproducción de las élites médicas y de su institución: el hospital. Este debe convertirse en el [lugar privilegiado] de esta biomedicina puntera donde cuidados, investigación [básica] y enseñanza tienen vocación a fundarse recíprocamente" (pp.24-25). La Seguridad social, "nuevamente creada, [permite] a los centros dotarse progresivamente de [equipamientos] técnicos conformes a la evolución del conocimiento" (p.25).

El advenimiento de la V República en 1958 permite al gobierno galo aprobar por ordenanzas una reforma del sistema sanitario que transforma los principios afirmados durante la Revolución francesa. Es cuando se produce la segunda revolución del sistema sanitario (p.26).

"La creación de los centros hospitalarios universitarios (CHU), la instauración de la jornada completa hospitalaria [para los profesionales sanitarios] y la reconfiguración de los estudios [de medicina] suponen una profunda mutación. A partir de entonces, los médicos hospitalarios deben dedicarse completamente a su actividad hospitalaria" (p.26).

La reforma Debré distingue las medicinas privada y hospitalaria, los médicos liberales y asalariados. Asimismo, "los médicos deben convertirse en investigadores que mantienen relaciones estrechas con los laboratorios [que practican] la investigación [básica]. Por último, todos los estudiantes en medicina deben beneficiarse de una formación, a la vez, teórica y científica" (p.26). La revolución gestora en gestación alumbró así de la figura contemporánea de la élite médica: el médico hospitalario-universitario que es, a la vez, clínico, investigador y profesor. El hospitalo-centrismo va de la mano del declive de la medicina general al provecho de la hiper-especialización (p.26).

A partir de entonces, medicina liberal y medicina hospitalaria obedecen a políticas públicas diferentes: "la primera depende de las negociaciones entre la Seguridad social (...), el Estado y los sindicatos de profesionales liberales, mientras que la segunda [es de la única competencia] del Estado. Los conflictos de intereses entre estos dos [componentes] clave de la oferta de cuidados se multiplican" (p.27).

- . La regulación de la demografía médica es uno de estos conflictos (p.27). A partir de 1971, se instaura "un primer *numerus clausus* que restringe el acceso al segundo año de estudios" (p.27). Los médicos liberales se oponen a esta medida, ya que deben enfrentarse a una demanda creciente, lo que se traduce por un empeoramiento de sus condiciones laborales (p.27). Tras una flexibilización del *numerus clausus*, que desemboca en un aumento del número de médicos a finales de los años 1970, se instaura un nuevo *numerus clausus* que se restringe progresivamente a lo largo de los veinte años siguientes (p.27). Los intereses de los médicos liberales coinciden entonces con aquellos de los altos funcionarios que defienden una concepción ortodoxa del gasto

público. Al contrario, para los médicos hospitalo-universitarios, "menos estudiantes en medicina significa menos internos para hacer [funcionar] los servicios" (p.28).

- La sanidad pública es otro punto de fricción. De hecho, "el hospital se ha convertido en un lugar de formación, práctica y reproducción de una biomedicina proclive a contemplar el progreso médico bajo la sola [perspectiva] de la satisfacción creciente de los medios técnicos de diagnóstico y de terapéutica" (p.28). El hospital se ha cortado de la sanidad pública y de la medicina liberal (p.28).

Un Estado hospitalario "se afirma frente a los grupos de interés que, históricamente, dominaban el sector" (p.29).

"La afirmación del Estado hospitalario se traduce, ante todo, por el reforzamiento de la administración central (...). La Dirección de los hospitales del ministerio de Sanidad ve su perímetro ampliarse, mientras que está dotada de medios materiales, humanos y de expertise [adicionales]" (p.30).

Más generalmente, la ley hospitalaria de 1970 permite al Estado independizarse de los grupos de interés privilegiando una lógica gestora: "la racionalización del parque hospitalario es la misión atribuida a la nueva carta sanitaria" (p.30). Como consecuencia de ello, "los intereses del Estado, aquellos de los grupos profesionales y los de los industriales de la sanidad empiezan a divergir. La prioridad para el poder político se convierte en controlar el gasto sanitario (...). Por lo cual, los conflictos se multiplican a partir del final de los años 1970" (p.30).

Si la alternancia política de 1981 abre un paréntesis en esta dinámica de centralización tecnocrática, "esta racionalidad política coexiste con la lógica tecnocrática en lugar de sustituirse a ella" (p.31). De hecho, el ministerio de Hacienda impone "el mecanismo de la dotación global de financiación" que obliga los centros a aprobar un presupuesto fijo, "independiente de la actividad y revisado cada año en función de una tasa directora nacional. El objetivo del ministerio de Hacienda es claro: romper la dinámica inflacionista del gasto hospitalario" (p.31).

A partir de 1988, "los agentes provenientes de los grandes cuerpos del Estado (...) invierten el ámbito sanitario y, particularmente, el [hospitalario]. Varias leyes y planes contribuyen a [imponer una sola voz a] la Dirección de los hospitales (...) y su lógica gestora" (p.32). Esta lógica se caracteriza por la consagración de "una racionalización de la acción pública a través de unos indicadores de eficiencia, por una parte, y una obsesión del control presupuestario a través de unos instrumentos contables, por otra parte" (p.32). La tecnocratización "se intensifica con la tutela ejercida por la Dirección del Presupuesto sobre la Dirección de la Seguridad social, encargada de la preparación de las leyes de finanzas de la Seguridad social [y] creada por el Plan Juppé [en] 1995" (p.32).

El fortalecimiento de la administración central es prolongado por el de la administración desconcentrada (p.33). De hecho, las fuerzas de las administraciones desconcentradas son reagrupadas y reforzadas a fin de orientar las estrategias de los centros.

"En 1996 son creadas las Agencias regionales de la hospitalización (ARH) a fin de coordinar mejor la acción de los diferentes escalones del Estado hospitalario. Son integradas en 2009 en las Agencias regionales de salud (ARS). (...) Las ARS funcionan como unas super-administraciones desconcentradas y jerárquicamente sometidas al ministerio de Sanidad" (p.33).

En ese marco administrativo, "el control sobre los centros y los medios que les son concedidos son reforzados. [Alejados de] las lógicas sociales, los hospitales se convierten en [participes] de una política nacional puesta en marcha por las ARS y dominada por los objetivos presupuestarios" (p.33).

Esta dinámica afecta igualmente las clínicas privadas. "Históricamente, estas, de pequeño tamaño, obedecen a una lógica patrimonial y artesanal. En la primera mitad del siglo XX, son la prolongación del gabinete individual (...). Están asimismo muy especializadas" (p.38). Tras la posguerra,

"se adaptan a la tecnicización y la especialización crecientes del sector, especialmente reforzando sus [equipamientos] técnicos. El coste de las inversiones las conduce a pasar al estatus de empresa gestora. (...) De artesano, el médico se convierte en empresario" (p.35).

A su vez, el aumento del tamaño de las clínicas privadas conduce a una profesionalización de la gestión (p.35). Por último, "a partir de los años 1950, las clínicas [forman parte de grandes] grupos, especializados o no en sanidad" (p.36). Esto conduce a una transferencia al escalón nacional "de la logística y de los procesos de calidad, acreditación, higiene, mantenimiento y lavandería con fines de estandarización; a una puesta en coherencia o en sinergia de los centros (...) y a una estrategia coordinada de gestión de recursos médicos cada vez más [escasos]; a un auge de la función gestora; a un intento para controlar la actividad quirúrgica. Más generalmente, la razón médica debe, cada vez más, acomodarse a la razón económica" (p.36). El modelo de las clínicas pertenecientes a grandes grupos "ha fascinado y continúa fascinando los decisores administrativos" (p.36). El Estado intenta, desde hace varias décadas, "organizar la competencia entre hospitales y clínicas, especialmente vía [las modalidades] de financiación" (p.36).

"La afirmación de la tecno-estructura hospitalaria tiene como consecuencia la influencia creciente de la racionalidad gestora sobre la lógica cuidadora. (...) Desde mediados de los años 1990, y singularmente desde los años 2000, [prevalecen] los procesos de concentración horizontal y vertical: ahorros de escala, racionalización de las funciones de [apoyo], utilización óptima de los [equipamientos] técnicos en nombre de la eficiencia, pero también y sobre todo, de la calidad y de la seguridad de los cuidados" (p.38).

Las fusiones de hospitales han sido propiciadas, "mientras que la misión general de los hospitales públicos y su declinación para la sanidad, la ley Hospital, pacientes, salud, territorios, desencadenaba una ambiciosa reforma, a la vez, de la gobernanza hospitalaria y de la administración territorial de sanidad" (p.38). A propósito de esta nueva gobernanza, "la reforma de 2009 consagra el director general en [jefe] del hospital" (p.38). Este trata de implicar los médicos en la racionalización gestora (p.39).

"El sector hospitalario está colonizado por los instrumentos de la nueva gestión pública que se despliegan desde la aprobación de la ley orgánica relativa a las leyes de finanzas en 2001: indicadores de eficiencia, contratos de objetivos y de medios, certificaciones, etc." (p.39).

Otra manera de ahorrar dinero reduciendo el peso del hospital consiste en tomar el "giro ambulatorio" que se ha convertido en el leitmotiv de las élites modernizadoras (p.41). La crítica del hospitalo-centrismo empieza en los años 1970 cuando se considera que el "todo hospital" es un sinsentido económico y una absurdidad sanitaria. Se estima que sería más eficaz atender a los pacientes lo más cerca posible de sus entornos vitales poniendo énfasis en la prevención. "Los poderes públicos ambicionan, desde los años 1980, transferir una parte importante de la actividad hospitalaria a la medicina ambulatoria" (p.41). El problema es que, en ese momento, Francia no dispone de un servicio público de atención médica de proximidad correctamente organizado (p.41). El eslogan neo-gestor del giro ambulatorio pretende reconciliar imperativos financieros, exigencias en materia de cuidados y aspiraciones de los pacientes (p.43).

La obsesión presupuestaria "se alimenta también de una pasión por la tecnicidad, dado que el hospital debe convertirse, gracias a las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, en un lugar de tránsito: unos profesionales de la sanidad trabajan en equipo y en red gracias a la e-sanidad y a los objetos conectados" para que el paciente pueda volver, lo antes posible, a su domicilio" (p.44). La realidad, sin embargo, es bien diferente, ya que, para los pacientes más vulnerables, el aislamiento convierte

la vuelta al domicilio y su no hospitalización en potencialmente fuentes de ansiedad, e incluso en algo peligroso (p.44). Además, "la reducción drástica de la duración de hospitalización supone que los cuidados de proximidad estén correctamente organizados y financiados" (p.44). Pero, no es el caso actualmente, dado que se observa, desde el inicio del siglo XXI, un racionamiento de los cuidados prestados por los médicos de cabecera (p.44). "Entre 2000 y 2013, el número de cuidados generalistas recibidos por los pacientes ha bajado del 15%" (pp.44-45).

Paralelamente, "se ha asistido al aumento de los cuidados [prestados] en los servicios de urgencias y las consultas externas de los hospitales: el 9% cada año" (p.45). Este fenómeno es amplificado por razones económicas (p.45).

"El eslogan del giro ambulatorio sirve de pretexto para disminuir el gasto. En esta lógica, la sociedad civil (...) está llamada a movilizarse para compensar el adelgazamiento del Estado social en nombre de la autonomía y de la responsabilización, e incluso de la democracia local" (pp.46-47).

La transferencia de la actividad del hospital hacia el ambulatorio se traduce por "una privatización rampante en detrimento de las familias, [obligadas] a tomar el relevo [gratuitamente], y/o una transferencia de carga de la Seguridad social a las colectividades territoriales, que financian, en parte, lo médico-social" (p.47).

En el segundo capítulo, que se interesa por la racionalización del trabajo y la industrialización de los cuidados, los autores indican que "un hospital es una organización eminentemente compleja [donde conviven] profesiones y actividades muy diversas" (p.51). En su seno, "las patologías que se tratan, los actos técnicos que se practican, el material que se utiliza, el saber y las habilidades que se movilizan, los ritmos según los cuales se trabaja, la naturaleza de las relaciones profesionales que prevalecen, varían de un servicio a otro y dependen de la naturaleza del trabajo y de la relación con los pacientes" (p.51). A partir de los años 1970, esta diversidad ha sido considerada como problemática por los reformadores del hospital. Según ellos, el hospital estaría mal organizado y mal gestionado (pp.51-52). Para los gestores, "la mejora de la eficiencia hospitalaria implica abrir la caja negra de la organización y de los contenidos del trabajo" (p.52).

A partir de los años 2000, las recetas de la nueva gestión pública, que se aclimata progresivamente al Hexágono, proporcionan "los supuestos instrumentos de resolución de esta crisis organizativa a fin de consagrar la eficiencia" (p.52). A partir de entonces, se produce una racionalización del trabajo sinónimo de organización científica del trabajo que busca "normalizar, parcelizar y estandarizar el acto [médico]" (p.52). Esto conduce a redefinir la realidad médica en términos cuantitativos, "apoyándose en el desarrollo de instrumentos o de indicadores, que aspiran a convertir unos problemas de medios en unos problemas organizativos y olvidando la importancia de las reglas del oficio. (...) Este mecanismo contribuye a una industrialización de los cuidados y del trabajo" (p.52).

"La racionalización de los hospitales pasa, en primer lugar, por la del trabajo", dado que el personal representa el principal gasto, es decir un poco menos del 64% del presupuesto (pp.52-53). La primera forma de racionalización consiste en disminuir el personal, reduciendo la tasa de reposición o de sustitución del personal que se jubila o se encuentra de baja.

"Esto se traduce, también, por una acción sobre las condiciones de empleo. (...) Puede pasar, igualmente, por unos ahorros en la organización del trabajo" (p.53).

Desde el inicio del siglo XXI, "la racionalización de la gestión hospitalaria ha ampliamente consistido en [revisar] la organización del trabajo y sus implicaciones financieras a fin de identificar unos yacimientos de eficiencia" (p.53). La preocupación por racionalizar la organización del trabajo se incrementa "a medida que el hospital público adquiere el estatus de objeto de gobierno y de asunto de Estado" (p.53).

Hasta el inicio de los años 2000, prevalece la idea según la cual "reducción y ordenación/flexibilización de la jornada laboral permitirían mejorar las condiciones de trabajo y de vida de los [sanitarios], además de optimizar los recursos en personal y de acentuar la productividad" (p.54). Concretamente, la ordenación y la flexibilización de la jornada laboral se traducen por "una flexibilización de las condiciones de encuadramiento del trabajo y, especialmente, de su organización temporal" (p.54). Pero, es sobre todo a partir de los años 2000-2010 cuando "se multiplican en los hospitales [los programas] de reorganización del trabajo. Llevados a cabo por unos consultores provenientes de grandes gabinetes que trabajan [en concertación] con los expertos de agencias públicas, [estos programas] aspiran a convencer los cuadros sanitarios y los directores de la idea de que la jornada laboral es un reto crucial en la perspectiva de [ahorrar]" (p.56). En ese sentido, "racionalizar significa (...) identificar los tiempos muertos, los [efectivos excesivos] o el mal reparto de la carga de trabajo" (p.56).

Poco a poco, "el cuidado se encuentra reducido a una lista de tareas estandarizadas por categorías de personal y [franjas horarias] a las que son atribuidos unos tiempos medios de realización", lo que permite obtener unos ratios de productividad (p.56). La fuerza del discurso gestor estriba en el hecho de que "articula la racionalización económica con la [perspectiva] de mejora de la calidad del servicio prestado" (p.57). Desde un punto de vista gestor, "los descontentos de los usuarios encontrarían su origen en la mala organización de los profesionales o en su escaso interés por la suerte de los pacientes, y no [tanto] en un problema de medios materiales y humanos" (p.58). Por lo cual, la racionalización de la organización del trabajo está justificada por la voluntad de "responsabilizar los cuidadores y de focalizarlos de nuevo en las necesidades de los pacientes" (p.58).

En estos procesos de racionalización, la parte relacional del trabajo con el paciente, difícilmente cuantificable, "se encuentra desvalorizado, e incluso excluido de la definición de la carga de trabajo. Sucede lo mismo con los momentos de descanso, discusiones colectivas o relevo" (pp.59-60).

"Buscando evaluar la eficiencia de una organización por unos ratios de productividad, estas racionalizaciones dan una imagen deformada [de la atención sanitaria]" (p.60).

Las reorganizaciones gestoras "contribuyen a comprimir los cuidados, a densificar el trabajo y a aumentar la carga física y mental" (p.60). Asimismo, esta racionalización olvida que "los profesionales están [inmersos] en una organización hospitalaria compleja y bajo tensión, de la que dependen" (p.60).

Por último, "esta perspectiva ignora o rechaza el hecho de que ciertos tipos de cuidados, que implican unas fuertes variaciones de un paciente a otro, no pueden ser objeto de una estandarización rígida" (p.61). Al descuidar estas variaciones, "la lógica gestora cuestiona el sentido mismo de la relación de cuidado. Traduce, igualmente, un desconocimiento del rol de las astucias y habilidades que despliegan [los personales sanitarios] en el día a día para facilitar el trabajo y la atención [médica]" (p.61).

"Definiendo unos criterios de buena organización del trabajo y de los cuidados transponibles y adaptables a cada servicio y apoyándose en estas definiciones para identificar los (...) yacimientos de productividad, contribuyen a una estandarización [y] a una industrialización del trabajo [sanitario]" (pp.61-62).

La preocupación gestora por "adaptar los efectivos a la actividad se traduce, también, en el día a día, por una flexibilización de la mano de obra que aspira a flexibilizar las organizaciones" (p.62). El personal sanitario, convertido en intercambiable y móvil, está vinculado a un polo que agrupa a varios servicios (p.62). Al ser titulares del mismo título académico, "deberían trabajar en todos los servicios y sustituir, si fuera necesario, a sus compañeros en otras unidades" (p.62). "Esta polivalencia, flexibilidad y movilidad requerida [al personal sanitario] sirve, en [la práctica], una lógica organizativa y económica" (pp.62-63). En ese sentido, convirtiendo el personal en intercambiable, se niega "la especificidad de los oficios, de las competencias [y] de las relaciones interpersonales" (p.63).

Esta situación suscita, en el personal sanitario, "aprensiones, estrés, pérdida de sensación de eficacia y cualificación, y [provoca], de hecho, un deterioro de los cuidados y una desorganización" (p.63). Frente al temor de cometer errores, los profesionales acaban considerando necesario recurrir a protocolos y procedimientos instaurados por los gestores "en la óptica de racionalizar y asegurar el cuidado" (p.63).

"Frente a esta precarización subjetiva [del personal sanitario] inducida por las reorganizaciones permanentes, frente a la incertidumbre que estas provocan, la procedimentalización del trabajo hace paradójicamente e insidiosamente figura de paliativo a la desestructuración de las organizaciones funcionales del trabajo, y de [protección] frente al [carácter incierto] de las exigencias" (pp.63-64).

Desde hace dos décadas, "esta eficiencia de las organizaciones es evaluada por una multiplicidad de indicadores" (p.64). Estos indicadores buscan "responsabilizar los profesionales y gobernar sus prácticas" (p.64). Paralelamente al despliegue de ese tipo de instrumentos de cuantificación, "se desarrollan otros indicadores que aspiran a evaluar más directamente la calidad de [la atención hospitalaria] según una definición convencional" (p.65). Buscan "analizar la acción de los centros en materia de lucha contra las infecciones nosocomiales, poner el acento en la trazabilidad de las actividades médicas y paramédicas, o evaluar la conformidad de las prácticas a las normas profesionales y burocráticas" (p.65). Pero, "la calidad formal y vertical de los indicadores se opone a la calidad que valorizan [los sanitarios]", que se apoya más en la dimensión relacional de la atención médica (p.66). En su afán de convertir el hospital en más transparente y en responsabilizar los profesionales, "esta racionalización de las organizaciones a través de los indicadores de calidad es más insidiosa que una lógica de racionalización económica y organizativa" (p.66). De hecho, el enfoque es profundamente normativo, dado que "busca disciplinar los profesionales y normalizar sus prácticas" (p.66).

Esta política conduce a una situación paradójica en la cual, "por un lado, los tiempos muertos, inútiles, considerados como mal empleados, deben ser suprimidos a fin de ganar tiempo, y, por otro lado, la multiplicación de las formalidades burocráticas invade el tiempo de cuidado y degrada la atención, incrementando la pesadez del trabajo [del personal sanitario]" (pp.66-67). Esto se produce en un momento en el cual "las cadencias aumentan, los plazos se recortan y el trabajo se intensifica, puesto que es preciso, en razón de la financiación según la actividad, tratar cada vez más pacientes a efectivos constantes. La rotación [de los pacientes] es más rápida [y] el número de consultas por vacación aumenta fuertemente" (p.67). Esta compresión del tiempo "transforma el cuidado en acto productivo y desestructura los colectivos de trabajo. La sensación de urgencia permanente [contribuye] a un debilitamiento de los modos de cooperación así como a una pérdida colectiva e individual de sentido del trabajo" (p.68).

Sufren tener que descuidar los cuidados y realizar unos actos dispensables, de modo que los personales sanitarios se enfrenten "a unos dilemas personales y éticos, ante los cuales se sienten aislados y desprovistos" (p.68). En semejante contexto de auge de la penosidad del trabajo, "la sensibilidad creciente ante las incivildades cometidas por ciertos pacientes y sus familias contribuye al aumento de la insatisfacción" (p.68). Ese deterioro de las condiciones de trabajo y ese desamparo "tienen consecuencias, a veces dramáticas" (pp.68-69). En los últimos años, el número de suicidios entre el personal sanitario ha aumentado, en todas las categorías, cuestionando las condiciones de trabajo y las políticas de gestión de los recursos humanos (p.69). Estos episodios dramáticos constituyen la cara visible "de los efectos de la precarización subjetiva de los trabajadores hospitalarios" (p.69).

"Las lógicas que subtienden los dispositivos de gestión se han progresivamente impuesto como unas maneras de pensar y de actuar entre los diferentes actores, sean directores, cuadros o sanitarios. [Por ejemplo], desde los años 2000, se desarrollan [las jornadas de trabajo de 12 horas seguidas] entre las enfermeras y auxiliares" (p.71).

Esto permite a los directores y cuadros de los hospitales, a la vez, "ahorrar el coste de un relevo diario, incrementar el horario de apertura de ciertos [equipamientos] técnicos a fin de generar más actividad, gestionar más fácilmente los efectivos constreñidos y el absentismo, o atraer y fidelizar unos [personales sanitarios] gracias a la concesión de numerosos días de descanso" (pp.71-72). Por lo cual, en los últimos años, se observa "una multiplicación de las recomendaciones de las preconizaciones de este tipo de horarios" (p.72). Aunque sea una derogación al derecho laboral, las jornadas de 12 horas seguidas se han convertido en una organización habitual (p.72).

Para el personal sanitario, esta organización es "una solución aceptable ante las exigencias que pesan sobre el trabajo y el lugar que [este] ocupa en sus vidas" (p.72). De hecho, disminuye el número de días trabajados, lo que permite recuperar y conciliar vida profesional y vida familiar (pp.72-73). A su vez, "frente a la falta de tiempo para realizar la totalidad de las tareas y seguir correctamente los pacientes, estirar la jornada laboral a 12 horas aparece (...) a algunos sanitarios como una manera de trabajar mejor" (p.73). A veces, incluso, estas largas jornadas laborales permiten "gestionar más eficazmente los [imprevistos] y las urgencias cuya atención puede [prolongarse en el tiempo]" (p.74). Así, una parte del personal sanitario ha interiorizado una visión impuesta por el hospital: un trabajo está considerado como eficaz si los tiempos sentados son reducidos (p.74). Este ejemplo de la jornada de trabajo de 12 horas seguidas "es característico de la manera según la cual la lógica gestora se nutre de los disfuncionamientos que engendra, y consigue, [como consecuencia] de la precarización de los sanitarios, hacerlos adherirse a unos dispositivos que [permiten a los hospitales] sacar provecho de su trabajo" (p.75).

De esta forma, en la dominación gestora, "los profesionales, lejos de ser pasivos, llegan a integrar la retórica gestora y a adherirse a los dispositivos de racionalización, que les aparecen necesarios para hacer frente a la incertidumbre provocada por estas reorganizaciones permanentes y las exigencias de productividad" (p.75). De hecho, "interiorizan las [obligaciones], normalizan sus prácticas y aceptan (...) un control social creciente" (p.75).

"Intentando imponer la idea de una crisis organizativa, además de desacreditar la de una escasez de medios concedidos al cuidado, las políticas gestoras de racionalización del trabajo [que pretenden] producir un hospital mejor gestionado para los usuarios, tienden, en realidad, a deteriorar los cuidados prodigados a los pacientes: aumento de la tasa de vuelta a urgencias, restricción del tiempo relacional, falta de información, desconocimiento de los pacientes, fatiga del personal, etc." (pp.76-77).

En el tercer capítulo, titulado "de la autonomización a la quiebra", los autores constatan que "las evoluciones que conoce el hospital público desde el inicio de los años 1980 es objeto de lecturas [diversas], incluso en ciencias sociales" (p.81). Así, el concepto de hospital-empresa surge para dar cuenta de la conversión de la institución hospitalaria a una lógica mercantil. "Este concepto se construye progresivamente a partir de finales de los años 1970 [para subrayar] la aproximación estrecha de la organización hospitalaria y de un conjunto de técnicas y de saberes gestores" (p.81). Es esta óptica, el hospital comparte con la empresa "el funcionamiento de una burocracia gestora" (p.81). A partir de los años 1980, esta entidad presupuestaria, que funciona por dotaciones, depende "de su producción y productividad, es libre de [buscar recursos] en los mercados financieros; un actor económico, no solamente nacional sino [también] calculador e inversor" (p.82). Por ello, ha sido preciso hacer del hospital una fuente de valor económico (p.82).

A esto se añade "la imbricación estrecha entre fracaso económico y responsabilidad individual" en el seno del hospital (p.82). De hecho, "si la crisis de las finanzas hospitalarias es una constante, en cambio, los responsables [implicados] no son los mismos" (p.82). La moral del mercado estructura este nuevo mercado (p.82). En efecto, "el sujeto económico se constituye jurídicamente y moralmente como punto de aplicación de la [obligación] de pago, responsable de sus deudas y expuesto a unas formas particulares

de sanción en caso de [no respeto] de sus compromisos" (p.82). En otros términos, el fracaso conduce a un desenlace "dramático [e ineludible]: la liquidación y la desaparición de la estructura" (p.83). De esta forma, el hospital se convierte, a la vez, en "entidad de producción que invierte en unos servicios y que debe pensar en la [rentabilidad de su inversión]" y en "entidad responsable de sus malas decisiones y que no puede culpar los poderes públicos en caso de [dificultad] financiera" (p.83).

"Esta transformación económica del hospital público debe ser pensada en estrecha articulación con un discurso recurrente sobre la crisis financiera que conocería" (p.83).

La crisis del hospital público "ha sido fabricada según dos procedimientos complementarios. Es el resultado, por una parte, de un largo proceso de [fragilización financiera] del hospital (...) que [conduce] a situarlo al borde de [la quiebra] financiera, de manera a obligarlo a reestructurarse por sí mismo; por otra parte, de la construcción y movilización de un discurso sobre la crisis económica y sobre la falta de medios que [choca con] la versión legítima y dominante de una crisis puramente organizativa y sistémica" (p.84).

Retrotrayéndose al pasado, resulta que,

"del inicio de los años 1950 al final de los años 1970, el hospital público conoce en Francia un auge espectacular. La transformación de los modos de [atención] y de la institución hospitalaria conduce a unas inversiones masivas, [realizadas] por el Estado, el Seguro médico, las [administraciones] locales, los propios centros (...) y la Caja de Depósitos y Consignación" (p.85).

Así, "el número de personas admitidas en el hospital pasa (...) de 1,5 millones en 1948 a 6 millones en 1978; el número de médicos para 100 camas, [transcurre] de 3 en 1965 a 10 en 1980; el número de camas hospitalarias [va] de 350.000 en 1961 a 440.000 en 1979, etc." (p.85). Ese auge se compagina con "un aumento del gasto, pero también de una transformación profunda de la institución" (p.85).

"A finales de los años 1970 y a inicios de los años 1980, el gasto sanitario (...) se convierte en un problema. El reto es entonces doble: [contener] el ritmo del gasto y orientar, a distancia, las maneras de cuidar. [Por lo cual], el hospital de los años 1980 y 1990 debe ser, para el ministerio de Sanidad, una organización que gestiona lo mejor posible los medios que le son concedidos y que debe dar cuenta de su uso" (p.85).

La lógica gestora, que se impone entonces, "supone una multitud de dispositivos que organizan el tiempo, el espacio y la acción. Implica, igualmente, el cálculo, a la vez, como instrumento de saber y como instrumento de organización" (p.86). A partir de los años 1980, "el ministerio pone en marcha un instrumento simple en apariencia: la dotación global de financiación, que [concede] cada año una cuantía a los hospitales, que deben [conformarse con ella]" (p.86). Pero, no consigue contener el gasto. Ante semejante situación, de 1983 a finales de los años 1990, el ministerio dota los centros de los instrumentos de gestión necesarios.

"A inicios de los años 2000, el ministerio está en medida de conocer la producción de cada hospital, así como su coste. (...) Estas informaciones servirán para incitar los hospitales menos productivos a aproximarse a la norma, es decir que deberán empezar a gobernar su productividad" (p.87).

Para contener el gasto, el ministerio procede a "la transformación de los costes médicos por estancia en tarifas" (p.88). La tarificación de la actividad "coaliga progresivamente las críticas y se transforma en el [símbolo] de un hospital transformado en una empresa" (p.88). Esta política conduce a incrementar las desigualdades entre hospitales (p.88).

A lo largo de los años 2000 y 2010, el hospital se ha dotado de capacidad para solicitar préstamos "según unas condiciones relativamente flexibles, con el riesgo de [incrementar] su deuda. (...) En su

informe de 2014, el Tribunal de cuentas indica que su nivel se ha triplicado en diez años, pasando de 9 billones de euros en 2002 a 30 billones en 2013" (p.92). Todos los informes subrayan "la importancia de los planes de inversión lanzados en los años 2000" y "su impacto sobre la deuda de los centros" (p.92). Estas inversiones han sido realizadas por los hospitales sin el apoyo de los poderes públicos (p.92). Lo han hecho recurriendo a productos financieros arriesgados "que han incrementado la deuda o anulado los esfuerzos financieros consentidos" (p.93). De hecho, numerosos directores de hospitales que han suscrito préstamos carecían de la competencia y del conocimiento necesarios, así como "del apoyo de servicios financieros suficientemente formados" (p.93). Ciertamente, el Estado ha intentado aliviar "esta crisis a través de planes de ayuda excepcionales ante el carácter tóxico de los préstamos" (p.94). Pero, estos planes han resultado ser limitados (p.94).

Hoy en día, el impacto del endeudamiento es notable, ya que "los intereses que pagan minan su capacidad de funcionamiento" (p.94). La falta de medios de autofinanciación es también "lo que ha conducido un gran número de hospitales a [establecer] colaboraciones público-privadas" (p.95). Estas resultan de las restricciones presupuestarias impuestas por el Estado (p.95). Estas colaboraciones "permiten a una organización pública delegar a una organización privada la realización, financiación y explotación de una obra o de un servicio público como contrapartida del pago de un alquiler. (...) A corto plazo, (...) evitan a los hospitales solicitar préstamos y dejan a las empresas la carga de la inversión" (p.95). Numerosas colaboraciones de ese tipo han sido sinónimas de fracaso por varias razones:

"utilización de ese procedimiento de manera precipitada, ausencia de acompañamiento de los centros por los poderes públicos, evolución de las demandas de los propios centros, extensión excesiva en el tiempo de los proyectos", etc. (p.96).

Tanto en materia de niveles de endeudamiento como en lo que alude a la eficiencia en términos de actividad, "la situación de los hospitales [no es] homogénea" (p.96). No en vano, "un número importante de [centros] se encuentra [en una situación financiera delicada], e incluso, para algunos de ellos, al borde de la quiebra. Si cada año, entre 300 y 400 hospitales están en situación de déficit, desde el inicio de los años 2010, son sobre todo 40 centros quienes concentran la mitad del déficit total" (p.97). Entre 2016 y 2017, el déficit global del hospital público se ha triplicado, pasando de 470 millones a 1,5 billones de euros (p.97). Esta situación resulta de las decisiones económicas tomadas por el gobierno que tienden a fragilizarlos. De hecho, "la política tarifaria y, más ampliamente, la [disminución] neta, y a veces importante, de los medios, conduce los hospitales a unas posiciones deficitarias" (p.97).

La espiral en la cual se encuentran inmersos "unos centros al borde del abismo es aún más difícil de detener, [ya que] depende de su actividad" (p.99). El problema es que la quiebra incide igualmente en este punto, en la medida en que "instaura un círculo vicioso en el cual las condiciones de trabajo se degradan, los médicos ya no quieren venir, los propios pacientes dudan en acudir a ese hospital, unos servicios cierran por falta de recursos para mantenerlos, los proveedores son pagados [gracias al] endeudamiento, etc." (pp.99-100). En ese sentido, "la fragilización financiera es el instrumento que permite el mantenimiento bajo presión y bajo perfusión de una entidad que no tiene otra [alternativa] que someterse" (p.100). En el peor de los casos, el Estado puede poner el centro bajo tutela.

"Esta medida conlleva la nominación por el ministerio de uno o de varios administradores provisionales. (...) Estos últimos ponen entonces en marcha una política de restructuración que tiene como objetivo prioritario y absoluto el equilibrio de las cuentas" (p.100).

Por lo cual, "la crisis financiera del hospital público, así como su crisis territorial y organizativa, es (...) el resultado de elecciones políticas que aceleran considerablemente el proceso de fragilización financiera del hospital a partir de los años 2002-2003" (p.100).

En el cuarto capítulo, que se interesa por la tecnofilia hospitalaria, los autores indican que, ante esta situación, "el aumento de los medios financieros y la contratación del personal son [unas soluciones sistemáticamente deslegitimadas] por los diferentes gobiernos, especialmente en nombre de la lucha contra el hospitalo-centrismo. Este rechazo esta también, y sobre todo, justificado por un diagnóstico de crisis debida a una mala organización" (p.105). La innovación es igualmente presentada como la vía de salvación de la institución.

"Un mercado de start-up y de otros operarios privados invierte masivamente el sector sanitario [y se dirige al] hospital para desarrollar en su seno unas innovaciones técnicas y digitales" (p.105).

Asimismo, dicho régimen está asociado a la innovación farmacéutica (p.105). En ese sentido, "la farmaceutización y la tecnicización de la institución hospitalaria son, a la vez, un discurso y un tipo de organización que permiten, según sus promotores, asociar eficiencia y calidad de los cuidados. Vienen añadirse a las innovaciones organizativas, tales como la cirugía ambulatoria o los hoteles hospitalarios" (p.106).

La historia de la innovación en el ámbito hospitalario está inicialmente "vinculada a la de la investigación médica, misión fundamental del CHU que afirma la reforma Debré de 1958 y que se despliega, en gran parte, en las estructuras del Instituto nacional de la salud y de la investigación médica (Inserm), creado en 1964" (p.107). Compaginando investigación básica y clínica, innovación e investigación se confunden (p.107). Ese modelo considera también "la innovación como un factor de crecimiento, vector de competitividad. Esta concepción se expande particularmente [en los años] 1990-2000. Las políticas públicas de apoyo a la investigación y a la innovación en el hospital se desarrollan esencialmente con el objetivo de [establecer colaboraciones] con las empresas privadas y asegurar la eficacia y la competitividad de la investigación de manera más general" (p.107). Durante este periodo en el cual "el control del gasto público constituye [la característica fundamental] de la acción pública, la promoción de la innovación [permanece marcada] por un cuestionamiento sobre su eficacia e impacto, a la vez, médico, económico y organizativo" (p.108).

En los años 2010, "la definición de la innovación cambia" (p.109). De ser sobre todo médica y costosa, se convierte en rentable (p.109). Así, la Fundación para la innovación política Fondapol "hace de las innovaciones una de las claves de la renovación del hospital" (p.109). Esta visión es compartida por el Seguro médico y el ministerio de Sanidad. "Todos presentan la innovación como un yacimiento de instrumentos que permiten hacer frente a la crisis organizativa del hospital" (p.110). Otra característica es "la necesidad de una aproximación de los operarios privados y de la acción pública" (p.110). A su vez, la innovación se convierte a escala nacional en "uno de los objetivos centrales de las políticas públicas que asocian competitividad económica, desarrollo industrial y mejora de la salud" (p.112).

"No se trata solamente de desarrollar la investigación y la innovación para crear unos polos sanitarios [que se hallen] a la punta de la tecnología, sino que [es cuestión de] hacer de la medicina y, más ampliamente, de la sanidad, un sector clave de la estrategia industrial nacional" (pp.112-113).

Sean cual sean sus consecuencias sociales y políticas, "la innovación sería intrínsecamente buena y benéfica, e incluso participaría a la igualdad de los cuidados para todos. Los pacientes tendrían la certeza de recibir un tratamiento y una [atención] adecuados a sus necesidades" (p.115).

"Las biotecnologías, lo digital, los datos sanitarios, generados por las aplicaciones y los objetos conectados, permitirían alcanzar una medicina de precisión, personalizada y predictiva" (p.115).

Detrás de esta fascinación por la innovación y esta relación tecnófila al cuidado "se juega la definición misma del trabajo de los sanitarios y del personal en el seno del hospital. La robotización está estrechamente vinculada a una reflexión sobre la eficiencia y el valor del trabajo" (p.116). De hecho, "estas innovaciones

tienden a modificar la naturaleza del trabajo de cuidado: este se encuentra redefinido como un proceso logístico de transferencia del enfermo de un sistema técnico a otro, y los gestos técnicos limitan e incluso se sustituyen a la dimensión relacional de los cuidados" (p.116). Así, "la innovación es (...) contemplada como un medio privilegiado de ahorrar dinero, una solución para salvar el hospital: la innovación sería [sinónimo de] eficiencia" (p.116). La innovación da cuenta, igualmente, de un deslizamiento progresivo de las responsabilidades. El discurso sobre el empoderamiento de los pacientes legitima [una transferencia] de la carga del cuidado sobre estos últimos haciéndolos actores de su salud" (p.118). "La interpenetración de las lógicas mercantiles y de las veleidades de eficiencia se observa también del lado del medicamento" (p.119).

"Una de las consecuencias de ese paradigma tecnófilo es [reactivar] la oposición clásica entre gasto privado legítimo y gasto público ilegítimo" (p.120).

A estas soluciones técnicas y médicas, "promovidas por numerosos actores públicos y privados, vienen añadirse unas transformaciones organizativas, más o menos recientes y de diferente naturaleza" (p.121).

La cirugía ambulatoria es emblemática "de estas innovaciones [que se hallan] en el cruce de lo organizativo y de lo médico" (p.121). Es preciso recordar que la cirugía ambulatoria consiste en "la hospitalización para una operación quirúrgica [realizada en un solo día]. Un paciente operado en ambulatoria no duerme, por lo tanto, en el hospital, sino que vuelve a su casa [al atardecer] tras llegar por la mañana" (p.121). Esta práctica permite ahorrar varios cientos de millones de euros cada año y "redibujar el [panorama] hospitalario y la organización interna de los centros [según] una lógica de eficiencia" (p.122). La promoción de la cirugía ambulatoria se encarna, "desde mediados de los años 2000, en unas disposiciones incitativas y coactivas. La tarificación a la actividad (...) ha hecho de la ambulatoria una prioridad" (p.122). Las cifras indican "una progresión notable de la cirugía ambulatoria en Francia desde mediados de los años 2000" (p.123). Así, la operación en ambulatoria de la catarata ha pasado del 48% al 77% entre 2004 y 2009 (p.123).

No en vano, la cirugía ambulatoria es objeto de numerosas críticas, empezando por la adecuación del sistema sanitario a esta práctica (pp.123-124). Asimismo, las operaciones de hernias son difícilmente realizables en ambulatoria (p.124). Más allá, la cirugía ambulatoria impone un ritmo frenético a los pacientes que se sienten inmersos en un proceso industrial que olvida su sufrimiento (p.124). Esta modalidad de atención plantea problemas para las personas aisladas (p.125).

La segunda innovación concierne el incremento de los hoteles-hospitales. Estos "hospiteles" "son unos lugares de alojamiento, en el hospital o fuera de él (pero ubicado en un perímetro cercano), que permiten alojar pacientes (...). Albergan, igualmente, la víspera de una operación, a las personas que viven lejos del hospital" (p.125). Si ciertos centros recurren a ellos a partir de los años 1990, "la ley de finanzas de la Seguridad social de 2014 consagra estas innovaciones organizativas" (p.126). Desde entonces, los hoteles hospitalarios se han extendido por todo el territorio galo (p.126). "La creación de estas estructuras refuerza la conversión del hospital en un lugar en el cual se proporcionan cuidados, en detrimento del alojamiento, y lo incita a romper con su misión histórica de acogida" (p.126).

"Hacer del hospital un lugar de cuidados técnicos y punteros permite transferir a otros actores los diversos costes de la atención. Más allá de la cuestión financiera, esta [privatización] traslada igualmente al paciente y a sus allegados (...) la responsabilidad y la carga del seguimiento del paciente" (p.127).

Frente a ello, la crítica de la tecnofilia goza de una larga y rica historia "de argumentos económicos, sociales, ecológicos, políticos, no reducibles a la tecnofobia" (p.128). La crítica de las técnicas no cuestiona las técnicas en sí, sino "ciertas trayectorias económicamente, socialmente, ecológicamente deletéreas"

(p.129). Así, "las NBIC (nanotecnologías, biotecnologías, informática y ciencias cognitivas) no [generan] por sí mismas ahorros, [sino que], al contrario, son a menudo fuentes de sobrecostes" (p.129). Asimismo, existe un riesgo de "desnaturalización que hacen pesar ciertas tecnologías sobre el razonamiento profesional mecanizándolo" (p.129). No en vano, "el verdadero progreso estriba, no tanto en el high-tech, sino en la mejora de la prevención (...) y en la educación terapéutica del paciente" (p.130).

La crítica se articula fundamentalmente en torno a tres ejes. En el primero, "si ciertas innovaciones son benéficas, otras, a veces extremadamente costosas, son objeto de reservas, incluso entre los médicos, (...) en cuanto a sus efectos" (pp.131-132). En el segundo, "los poderes públicos [pretenden] estructurar en torno a empresas sanitarias y actores mercantiles ese régimen tecnófilo que se acompaña de una creencia en la eficiencia del mercado" (p.132). En el tercero, dado que una parte de las innovaciones tienden prioritariamente hacia la búsqueda de eficiencia y la reducción del gasto, el riesgo es que el cuidado y su dimensión relacional [se transformen] profundamente" (p.132).

En el quinto capítulo, que aborda las posibles movilizaciones del personal sanitario, los autores recuerdan que, en el hospital, "la carga física, psicológica y emocional del trabajo [se ha incrementado]", al tiempo que el apoyo social necesario para enfrentarse a ello es deficitario (p.137).

"Los colectivos de trabajo, protectores porque vectores de reconocimiento de la calidad del trabajo efectuado y portadores de las reglas del oficio, están bajo tensión" (p.137).

La dirección de proximidad, "que [experimenta la misma sensación] de aislamiento y de abandono que los sanitarios de [a pie], está cargado de tareas administrativas (...). En consecuencia, su disponibilidad hacia los equipos se reduce" (p.138). Por último, ciertos jefes de servicios o de polos "agravan el mal con unas exigencias excesivas o la denegación del trabajo realizado por sus equipos" (p.138). El deterioro de las condiciones de trabajo se acompaña de "la estagnación de los salarios a causa de la congelación de puntos de indicios y de los ataques mediáticos repetidos contra el estatus de la función pública" (p.138). De hecho, "el porcentaje de agentes de la función pública hospitalaria que se declara satisfecho de su empleo es el más débil de las tres funciones públicas: el 55% (...). Ese porcentaje varía, no solamente en razón inversa de la posición jerárquica (...), sino, también, en función de la generación" (p.139).

"La amplitud del descontento y de la insatisfacción parece, por una parte, a priori favorable a las movilizaciones colectivas, sobre todo si se añade que 1,2 millones de funcionarios hospitalarios se benefician (...) de un estatus protegido y que la implantación sindical es relativamente fuerte en su seno" (p.140).

No obstante, "esta configuración propicia para la movilización contestataria apenas ha desembocado en movimientos de amplitud" (p.140). Ciertamente, se han producido "la primavera enfermera a finales de los años 1980, las manifestaciones contra el Plan Juppé [en] 1995, las que reclamaban la aplicación de las 35 horas [semanales] y el aumento de los medios durante el invierno de 1999, el movimiento contra la ley Hospital, pacientes, salud, territorios de 2009, y, cada año desde 2015, unas manifestaciones y unos llamamientos a la huelga a la instigación de sindicatos generalistas y de las inter-sindicales de los hospitales" (p.140). En suma, "las movilizaciones contra las reformas son esporádicas, aunque hayan tenido tendencia a intensificarse estos últimos años [como consecuencia] del endurecimiento de la presión presupuestaria" (p.140).

Las razones del carácter esporádico de estas movilizaciones son conocidas. En primer lugar, "las [obligaciones] de continuidad del servicio público" (p.141). En segundo lugar, "el interés superior [del paciente] constituye el cemento simbólico de las profesiones sanitarias, particularmente del cuerpo enfermero" (p.141). En tercer lugar, "la fuerte feminización del personal sanitario sería poco favorable a la militancia, en la medida que, puesto que la mayor parte del trabajo doméstico [está realizada por] las mujeres, tienen poco tiempo para dedicarse a ella" (p.141). En cuarto lugar, "la persistencia de una

dominación de los médicos que (...) confiere a estos últimos un rol motor en las dinámicas de movilización. No en vano, los médicos hospitalarios son globalmente conservadores" (p.141).

Pero, "los efectos diferidos [de la disminución] del *numerus clausus*, provocando una bajada del número de internos (...) y, luego, el giro neoliberal de las políticas hospitalarias de inicios de los años 2000, (...) han conducido [numerosos médicos] a movilizarse según un repertorio de acción inédito para ese grupo profesional: peticiones, llamamientos, manifestaciones" (p.142). La construcción de una casa común, "a partir de un mundo tan heterogéneo y atravesado por competencias individuales y fuertes rivalidades interprofesionales, ha [exigido] una acción singular: la revisión general de las políticas públicas" (p.142). No obstante, estas movilizaciones han sido incapaces de detener la mecánica reformadora.

"Ciertamente, los llamamientos y las peticiones, los ensayos y panfletos se multiplican en la prensa, así como las jornadas de acción en la calle, pero las reivindicaciones siguen siendo categoriales. Por lo cual, [son] incapaces de [incidir] en unas políticas públicas hospitalarias cada vez más dominadas por las consideraciones presupuestarias y gestoras" (p.144).

La denuncia de las reformas neo-gestoras "es una de las vías a través de las cuales se expresa el desacuerdo con las orientaciones de las políticas públicas hospitalarias y sus consecuencias sobre las condiciones de trabajo y la calidad de los cuidados" (p.146). Lejos de ser marginales, "los posicionamientos críticos de los profesionales y de los sindicatos saturan el espacio mediático y político. Sobre todo, la toma de palabra puede tomar otras formas, menos sociales o intelectuales, [y] más políticas" (p.146). No en vano, la toma de palabra es susceptible de ser debilitada por la posibilidad de hacer defeción.

"Además de su expresión más dramática (el suicidio en el lugar de trabajo), se constata que la defeción toma formas diferentes según la categoría sanitaria. Entre los médicos hospitalarios, cuyas rentas son confortables, puede tratarse de jubilarse de manera anticipada. Para [los médicos] especialistas bajo tensión (...), la tentación será huir unas condiciones de trabajo degradadas y unos salarios relativamente modestos (...) hacia clínicas [privadas]" (p.148).

Asimismo, se observa un aumento del absentismo. Este fenómeno "puede ser considerado como una estrategia a caballo entre la defeción y la protesta contra el deterioro de las condiciones de trabajo, contra también la falta de reconocimiento y de apoyo de la jerarquía" (p.149). El absentismo concierne el "40% de las auxiliares, el 33% de las enfermeras y el 10% de los médicos. La frecuencia de las bajas está claramente vinculada a la exposición a los riesgos físicos y psicosociales" (p.150). "La aceleración [de la rotación del personal] entre los servicios de un mismo centro es un último ejemplo de defeción" (p.150).

Si numerosos directores de centros son unos artesanos de la conversión gestora en sus centros, no son necesariamente sus defensores, incluso entre las nuevas generaciones, ya que "interrogan, cada vez más, el sentido de intermediación de las coacciones" (pp.151-152). De hecho, las direcciones sanitarias han sufrido mucho como consecuencia de la conversión gestora de los hospitales: "los efectivos de directivos han sido diezmados y los cuadros de proximidad [han padecido] la burocratización neoliberal del hospital" (p.152). Por lo tanto, no es de extrañar que "el sufrimiento en el trabajo progrese también en ese extracto de la organización hospitalaria" (p.152). La situación actual del hospital resulta también "de una dificultad para movilizar masivamente a favor de esta causa. [Dicha] dificultad está vinculada a la fragmentación interna del hospital (...). Tiene igualmente como origen el debilitamiento de los colectivos de trabajo. [Además], el objeto preciso de las [protestas] constituye otro obstáculo" (p.153).

En el apartado de conclusiones, los sociólogos galos constatan que el hospital, "porque es una institución [que se halla] en el corazón del pacto republicano y del Estado social, es un revelador (...) de las tensiones y contradicciones sociales. A ese título, el hospital (...) y su personal, conocen las mismas [dificultades]: ceden bajo el peso de las expectativas sociales y de las exigencias políticas, encargados

(...) de resolver la mayor parte de los males de una sociedad sacudida por el auge de las desigualdades, la precariedad y la pobreza" (p.157).

"Históricamente constituido en el centro de gravedad del sistema [sanitario francés], el hospital público ve converger hacia él unas necesidades que no cesan de aumentar y de diversificarse con el envejecimiento de la población y la transición epidemiológica, confrontando los actores del cuidado a la atención de pacientes cada vez más [graves]. Estos últimos convergen cada vez más hacia los servicios de urgencias, las consultas externas o las permanencias de acceso a [la atención sanitaria]" (p.157).

Los decisores políticos y administrativos "han decidido, a pesar de ese contexto tenso, hacer del hospital público el principal contribuyente del sistema sanitario a la reducción del déficit de la rama enfermedad de la Seguridad social" (p.158). Esto ha provocado un endeudamiento de los centros que se ha convertido en un problema público prioritario. La solución privilegiada ha consistido en "hacer pesar el peso del ajuste sobre las espaldas del personal (...) y, de manera insidiosa, en las de los pacientes, en particular de los más modestos, a menudo incapaces de negociar su atención con unos equipos [que se encuentran] bajo tensión" (p.158). Los reformadores han llevado a cabo esta reforma recurriendo a dos nociones: eficiencia y calidad (p.158).

Los autores formulan cinco críticas esenciales.

- . En primer lugar, "ser crítico con el hospitalo-centrismo no es incompatible con una demanda de medios crecientes para el hospital público" (p.159). De hecho, el hospital debe ser aliviado de una parte de sus misiones y debe abrirse, en mayor medida, a su entorno, y, al mismo tiempo, es preciso revalorizar ciertas de sus misiones que han sido sacrificadas a lo largo de las últimas décadas: social, prevención y salud pública (pp.159-160). Esto supone, igualmente, un incremento de la inversión pública. "El desarrollo y la financiación de centros sanitarios o de otras estructuras multi-profesionales (...) favorecería su constitución en un verdadero servicio público de la sanidad de proximidad (...), integrando la prevención y los cuidados de primer recurso" (p.160).
- . En segundo lugar, "criticar la fe ciega en la innovación, lo digital, la robótica no [significa] negar el interés del avance médico, [ya que] numerosas innovaciones contribuyen a mejorar [las] condiciones de vida de los pacientes" (p.161). En cambio, son criticables "las formas de privatización y de recentralización de la acogida y del cuidado. El desarrollo exponencial de esta multitud de innovaciones no debe ser fuente de nuevas desigualdades sociales y territoriales" (p.161).
- . En tercer lugar, "criticar la industrialización del cuidado no significa negar la importancia de dotarse de procedimientos estandarizados y científicamente validados" (p.162). De hecho, "las exigencias de calidad de las que se prevalecen los gestores solo pueden ser alcanzadas a la condición de que el personal esté bien tratado" (p.162). Esto implica invertir más en sanidad.
- . En cuarto lugar, "criticar la lógica del beneficio y de los business plans en el hospital no equivale a negar el reto democrático de un uso responsable del dinero público" (p.163). Si el hospital público "debe justificar su buen uso de los medios que le son concedidos", el uso de los instrumentos de gestión ha sido desvirtuado desde el inicio de los años 2000 por los reformadores (p.163). Han transformado los centros en "fábricas de cuidados técnicos e hiper-especializados, con, como principal objetivo, la rentabilidad" (p.163).
- . En quinto lugar, "criticar la dominación gestora no [implica] rehabilitar la dominación (...) de los médicos" (p.164).

En cualquier caso, "transformar el sistema sanitario exige tiempo, determinación y una línea política. Esta línea no puede ser la de un retorno a los orígenes" (p.165). Manteniendo los valores iniciales, sinónimos de universalidad, igualdad y solidaridad, es preciso tener un debate democrático sobre la necesidad de una regulación pública más coactiva visto los efectos deletéreos del peso político excesivo de ciertos actores (p.166). Los autores hacen referencia especialmente "al lugar creciente que ocupan las complementarias sanitarias" (p.166). Esta transformación "debe integrar las problemáticas contemporáneas: las de la ecología, [ya que] el medio ambiente es responsable de la mayoría de las enfermedades crónicas a las cuales el hospital debe responder" (p.166). La otra gran problemática es "la necesidad de acabar con la dominación socioeconómica, de raza o de género" (p.166). La crisis del hospital ofrece también la oportunidad de "interrogar la sanitización de lo social" (p.168).

Al término de la lectura de *La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*, es necesario subrayar la gran actualidad del tema abordado en plena crisis del coronavirus que ha puesto los sistemas sanitarios en general y el hospital público en particular en el centro de la atención. Compaginando las aportaciones de la historia, de la sociología y de las ciencias empresariales, nos ofrecen una imagen contextualizada, precisa y matizada del sistema hospitalario galo que es sumamente complejo. En este libro, a la vez denso y documentado, los sociólogos galos no dudan en ilustrar sus argumentos con ejemplos concretos y citas textuales provenientes de verbatim. Bien estructurado y de lectura agradable, la presente obra se concluye con una serie de cinco críticas que ilustran la finura y pertinencia de los análisis propuestos.

En suma, la lectura de este libro es indispensable en plena crisis del coronavirus que pone de manifiesto la necesidad de disponer de un sistema hospitalario bien dotado en personal sanitario, material médico y recursos económicos.

BIBLIOGRAFÍA

Juven, Pierre-André (2016): *Une santé qui compte? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, Paris, Presses Universitaires de France.

Juven, Pierre-André; Pierru, Frédéric; Vincent, Fanny (2019): *La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'Agir.

Pierru, Frédéric (2007): *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant.