

# ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy?

Hèlios Pardell Alentà. Consejo Catalán de Formación Médica Continuada

## INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la profesión médica en nuestros días poco tiene que ver con el de hace unas décadas. El conjunto de factores que he analizado en otra parte<sup>1</sup> y las que Jovell denomina “transiciones sanitarias”<sup>2</sup>, han modificado radicalmente las condiciones que enmarcan el ejercicio profesional, el cual se ve sometido a tensiones de todo tipo y acechado por diversos frentes, en un contexto social caracterizado por el cambio incesante.

Los distintos análisis de la sociedad de nuestros días han hecho énfasis en muy diversos aspectos de la misma. De entre ellos, los cinco que me interesan aquí son los que la han conceptualizado como: sociedad del riesgo<sup>3</sup>, sociedad de la modernidad fluida<sup>4</sup>, sociedad de individuos<sup>5</sup>, sociedad de la información<sup>6</sup> y sociedad burocrática<sup>7</sup>.

El primero de ellos porque se relaciona estrechamente, por un lado, con los riesgos que la actuación del profesional especializado genera y, por otro, con la necesidad de ofrecer una guía de protección/tranquilidad al individuo angustiado. El segundo porque tiene que ver con la creciente movilidad/inestabilidad de las condiciones sociales, que se traduce en la imperiosa necesidad de proporcionar anclajes de referencia al individuo desorientado. El tercero porque plantea al profesional la realidad de un auge del individualismo, con una progresiva profundización en la igualdad social y una negación de la autoridad y de los privilegios elitistas. El cuarto porque pone sobre el tapete la disponibilidad de la información especializada para

todos, con la consecuencia inevitable de la pérdida de su carácter esotérico que confería al profesional un elemento de distanciamiento y poder sobre la población. Y el último porque acentúa el carácter burocrático de las organizaciones en las que el médico trabaja mayoritariamente en nuestros días.

Es en este contexto que se plantea la cuestión del profesionalismo en nuestros días, con un debate inacabado acerca de su progresiva desaparición y obsolescencia o, por el contrario, su pervivencia y, más aún, su auge y extensión.

De la mano de lo que acabo de decir, asistimos a una evidente paradoja: mientras que, por un lado, la literatura sociológica especializada<sup>8-11</sup> proclama un auge indiscutible del profesionalismo, el mundo profesional médico está viviendo un sentimiento de frustración, desencanto y pérdida de estatus acelerados, que ha hecho florecer una profusa literatura acerca del tema de la insatisfacción de los médicos<sup>12-18</sup>. Y esta sensación, que entronca con el constructo sociológico de la desilusión como precio del progreso y de la simplicidad perdida<sup>19</sup>, no solo es intensa y omnipresente sino que, además, se ha ido acrecentando en los últimos años<sup>20-22</sup>, conformando un panorama altamente preocupante para la profesión en conjunto que, en algunos momentos y círculos, experimenta un sentimiento de ocaso inevitable.

¿Cómo explicar esta paradoja?. ¿Puede la medicina seguir siendo el prototipo de profesión dominante que ha sido en los últimos siglos?

## QUÉ ES UNA PROFESIÓN

Para responder a estas preguntas es indispensable comprender de qué estamos hablando cuando nos referimos a una profesión.

Desde sus primeras formulaciones sistematizadas<sup>23,24</sup> hasta las aportaciones más recientes<sup>25</sup>, el concepto de profesión no ha dejado de suscitar controversias entre las diferentes escuelas sociológicas, cada una de las cuales ha puesto el acento en distintos componentes y abordajes para su estudio<sup>26</sup>.

Para el propósito de este artículo, podemos resumir las características esenciales de una profesión como sigue :

### Correspondencia:

Dr. Helios Pardell  
Consejo Catalán de Formación Médica Continuada  
Córcega, 257 Pral. 08036 Barcelona  
Tfno: 93-218.3665  
Fax: 93-416.1758  
E-mail: ccfmc@comb.es  
Consultor de Medicina Interna e Hipertensión. Consorcio Sanitario Integral. Hospital de la Cruz Roja. Hospitalet de Llobregat (Barcelona); Secretario Ejecutivo del Consejo Catalán de Formación Médica Continuada; Presidente de la Comisión de Acreditación Colegial del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña

- Posee un cuerpo de conocimiento específico, adquirido tras un largo período de formación universitaria, y el control del mismo con capacidad normativa (en el caso de la medicina, sobre qué es enfermedad)
- Tiene control sobre la organización del trabajo basado en aquel conocimiento
- Dispone de organizaciones profesionales reconocidas legalmente, con capacidad reguladora del acceso a la profesión y de todos los aspectos relacionados con la práctica de la misma
- Posee un código ético y tiene la potestad exclusiva para aplicarlo

Pero con estos elementos no se agota el hecho diferencial de la profesión en contraposición al de una ocupación. Freidson ha enfatizado las que él considera tres características fundamentales de toda profesión, derivadas de las anteriores: monopolio (del saber y de su aplicación práctica), credencialismo (requerimientos para el acceso) y elitismo (del conocimiento y en la autoexigencia)<sup>25</sup>. A partir de ellas se deriva el concepto nuclear del profesionalismo: la autonomía. Ésta ha tenido formulaciones mucho más nítidas en el pasado, articulándose en función de cuatro componentes (27-29): remuneración directa por el cliente, libertad de decisión clínica, liderazgo y control sobre otras profesiones que actúan en el mismo ámbito jurisdiccional y capacidad de conducir los conflictos por la vía profesional en lugar de la sindical. Hoy, por el contrario, los perfiles de dicha autonomía son mucho más borrosos y, de hecho, la pérdida o reducción de la misma constituye una de las características predominantes del auge al profesionalismo que analizaré después.

En otro orden de cosas, todo grupo profesional ha de exhibir unos valores que Abbott ha compendiado en: altruismo, disciplina, eficiencia y compromiso<sup>30</sup>. El altruismo supone un ideal de servicio más allá de cualquier contrapartida económica. En este sentido, se ha podido postular que el profesional es tan interesado y competitivo como el no profesional, pero se diferencia de éste en que es capaz de moverse por recompensas simbólicas (prestigio, autoridad, pericia/competencia, formación cultural, etcétera)<sup>31</sup>. De hecho, la presencia de un interés comercial prioritario hacia el cliente es vista por algunos como una muestra de profesionalismo incompleto, de forma que cuanto más se aproxima una asociación al tipo económico puro menos aspecto de profesión presenta<sup>32,33</sup>.

La disciplina equivale al ejercicio de la autorregulación, en base a criterios éticos y científico-técnicos que dimanen del código ético de la profesión y del conocimiento específico que monopoliza, y comporta la sanción o separación de aquellos miembros que no los cumplen. La autorregulación constituye la quintaesencia de toda profesión, hasta tal punto que se ha podido afirmar que una profesión no es más que una ocupación que ha conseguido autorregularse<sup>34</sup>.

La eficiencia supone la correcta aplicación del "corpus" de conocimiento a la resolución de los problemas planteados por los clientes. Ni que decir tiene que, para ello, el profesio-

sional debe aplicar discrecionalmente su saber en cada caso, utilizando su acervo de conocimiento explícito y tácito.

Por último, el compromiso debe establecerse a tres niveles: la sociedad (el estado), la institución sanitaria (empleador) y el cliente. Dicho compromiso está indisolublemente unido a la observancia del ideario profesional y cuando ésta se debilita es la propia profesión la que se ve debilitada en su legitimidad social.

En línea con el componente axiomático de la profesión que acabo de describir, hay que remarcar la trascendencia extraordinaria de su componente cultural el cual, por más intangible y sutil que aparezca, llega a ser más importante, si cabe, que el conjunto de componentes enunciados hasta aquí, porque es el que más poder y legitimidad social le confiere y el que más sustenta su carácter elitista o diferenciador<sup>35,36</sup>. De hecho, como apunta Guy, se puede decir que los profesionales son diferentes de los no profesionales porque ellos están convencidos que lo son y los demás así lo creen<sup>37</sup>. Esta creencia de la población en la superioridad de los profesionales se basa en asunciones muy diversas (inteligencia superior, mayor contacto con las ideas, utilización del pensamiento abstracto, trabajo científico, ...) <sup>38</sup> y en un conjunto de cualidades que aquellos deben procurar mantener con esmero y tenacidad: ejercitarse constantemente en la consecución del ideal del profesionalismo<sup>39</sup>, interiorizar sus valores como componente espontáneo de conducta<sup>40</sup>, incorporar la profesión como componente esencial de su vida y ejercerla a plena dedicación ("vivir la profesión")<sup>41,42</sup>, priorizar el ideal de servicio<sup>43</sup>, exhibir los más altos niveles de exigencia ética<sup>44</sup> y fomentar la comunidad de valores y actitudes<sup>45</sup>.

Otro punto de interés que ha merecido la atención de los sociólogos de las profesiones es el proceso mediante el cual una ocupación deviene una profesión<sup>46-50</sup>. Dicho proceso recibe el nombre de profesionalización y tiene una duración y características variables en cada caso y contexto social, siendo un proceso de doble vía; es decir que, al menos en teoría, puede desandarse con el correr del tiempo a través del proceso de desprofesionalización<sup>30</sup>. Como ocurría en el caso de la definición de profesión, también aquí las diversas corrientes de pensamiento sociológico postulan diferentes trazos característicos del proceso de profesionalización; sin embargo, es posible identificar los componentes nucleares del mismo<sup>9,25,30,51-53</sup>: demostración del carácter especialmente valioso del trabajo del grupo para la sociedad, dificultad para el acceso al conocimiento especializado necesario para llevarlo a cabo, dificultad para estandarizarlo o racionalizarlo en la práctica, e interacción de influencias político-económicas favorables en un momento determinado. Cuando, finalmente, el grupo ocupacional obtiene el reconocimiento del monopolio solicitado y de la capacidad de autorregulación por parte del estado, además del reconocimiento explícito de la opinión pública y de las instituciones empleadoras, podemos decir que se ha convertido en una profesión, cuyo carácter de dominante o supeditada dependerá de su capacidad para imponerse a otras profesiones que actúan

en su ámbito jurisdiccional propio o en sus fronteras. Esta concesión estatal, siempre determinante, conlleva el compromiso del cumplimiento escrupuloso del ideario profesional postulado por el grupo ocupacional. La sanción del estatus profesional por parte del estado queda bien patente en la regulación legislativa-administrativa y en la jurisprudencia sobre la colegiación obligatoria<sup>54</sup>.

En último lugar, con objeto de abordar mejor el análisis de las contradicciones y retos del profesionalismo médico en los apartados siguientes, conviene dedicar unas líneas a los trazos fundamentales de la profesión médica.

La medicina ha sido tradicionalmente el prototipo de profesión dominante, situada en el epicentro del mundo de la salud. A medida que éste ha ido incorporando nuevos componentes, otras profesiones y ocupaciones se han ido agregando; sin embargo, hoy por hoy, nadie duda que el médico sigue siendo el actor sanitario principal. Y aún cuando cada vez han aparecido más áreas de especialización y subespecialización en el ámbito profesional, el médico que atiende enfermos sigue siendo el prototipo profesional. A él me referiré fundamentalmente en este artículo.

Al compás de los cambios aparecidos en el mundo sanitario, el perfil competencial del médico ha ido ensanchándose y complicándose progresivamente<sup>55,56</sup>. En esta línea, la formulación más actual llevada a cabo en España<sup>57</sup> incluye como componentes esenciales: el conceptual o de pensamiento crítico (conocimientos), el técnico (habilidades) y el interpersonal (actitudes). Y en el desarrollo taxonómico de las competencias, enumera: el encuentro con el paciente, la formulación de hipótesis diagnósticas, la clasificación de los pacientes, la aplicación de procedimientos diagnóstico-terapéuticos, el manejo de situaciones dísticas específicas, la toma en consideración de los factores psicológicos, la comunicación interpersonal, la evaluación de los factores sociales, la comunicación/colaboración entre colegas, la valoración de riesgos y promoción de la salud, la consideración de aspectos éticos y legales, el mantenimiento de la competencia y la gestión clínica.

En una formulación mucho más esquemática, podríamos decir que el médico debe llevar a cabo las tres tareas fundamentales de proveer una asistencia altamente cualificada al paciente, preocuparse por la salud del paciente individual y de la comunidad en general y gestionar eficientemente los recursos sanitarios<sup>58</sup>. El encuentro con el paciente y el establecimiento del diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico en el contexto social en el que tienen lugar son considerados, en todos los casos, los elementos nucleares de la labor del profesional médico, acompañados de otros dos componentes fundamentales, el buen uso del tiempo y la generación de confianza.

Me parece oportuno poner el énfasis en el establecimiento del diagnóstico y pronóstico, en el uso adecuado de los recursos disponibles y en la generación de confianza como elementos nucleares de la labor del médico, al objeto de poder centrar más eficazmente las estrategias de superación de la situación actual que voy a analizar en el último apartado.

## EL PROFESIONALISMO A CECHADO

En todos los países en los que se ha estudiado la situación los médicos tienen poder pero, asimismo, en todos ellos se hallan sometidos a presiones que son vistas más o menos como fuente de indudable declive de la profesión. Dichas fuentes de acoso, a efectos descriptivos, pueden clasificarse en exteriores e interiores a la propia profesión.

### a. Fuentes Exteriores

#### a.1. Modificaciones del contexto socio-cultural

En un contexto socio-cultural dominado por lo que ha venido en denominarse "postmodernidad"<sup>59</sup> se han producido cambios, por un lado, en el paradigma científico que sustenta el cuerpo de conocimiento profesional y, por otro, en la condición del individuo y en el concepto de legitimidad-autoridad. Por lo que se refiere a aquéllos, el determinismo y la simplicidad se ven substituidos por el indeterminismo y la complejidad y desaparece la certidumbre absoluta para dar paso a la incertidumbre permanente<sup>60</sup> lo que, en palabras de Popper, hace que la ciencia descansa sobre arenas movedizas<sup>61</sup> y obliga a adaptar constantemente el acervo de conocimiento. En cuanto a los segundos, la identidad-individualidad impulsada por el postmodernismo se ve teñida de ribetes de falsedad-ambigüedad, con una preeminencia del reino de la inmediatez en detrimento de la trayectoria existencial que menosprecia el sentido de la experiencia<sup>62,63</sup>, lo que hace poco menos que imposible llegar a alcanzar aquel nivel de conocimiento superior, de carácter tácito o intuitivo<sup>64</sup>, que constituye la esencia del profesional-experto. Además, en el mundo postmoderno uno puede ser cualquier cosa en cualquier momento, el concepto de deber o de esfuerzo individual pierde significación en un ambiente de superficialidad, ambivalencia e inautenticidad, y todo indicio de autoridad es visto como obsoleto; todo lo cual contribuye a socabar los cimientos del profesionalismo tradicional, situado en las antípodas de este ambiente cultural postmoderno genuino, y pone en tela de juicio a todos aquellos que eran tenidos por poseedores de saberes no asequibles a la mayoría (sacerdotes, médicos, jueces, ...) <sup>65-67</sup>. El auge del movimiento de contestación a la autoridad profesional tuvo su acmé en las décadas de los 60s y 70s y de él surgieron críticas al mundo profesional médico que generaron una abundante literatura en nuestro país y en los de nuestro entorno<sup>68-73</sup>.

El modelo del neoliberalismo contempla con desconfianza al ideario profesional, en cuya autonomía encuentra problemas de control y la ve como un obstáculo a la introducción de reformas sanitarias<sup>74,75</sup>. Por ello, como certeramente afirma Freidson<sup>25</sup>, tanto los partidarios del mercado como los de la gestión burocrática miran al profesionalismo como una aberración más que como un sistema con una lógica interna y una indiscutible integridad.

El ejercicio de la profesión en el estado del bienestar se enfrenta con dos dificultades importantes: el consumerismo y la preocupación por la reducción de los costes sanitarios. El primero presenta, a su vez, una doble vertiente

de acoso profesional al propugnar un igualitarismo a ultranza, que es incompatible con el elitismo propio del profesionalismo<sup>76,77</sup> y establecer de manera explícita los derechos de los usuarios (enmarcados en el derecho más general a la salud), lo que provoca un aumento de la litigación contra los médicos ante la justicia ordinaria, obviando el sistema disciplinario de la profesión que queda, así, devaluado<sup>43,78</sup>.

La preocupación creciente por la reducción del gasto sanitario, caracterizado por un crecimiento imparable en todos los países desarrollados, hace que el estado intervenga cada vez más activamente en el mundo profesional limitando su autonomía, en función del papel relevante del médico en la generación de dicho gasto<sup>79,80</sup>. En este contexto de regulación y en medio de un auge del que ha podido denominarse "sanitarismo coercitivo"<sup>81</sup>, el médico tiende a ser visto más que como un profesional autónomo como un técnico al servicio de la política y la economía, que ha de minimizar la discrecionalidad de su actuación, maximizar el servicio práctico inmediato al cliente y devenir un agente al servicio de las necesidades del estado<sup>25</sup>.

Este papel bifronte del médico, característico de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, con frecuencia le coloca en una posición difícil ante la población, que tiende a identificarlo como defensor a ultranza de las políticas de contención-racionalización del gasto promovidas por los gobiernos y por las instituciones sanitarias<sup>82</sup>. Una de las parcelas en las que más intensamente se percibe este dilema es el de la prescripción, sobre el que pivotan no pocos de los esfuerzos de contención del gasto y que comportan una inducción más o menos coercitiva hacia la prescripción más económica con independencia, a menudo, de criterios de individualización y de utilidad clínica<sup>83-85</sup>.

Entre las condiciones socio-culturales cambiantes hay que mencionar, asimismo, la irrupción de la tecnología, la cual incide no sólo en las condiciones de la práctica profesional sino, además, en el comportamiento de los individuos, como ampliamente ha analizado Ellul<sup>86</sup>. En un sistema de creciente automatización mecánica en una sociedad altamente burocratizada, se espera que el individuo devenga un técnico-funcionario<sup>87</sup>. Y puesto que, como ha dicho Jaspers<sup>62</sup>, en el mundo tecnológico todo lo que es se acerca al nivel de lo manejable para ser sometido a una adecuada organización, el ideal del profesionalismo que tiende, por definición, a la individualización y a la diferenciación se ve desplazado definitivamente.

El desarrollo tecnológico aplicado a la práctica ensancha extraordinariamente las posibilidades de intervención pero, por otro lado, incrementa la posibilidad de riesgo iatrogénico al que el médico debe hacer frente en la actualidad. Con no poca frecuencia, la tecnología se interpone como pantalla entre el médico y el paciente dificultando la relación, que deviene más inhumana y menos personalizada.

La invasión tecnológica del mundo actual, con la puesta a disposición de la población de una completa variedad de aparatos-objetos que posibilitan el autocontrol-autodiagnóstico, en el contexto de lo que Attali ha denominado "bri-

colaje de la vida"<sup>88</sup>, atenta contra la posición del profesional médico que ve reducido su campo de aplicación de conocimientos diagnóstico-terapéuticos. Por otro lado, la banalización del acto médico, consecuente a la aplicación de dicha tecnología, conduce a una merma de la autoridad profesional del médico<sup>89</sup>. En este sentido, se ha podido estimar que la utilización sistemática de un filtro informático de todos los electrocardiogramas practicados ahorraría unos 1000 cardiólogos en EE.UU. de Norteamérica<sup>90</sup>.

En íntima relación con la invasión tecnológica hemos de considerar la revolución informática. Dadas las facilidades actuales de difusión y acceso a la información, el público está mucho más informado, lo que comporta una sofisticación del cliente asociada a una creciente rebeldía en todos los ámbitos en los que el conocimiento del profesional desempeña un papel central<sup>91,92</sup>. Además, el acúmulo de grandes cantidades de información en bancos electrónicos, susceptibles de ser transferidos incluso al cerebro humano en un futuro aparentemente no muy lejano, hace que no sea necesario aprender montañas de información y que el conocimiento del profesional pierda el carácter de esotérico y de difícil acceso que ha tenido tradicionalmente. Finalmente, con la facilitación de la accesibilidad a las fuentes primarias, el público tiene la posibilidad de conocer los indicadores de la que puede ser considerada buena práctica profesional, lo que debilita el papel tradicional del profesional médico que se vuelve, de esta forma, más vulnerable<sup>93</sup>.

En otro orden de cosas, la frontera entre la salud y la enfermedad se ha ido difuminando progresivamente, produciéndose el desplazamiento hacia lo que se ha venido en llamar "metasalud", que incluye campos limítrofes como el deporte, la estética, la nutrición, el enriquecimiento cultural o el ocio, lo que provoca la irrupción de otras profesiones y ocupaciones que compiten con la medicina en su propia área jurisdiccional tradicional.

Y si tomamos en consideración las condiciones del mercado, es obvio que la saturación de médicos que ha ocurrido en algunos países (en España muy especialmente, a consecuencia de la sobreproducción que ocurrió en la década de los 80s) altera profundamente la relación oferta-demanda<sup>94</sup>, originando unos contingentes de médicos en paro que devienen un peligro evidente para el mantenimiento de los estándares profesionales, por dos razones: muchos de ellos no alcanzan la titulación de especialista correspondiente y, por otro lado, los agentes empleadores pueden instaurar unas condiciones contractuales draconianas que contribuyen grandemente al desprestigio de la profesión (véase al caso de los denominados "contratos basura" en nuestro país).

En relación con el punto anterior, voy a considerar uno de los factores de acoso exterior que más literatura ha generado: la proletarianización del médico. Efectivamente, desde la primerísima mención de Tawney a la tendencia a la proletarianización de los que él denominó "trabajadores del conocimiento"<sup>95</sup> y, muy especialmente, desde la primera referencia sistemática a dicho fenómeno en la literatu-

ra sociológica<sup>96</sup>, no han parado de aparecer trabajos y estudios sobre el fenómeno de la proletarización del médico en la sociedad moderna, que se ha visto complementada con la referencia a la corporatización, en razón de que el trabajo del profesional se lleva a cabo en organizaciones-corporaciones complejas<sup>97</sup>.

Sin entrar en el debate sociológico sobre el tema<sup>98</sup>, lo que resulta evidente es que la progresiva salarización del médico como consecuencia de su trabajo en el seno de las organizaciones complejas actuales es un fenómeno que ha ocurrido en la práctica totalidad de países desarrollados. Incluso en un país tan liberal como EE.UU. de Norteamérica, la proporción de médicos trabajando en régimen de asalariado de las grandes organizaciones sanitarias ha pasado del 28% en 1988 al 43% en 1996<sup>99</sup>.

Este hecho tiene una enorme repercusión sobre el profesionalismo porque las organizaciones complejas se fundamentan en el ideario burocrático que enunciara Weber en el siglo pasado<sup>100</sup> y que progresivamente ha ido invadiendo amplias capas de la sociedad moderna<sup>7,101</sup>; y, como veremos a continuación, áquel se contrapone radicalmente al ideario profesional.

Las características esenciales de toda organización burocrática pueden esenciarse en<sup>102-104</sup>: cadena jerárquica de mando, especialización funcional, normatización uniformadora con especificación de derechos y obligaciones, estandarización de las tareas, carrera basada en la competencia técnica individual, relaciones impersonales y coordinación desde uno o más niveles por encima de dónde se lleva a cabo el trabajo a coordinar. En este ambiente de predominio de las relaciones contractuales, cooperación indirecta e impersonalidad, el proceso de racionalización inherente a toda organización burocrática se fundamenta en<sup>105</sup>: eficiencia, cuantificabilidad, predictibilidad y control mediante la tecnología. Ni que decir tiene que todo ello se enfrenta al ideario profesional y convierte en vulnerable al profesional en el seno de la organización.

Con independencia de las indudables ventajas de la burocracia, especialmente cuando se aplica a la administración pública o a corporaciones con una organización tayloriana del trabajo, en las cuales permite alcanzar objetivos a través de una vía directa y racional, de manera continuada y repetitiva, con precisión y rapidez, no cabe duda que su aplicación a la gestión de las organizaciones sanitarias complejas actuales comporta innumerables desventajas. Acaso una de las más importantes sea la influencia decisiva sobre la personalidad de sus empleados-burócratas<sup>106,107</sup> que socava, una vez más e indefectiblemente, su ideario profesional al abocarlos a una excesiva división del trabajo, una pérdida del control sobre las condiciones en las que éste se realiza, una preponderancia del salario como estímulo base y un auge de la canalización de sus conflictos a través del movimiento sindical<sup>108</sup>. Como acertadamente ha señalado Freidson<sup>25</sup>, la estandarización del trabajo corre el riesgo de degradar el servicio al paciente en general y, sobre todo, a áquel que se sale de la norma implantada lo que, en la práctica clínica, suele ser muy

usual. Porqué hay que recordar que existe una relación inversa entre la proliferación de normas y regulaciones en una organización y el grado de confianza entre los individuos, ya sean empleados o clientes<sup>109</sup>. Si desde la perspectiva del profesionalismo la motivación por el trabajo es intrínseca a la propia condición de profesional, desde la perspectiva burocrática áquella radica en los objetivos y normas de la organización, por lo que no es de extrañar que cuanto más sentido profesional exhiba el empleado más conflictividad con la organización ocurra<sup>110,111</sup>.

El ideario profesional es difícil de aplicar en organizaciones que no fomentan el compromiso ni la flexibilidad que estimule la responsabilidad en la toma de decisiones, la cual se diluye en los esquemas de trabajo en equipo. No cabe duda que esta forma de trabajar en las organizaciones es una vía eficaz para optimizar la utilización de los recursos humanos, pero engendra el riesgo de degenerar en la superficialidad y el minimalismo, la relajación del compromiso de los coordinadores, facilitadores o gestores de procesos con sus subordinados y la preeminencia de la comunicación "per se" sobre el hecho a comunicar<sup>63</sup>. Enlazando con lo que vimos más arriba acerca de la rebelión social contra todo vestigio de autoridad, este repudio de la autoridad y la responsabilidad en aras de la superficialidad, este juego del poder sin autoridad, hace surgir un nuevo tipo caracterológico, el individuo irónico, en sustitución del individuo autoexigente, que resulta altamente destructivo en este contexto<sup>112</sup>. Asimismo, aquel ideario profesional es harto difícil de poner en práctica en contextos de trabajo temporal, a tiempo parcial y altamente inseguro, como el que caracteriza al de muchos médicos de hoy en día<sup>74</sup>.

## **a.2. Acusaciones contra la profesión**

Aunque, en general, la relación individual de los pacientes con los médicos es percibida favorablemente, lo que resulta cada vez más cuestionado es el prestigio de la profesión en conjunto, en función de lo que se aduce como primacía de sus intereses económicos, falta de compromiso social claro, características de su estructura y organización, énfasis exagerado en la tecnología y ausencia de sintonía con los problemas que la sociedad percibe como importantes en el ámbito de la salud<sup>113,114</sup>. Y ello es especialmente relevante en unos momentos en los que todo lo relacionado con la salud ha adquirido una importancia extraordinaria, la sociedad entera se ha medicalizado o, si se quiere, la medicina se ha politizado y ésta se ha convertido en el centro de muchos de los asuntos clave de un país<sup>115</sup>.

La población ve simultáneamente a los médicos como sanadores, científicos, profesionales, empresarios y políticos, lo que representa algunas ventajas para la profesión a la vez que algunos inconvenientes que enlazan con el punto anterior<sup>116</sup>. Y Oriol-Bosch ha sistematizado las críticas sociales a la profesión médica en base a algunos de los postulados esenciales del profesionalismo: monopolio, credencialismo, elitismo, corporativismo y arbitrarismo<sup>117</sup>.

Por su parte McKnight<sup>118</sup>, a partir de los presupuestos de Illich<sup>119</sup> centrados en la iatrogenia clínica, social y estruc-

tural, ha desarrollado una crítica del mundo profesional en base al secuestro de la capacidad individual y comunitaria para hacer frente a situaciones/condiciones que el profesional ha convertido en necesidades/deficiencias para la cobertura/solución de las cuales se presenta como única alternativa, convirtiendo a los ciudadanos en clientes. En base a este razonamiento, aduce tres motivos para la rebelión contra las profesiones en general y contra la profesión médica en particular: la ineficiencia (los profesionales hacen cada vez menos utilizando cada vez más recursos), la arrogancia (los profesionales actúan como élites dominantes, con poco respeto hacia el ciudadano) y la iatrogenia (los tres tipos de iatrogenia señalados por Illich). Aunque tales postulados han recibido acerbas críticas desde posiciones marxistas<sup>120</sup>, no cabe duda que han calado hondo en la sociedad, habiendo contribuido decisivamente al surgimiento del amplio movimiento asociacionista internacional de pacientes y usuarios, cuya manifestación más visible es la de los enfermos de SIDA pero que se extiende de manera progresiva a otros muchos ámbitos<sup>121-128</sup>.

### **a.3. Acoso de agentes exteriores**

Los agentes exteriores que ejercen acoso sobre la profesión son, fundamentalmente el estado (gobierno), las corporaciones sanitarias, los proveedores de medicamentos y material médico-sanitario, los consumidores y otros grupos profesionales<sup>129</sup>.

Las relaciones entre el estado (gobierno) y la profesión médica, desde el S.XIX, cuando áquel le concedió explícitamente la capacidad de autorregularse via colegios profesionales y actuó consecuentemente aceptando y favoreciendo su papel dominante en el mundo sanitario, no han dejado de ser conflictivas y oscilantes. Si en un primer momento se produjo una "infiltración" de los organismos estatales (gubernamentales) por médicos, en los últimos tiempos asistimos a una tendencia invertida de "infiltración" progresiva de organismos profesionales por los gobiernos y por los consumidores-usuarios<sup>130,131</sup>. El acoso gubernamental a la profesión médica, con el ánimo de recortar sus privilegios, adopta muy diversas formas pero es un hecho en muchos países, desde el Reino Unido<sup>132</sup> hasta España, donde estamos asistiendo a iniciativas reguladoras y legislativas de los gobiernos de algunas Comunidades Autónomas tendientes a limitar el ámbito de actuación colegial.

Por lo que se refiere a la corporaciones sanitarias, partiendo del análisis que hice más arriba al hablar de la proletarianización de los médicos, es un hecho bien demostrado que el poder de los gestores-administradores está en franca expansión y el de los profesionales que en ellas trabajan en clara regresión, llegándose a situaciones alarmantes de desaparición del perfil profesional, que pueden conducir a la substitución del profesional médico por un técnico cualificado de grado medio para la ejecución de algunas de las tareas tradicionalmente ejecutadas por áquel. Este fenómeno, como veremos más adelante, no ha de suponer forzosamente un deterioro grave del profesionalismo y, por el contrario, puede ofrecerle nuevas oportuni-

dades; pero para que ello sea así, el profesional debe entenderlo claramente y actuar en consecuencia.

En cuanto a los proveedores de medicamentos y material médico, unos de los agentes del mundo sanitario en alza al compás de los progresos tecnológicos, en los últimos tiempos han adoptado políticas activas de marketing dirigido directamente a la población usuaria que, sin lugar a dudas, representan un acoso directo al papel tradicionalmente prescriptor-decisor del médico<sup>133</sup>. Sin movernos del campo del medicamento y enlazando con la actuación acosadora de los gobiernos que vimos antes, en la práctica totalidad de los países desarrollados se están implantando políticas de utilización de genéricos que son vistas por gran parte de la profesión como una restricción a su libertad de prescripción tradicional<sup>134,135</sup>.

Del papel desempeñado por la población usuaria-consumidora ya hablé antes al mencionar el asociacionismo internacional en este campo. Una vez más, los gobiernos intervienen activamente promoviendo declaraciones formales de los derechos de los usuarios-pacientes, enmarcadas en el derecho general a la salud que goza del más alto rango legal en todos los países con un modelo social de estado del bienestar, que fomentan esta sensación de acoso exterior por parte de la profesión.

Finalmente, unos agentes exteriores muy importantes de acoso son las profesiones y ocupaciones que se mueven en el mismo campo jurisdiccional o en sus fronteras. Uno de ellos es la enfermería, una profesión tradicionalmente supeditada, que en las últimas décadas está intentando delimitar áreas de jurisdicción propias en detrimento de las que el médico entendía como exclusivas<sup>136-139</sup>. Lo mismo puede decirse de la profesión farmacéutica, que está intentando superar su tradicional papel supeditado y devenir un agente de salud con perfil propio en detrimento, una vez más, del que el médico ha venido entendiendo como suyo<sup>140-142</sup>. Por último, un gran número de ocupaciones o semiprofesiones, pues gozan del estatus legal de profesión sanitaria en muchos países incluida España (ópticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, .....), compiten abiertamente con la profesión médica en los distintos campos de especialización.

### **b. Fuentes Interiores**

Las fuentes interiores a la profesión no por ser menos potentes y numerosas son menos importantes, ya que son las que mayormente generan la actitud inadecuada de aquella para enfrentarse a los retos de futuro<sup>143</sup>.

Entre los propios profesionales, como a nivel de la sociedad en general, existen tres concepciones distintas de profesión: la que pone el énfasis en el servicio a los demás, la que prioriza el control ocupacional del área jurisdiccional propia por encima del interés del cliente y, finalmente, la que pone el acento en la ideología de la profesión en el contexto socio-político determinado con las contradicciones inherentes a la racionalización del uso de recursos<sup>74</sup>. Dado que dichas concepciones coexisten en un momento determinado, resulta obvio que generan tensión

nes que se traducen, en primer lugar, a nivel de las instituciones profesionales. En efecto, no es infrecuente que algunos de los conflictos internos de la profesión deriven de los posicionamientos de las sociedades científicas, los órganos de representación-presión, los órganos de reconocimiento de la competencia, los órganos de concesión de licencia y las organizaciones sindicales<sup>144</sup> en los países donde se hallan claramente diferenciados.

Una fuente muy importante de conflicto interior son las disputas por la delimitación de áreas jurisdiccionales propias entre especialistas y generalistas pero, también, entre especialistas<sup>145-150</sup>, vividas por la población como conflictos de intereses ajenos a sus verdaderas necesidades. Al compás del desarrollo científico-técnico, el número de especialidades y subespecialidades ha crecido espectacularmente<sup>151</sup>. En este sentido, se ha estimado que si en 1908, en un hospital norteamericano, un paciente cardiópata era visto por dos médicos y un especialista y tenía una historia clínica de no más de dos páginas, en 1938 el mismo tipo de paciente era visto por ocho médicos y diez especialistas y tenía un historial de 29 páginas de promedio<sup>152</sup>; huelga decir que, en la actualidad, tanto el número de médicos que le atienden como el de páginas de su historia clínica se han visto considerablemente aumentados. Si tal fragmentación presenta algunas ventajas, no cabe duda que presenta, asimismo, grandes desventajas derivadas del fomento implícito de la tecnificación de la labor profesional que posibilita la sustitución del profesional-experto por el profesional-técnico y, en el límite, la del profesional por el técnico, en base a las ventajas organizativas y económicas evidentes.

No hay más que ver las iniciativas de muchos hospitales de nuestro país, de contratar a médicos exclusivamente para operar cataratas o varices, para darse cuenta de que seguir profundizando en esta vía no puede conducir más que a un deterioro acelerado de la profesión.

En relación con el punto anterior, hay que enmarcar las tensiones entre los médicos convencionales y los que se adhieren a las prácticas no convencionales, alternativas o complementarias<sup>153-160</sup>. Estas son ampliamente utilizadas por la población en todos los países desarrollados y los gobiernos las ven con creciente interés en el contexto de la racionalización-contención de costes imperante.

El desarrollo de nuevos esquemas de organización-gestión de las organizaciones sanitarias han propiciado la irrupción de una progresiva fragmentación de la homogeneidad de la profesión, que contribuye poderosamente a generar tensiones intraprofesionales. En efecto, en este contexto de tensiones se ha podido hablar de "médicos contra médicos"<sup>161</sup> y Hafferty y Light han sistematizado las áreas de disputa contraponiendo los médicos generadores de conocimiento a los que lo utilizan, los médicos generadores de normas a los que deben seguirlas, los médicos gestores a los gestionados, y los médicos empleadores a los empleados<sup>129</sup>. Especialmente en las organizaciones complejas de hoy en día, se da con mucha frecuencia el caso del "médico espiralista" que cambia a menudo de puesto de trabajo en una ascensión por la vía de la gestión, que le per-

mite aumentar su salario y mejorar su posición con cada cambio, a costa de dejar de lado el ideal profesional<sup>152</sup>.

Como consecuencia del trabajo profesional en aquellas organizaciones complejas y el ambiente que en ellas existe, se observa una creciente sindicalización. Este hecho, por sí mismo, no tiene porqué ser negativo para la profesión pero lo es cuando, como viene ocurriendo en muchos países el nuestro incluido, el ideal sindical suplanta al ideal profesional. Como ejemplo de dicha suplantación podemos considerar lo que viene ocurriendo con la formación médica continuada. Que los médicos exijan que les sea proporcionada por el agente empleador, en el lugar de trabajo, durante su jornada laboral y sin coste no cabe duda que constituye una reivindicación sindical loable pero, vista desde la perspectiva profesional, representa una miopía extraordinaria porqué deja en manos del empleador una responsabilidad primaria del médico que abdica, así, de una de sus obligaciones más importantes, mantenerse competente, con lo que contribuye a devaluar su papel como profesional responsable, comprometido y capacitado para dar respuesta a las necesidades de cada momento<sup>162</sup>. En otro orden de cosas, la homologación del colectivo profesional con otros colectivos ocupacionales no profesionales actúa también y poderosamente en detrimento de la profesión.

Las grandes variaciones que se observan en la aplicación del conocimiento a la práctica por parte de los profesionales, incluso en situaciones clínicas altamente protocolizadas<sup>163</sup>, no se acaba de reconciliar muy bien con el fundamento científico invocado y da argumentos a los gobiernos para que intervengan con objeto de asegurar la racionalidad y uniformidad de actuación y la disminución de costes consiguiendo<sup>164</sup>, lo que se traduce en un nuevo acoso a la profesión.

En conexión con este punto hay que considerar la introducción de guías clínicas y protocolos de actuación, uno de los aspectos más sobresalientes de la denominada medicina basada en la evidencia. De las bondades de los mismos, entre otras para asegurar unos estándares (mínimos) de calidad, nadie puede dudar; sin embargo, lo que no suele ser tenido en cuenta son los peligros potenciales que encierran para la profesión desde tres vertientes. La primera de ellas es la antítesis existente entre el ideal de uniformización-harmonización de los protocolos y guías y el ideal de discrecionalidad del profesionalismo genuino. Con ellos se pretende la resolución de situaciones estándar mientras que, en la práctica, el profesional se encuentra con situaciones específicas que ha de resolver utilizando su experiencia y conocimientos. La aplicación de un protocolo-guía la puede hacer cualquier profesional-técnico, en ocasiones sin necesidad de ser médico, mientras que la aplicación adaptada a la situación del paciente concreto únicamente la puede hacer un profesional-experto, con un gran bagaje de conocimiento tácito. No es difícil deducir que esta limitación entronca con aquella fragmentación del quehacer profesional de la que hablaba antes y contribuye a potenciar los peligros señalados allí para el ideario profesional.

Otra vertiente es la de la producción de los protocolos-guías y su repercusión sobre la autonomía de actuación y

la irrupción de grupos de profesionales enfrentados. En efecto, como ha señalado Harrison<sup>165</sup>, por más que los protocolos-guías pueden servir como elemento de potenciación de la autonomía profesional, en la práctica lo que ocurre es una limitación de la misma para aquellos que los aplican los cuales, además, pueden asistir a su utilización por parte de los gestores para definir los márgenes de actuación profesional en los contratos de servicios<sup>166</sup>. Por otro lado, no hay que desdeñar el peligro potencial de que los médicos que producen protocolos-guías se conviertan en unos nuevos burocratas<sup>165</sup>.

La tercera vertiente de consideración es la actitud de los profesionales ante los protocolos-guías y su cumplimiento. Inmersos en el ambiente de superficialidad y escaso compromiso que analicé más arriba, muchos profesionales exhiben unos niveles de cumplimiento limitados, como se ha demostrado en el caso de la guía sobre asma de la British Thoracic Society, al encontrarse que las enfermeras comunitarias la conocen y aplican mejor que los médicos<sup>167</sup>.

De entre el resto de fuentes de acoso interior cabe mencionar las dificultades que encuentra el profesional para explicar el componente tácito de su acervo de conocimiento a los demás; la propia ignorancia consciente del médico de la naturaleza del profesionalismo, cómo se adquiere y preserva<sup>117</sup>; la apatía hacia las organizaciones profesionales, que son vistas como ajenas cuando no criticadas abiertamente en la mayoría de países occidentales<sup>168</sup>; y, por encima de todo, como un magma que todo lo impregna, el descontento, la desmotivación, el desencanto del médico en particular y de la profesión mayoritariamente.

Este profundo descontento, que se ha convertido en el banderín de enganche de una gran parte de la profesión, viene en gran manera motivado por la pérdida de capacidad de autocontrol en manos de los agentes de control externo, pero también, por los cambios socio-culturales y el tipo de personalidad que ha aparecido en el mundo postmoderno. El carácter de acoso que esto representa para la profesión deriva del hecho de que el profesional actual se encuentra realmente desorientado, al igual que la sociedad en general<sup>169</sup>, lo que se traduce en una dificultad para organizar la vida (la vida profesional, en este caso) mediante convicciones razonadas y razonables y para encontrar soluciones al panorama desesperanzador en el que vive la profesión en conjunto.

En resumen, a la vista de los acosos exteriores e interiores que sufre la profesión médica en la actualidad se puede hablar de un verdadero riesgo de desprofesionalización<sup>170</sup>. Por más que la teoría de la desprofesionalización ha sido rebatida desde diversos sectores, no cabe duda que, en la realidad, se pueden observar trazas de la misma en todos los países. Para España propongo el esquema de la Tabla 1, en el que he intentado compendiar aquellos elementos que, en un sentido u otro, pueden intervenir en dicho proceso<sup>171</sup> y que deberían ser tenidos en cuenta, estimulando los positivos y combatiendo los negativos, si, como espero, la profesión médica de nuestro país toma conciencia de la situación en la que se encuentra y de los peligros que la acechan.

## COMO SUPERAR LA SITUACIÓN

En respuesta al reto que acabo de plantear, en este apartado voy a intentar compendiar las posibilidades del médico de hoy para superar con éxito la prueba de fuego del mantenimiento y mejora de su ideario profesional. En todas las estrategias que voy a analizar subyace una idea capital: los médicos han de ser capaces de ver la realidad libres de prejuicios y de complejos, partiendo de la base de que "nada es tan invisible como lo obvio"<sup>172</sup>.

### a. Combatir tópicos y falacias

Algunas de las actitudes de los médicos están basadas en falsas asunciones de la realidad. Véase, por ejemplo, el caso de la creencia en el deterioro de la confianza del público hacia la profesión, que se contradice con la información de la que se dispone. En efecto, tanto los datos de encuestas llevadas a cabo en el Reino Unido<sup>173,174</sup> como en España<sup>175</sup> demuestran como la profesión médica sigue situándose entre las dos o tres primeras en el ranking de consideración y confianza de la población.

Lo mismo puede decirse de la creencia, muy extendida entre la profesión, de que ésta se ha convertido en el blanco de los ataques de los medios de comunicación. Una vez más, la información de que disponemos no la sustenta como se deriva de los resultados del análisis de los artículos aparecidos en tres grandes periódicos ingleses (Daily Telegraph, Guardian y Daily Mail) durante los años 1980-2000, que demuestra que, aún cuando han aumentado las noticias sobre cuestiones relacionadas con la salud y la medicina, no ha variado significativamente la relación entre buena y mala prensa de los médicos a lo largo de estos veinte años<sup>176</sup>.

Y otra de estas asunciones que no se corresponden estrictamente con la realidad es la relacionada con la pérdida dramática de autonomía. Como ha demostrado Carlin, la

TABLA 1. Indicios de desprofesionalización de la profesión médica en España

Limitación de la autonomía . . . . .	+/-
Deterioro de la credibilidad social . . . . .	-
Debilitamiento del reconocimiento oficial . . . . .	+/-
Baja autoestima . . . . .	+
Disminución del componente ético . . . . .	+/-
Limitado ejercicio de la autorregulación . . . . .	+
Sindicalización de los temas profesionales . . . . .	+
Primacía de los intereses económicos . . . . .	+/-
Aumento de la normatización del trabajo profesional . . . . .	+
Crecimiento/aparición de otras profesiones limítrofes . . . . .	+
Protagonismo del papel de no profesionales . . . . .	+/-

+ Muy presente  
 +/- Relativamente presente  
 - Prácticamente inexistente



creencia de que el médico liberal de antaño gozaba de un grado significativamente mayor de autonomía es una falacia porque tiende a desconocer los elementos numerosos y tanto o más poderosos que ahora que existían entonces para condicionar la libertad de decisión del médico<sup>177</sup>; y en el mismo sentido ha abundado Mechanic, al concluir que no existe una correlación directa entre la pérdida de autonomía del profesional actual con el desarrollo del estado del bienestar y la consiguiente intervención estatal<sup>178</sup>. Así pues, empezamos a ver como algunas de las percepciones de los médicos acerca de su situación actual, por más que se sustenten en hechos reales, se ven considerablemente magnificadas por la propia actitud de los profesionales, derivada de aquellos cambios socio-culturales y modificaciones de personalidad que analicé más arriba.

En esta misma línea hay que situar el descontento, desánimo y desmotivación que exhiben los médicos a diario como elemento aglutinador del sentir colectivo de la profesión. Que esta percepción existe es incuestionable; basta con ver las publicaciones a las que hice referencia al comienzo y otras que abundan aún mas en el fenómeno, al referir que hasta un tercio de los médicos irlandeses no optarían por estudiar medicina si volvieran a empezar sus estudios universitarios<sup>179</sup> o que un 43% de los médicos californianos están dispuestos a abandonar la profesión en los próximos tres años<sup>180</sup>. De lo que se trata es de situar esta sensación en el contexto en el que emerge y desentrañar sus orígenes, para poder combatirla con éxito.

Por lo que se refiere al contexto, es bueno recordar que el descontento e insatisfacción es una característica común a la sociedad de la mayoría de países europeos, como ha puesto de manifiesto la "Encuesta mundial de valores 2000" llevada a cabo en 65 países de todo el mundo<sup>181</sup>, de lo que podemos deducir que el sentimiento de los médicos no difiere del de la población en general y no constituye, pues, un elemento diferencial. En esta misma línea, tampoco parece que un fenómeno aducido como íntimamente relacionado con aquella sensación, el estrés, sea un elemento diferencial dado que, según han demostrado McManus y cols.<sup>182</sup>, el estrés percibido por los médicos del Reino Unido no difiere significativamente del percibido por la población general. A la vista de estos hechos y de las respuestas que los médicos ingleses y de otras naciones dieron al cuestionario lanzado a través de su página web por el British Medical Journal y las que van dando los médicos catalanes y de otras áreas de España al del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona difundido, asimismo, a través de su página web, hemos de concluir que muchas de las causas aducidas son escasamente consistentes y altamente subjetivas y que, en consecuencia, gran parte del problema radica en la propia actitud de los médicos, que no para de verse potenciada en un círculo de retroalimentación permanente a través de debates, reuniones, publicaciones, etcétera, que magnifica un hecho que, a la luz de los datos empíricos de que se dispone, no parece tener las dimensiones que se le atribuyen ni distribuirse homogeneramente en el seno de la profesión<sup>183,184</sup>. Como han puesto de relieve diver-

sos autores, esta sensación de desencanto y frustración, enmarcada en el clima de desorientación de que hablé antes, se relaciona estrechamente con una baja autoestima y confianza en las propias potencialidades<sup>185,186</sup>; por lo que bueno será recordar que, para superarla, lo primero que hay que hacer es fomentar la autosuficiencia y autoeficacia<sup>187,188</sup>, sin abandonarse al desencanto ni instalarse en la "cultura de la queja"<sup>189</sup> sino poniendo en práctica una cultura del liderazgo y del compromiso responsable<sup>190,191</sup>.

Y como último punto, me parece oportuno señalar que aducir todo este armamentario para justificar la desmotivación profesional no contribuye en nada a facilitar la salida de la crisis ni a preciar la figura del médico; la motivación es un hecho enormemente complejo, profundamente arraigado en la propia personalidad<sup>192</sup>, por lo que acusar a factores exteriores de la desmotivación no hace otra cosa que patentizar las limitaciones propias a la hora de encarar la situación, por no tomar en consideración los factores de orden interno que han de ayudar primariamente al médico a encontrar su motivación por el trabajo profesional. Como oportunamente señalan Edwards y cols<sup>193</sup>, para superar la desmotivación no basta con mejores condiciones estructurales, materiales y económicas sino que hay que adecuar el balance entre expectativas y realidades, profundizando en el profesionalismo.

## b. Rebatir las acusaciones

Todas las acusaciones que se lanzan contra la profesión (monopolio, credencialismo, elitismo, corporativismo y arbitrarismo) son netamente rebatibles<sup>118</sup> y constituyen, por ello, una excelente oportunidad para aumentar aquella autoestima de la que hablaba, al permitir adoptar un posicionamiento activo de reafirmación de los valores profesionales auténticos. La profesión tiene ante sí dos vías de actuación en este terreno: por un lado, la elaboración y diseminación de mensajes que contrarresten el impacto de las acusaciones y, por otro, la actuación decidida en algunos casos tomando como base su ideario.

El monopolio nada tiene que ver con el sentido que se le da en el mercado, ya que no reposa en la riqueza o el poder económico y ni tan solo en el conocimiento en sí sino más bien en el ejercicio de una esfera de saber basado en la competencia. Si la profesión sabe enlazar esta reivindicación con el servicio al cliente-paciente, el monopolio basado en la competencia puede ser presentado como una garantía de calidad de la prestación, muy especialmente si se acompaña de la puesta en práctica de iniciativas de evaluación periódica de la competencia individual.

Por lo que respecta al credencialismo, hay que presentarlo como "un sistema de señales credenciadoras, creíble, fiable, comprensible y actualizado"<sup>118</sup> y debe apoyarse en aquellas iniciativas de las que acabo de hablar, tendentes a la recertificación-recolegiación o a evaluar periódicamente la competencia del médico en ejercicio<sup>194-196</sup>, algunas de las cuales ya se han aplicado limitadamente en nuestro país<sup>197-200</sup>.

El elitismo hay que reivindicarlo centrándolo en el sentido de la exigencia y compromiso superiores que entraña

y distanciándolo de concepciones equivocadamente asociadas a él como desigualdad o injusticia<sup>201,202</sup>; tan erróneo resulta equiparar democracia con igualitarismo como elitismo con inequidad e injusticia<sup>19</sup>. Hay que hacer un considerable esfuerzo hacia fuera y, sobre todo, hacia dentro de la profesión porque, en efecto, es el propio médico quién actualmente se siente incómodo cuando se le habla de elitismo, inmerso como se halla en un ambiente de igualitarismo y populismo a ultranza.

El arbitrarismo debe ser enunciado más bien como discrecionalismo, es decir la aplicación del conocimiento general a cada caso concreto en un afán de individualizar la atención al paciente, como contraposición a la racionalización homogeneizadora que propugnan los sistemas burocráticos de gestión actuales. Si es presentado de esta forma, no cabe duda que la profesión puede obtener el soporte de la ciudadanía, deseosa cada vez más de que se respete su identidad y sus características personales en el encuentro con el médico. Éste, por su lado, debe convencerse de que tanto mejor profesional se es cuanto más capacidad se tiene para responder a situaciones de incertidumbre y no normatizadas, haciendo uso de la experiencia y del saber tácito del que repetidamente he hablado; quién únicamente sabe actuar siguiendo los códigos y protocolos y no se atreve a superarlos cuando los aplica al paciente concreto, cae en el terreno del profesional-técnico que debe situarse, como vimos, en un rango inferior al del profesional-experto<sup>203</sup>.

Por último, en relación con la acusación de corporativismo, la profesión debe hacer un profundo análisis de su actuación histórica y ser capaz de ver que cuanto más se encierra en la defensa de sus propios intereses a través de prácticas defensivas encubridoras, olvidando los de la población a la que debe servir, más se aleja de la legitimidad que le confiere el contrato social que sustenta su estatus. Aún cuando la acusación genérica de corporativismo es injusta, es recomendable que la profesión adopte medidas urgentes en dos campos relacionados con su capacidad de autorregulación: el de los errores médicos y el de los profesionales que incumplen los requerimientos éticos y científico-profesionales.

En el primer caso, la profesión debe modificar su tradicional actitud de reserva y ocultación y encarar el problema con apertura y visión clara de futuro. Debe aceptar, en primer lugar, que el problema es real<sup>204,205</sup> y, por otra parte, que equivocarse es humano, por lo cual debe poner manos a la obra para buscar soluciones en colaboración con otros<sup>206-209</sup> y ser capaz de aprender a partir de los errores<sup>210,211</sup>. A buen seguro que un planteamiento de este tipo, si se acompaña de propuestas colaterales tendentes a resarcir a los perjudicados, ha de gozar de la aceptación de los actores sociales, inmersos en la sociedad del riesgo de que hablé al inicio y en un proceso de prevención pactada de eventos azarosos y de garantía y mejora de la calidad<sup>212</sup>.

En el caso de las conductas profesionales desviadas, ya sea por incompetencia o por incumplimiento de los deberes éticos, las organizaciones profesionales han de ser mucho más rigurosas de lo que lo han sido hasta ahora, ejerciendo

sin dilación y en toda su amplitud las competencias que las normativas legales y administrativas les conceden y promoviendo, cuando sea el caso, otras que las complementen. El cumplimiento de esta faceta disciplinaria debe reposar en un marco preventivo, basado en la recertificación-recolegiación, y en un marco sancionador que tienda, por un lado, a diferenciar claramente el error de la falta; por otro, a ofrecer oportunidades de reciclaje al profesional incompetente; y, finalmente, a separar de la profesión al médico que se haga merecedor de esta sanción máxima<sup>213-216</sup>. Sin duda, las actuaciones en este campo son las que más eficazmente han de contribuir a reforzar la imagen de la profesión ante la sociedad, al hacer más creíble su compromiso con la defensa de la salud de los ciudadanos por encima de los intereses de los propios médicos.

### c. Promover y fomentar el profesionalismo

En este sentido, las organizaciones profesionales pueden actuar en, al menos, cuatro ámbitos. El primero es el de tratar de conseguir que el profesionalismo entre en los planes de estudio de las facultades de medicina, con el objetivo de que los futuros médicos se familiaricen con el ideario profesional desde el inicio, como la manera más eficaz de socializarse en este ideario e introyectarlo en su conducta<sup>217</sup>. En los últimos tiempos ha surgido una literatura abundante sobre el tema y los ejemplos en los que inspirarse son numerosos<sup>56, 218-222</sup>.

Un segundo ámbito es el del establecimiento de una clara distinción entre la titulación universitaria/administrativa de médico/especialista y la licencia para el ejercicio, con lo que se consigue patentizar uno de los componentes esenciales de la autorregulación (control de acceso).. Esta distinción ya existe en algunos países (notoriamente en el Reino Unido), pero no en la mayoría. En España, no parece que debiera ser difícil introducirla; de hecho, recientemente (a mediados de 2002) el Consejo General de la Abogacía hizo público su interés por aplicarla en un inmediato futuro.

Allí donde, como en España, no lo han hecho, las organizaciones profesionales han de reformular explícitamente el ideario profesional, actualizándolo y difundirlo ampliamente. Para ello pueden tomar ejemplo de las iniciativas llevadas a cabo en los últimos tiempos en distintos países<sup>223-225</sup>, que han producido versiones puestas al día, enfatizando algunos componentes como los de humanitarismo, honradez, confianza, confidencialidad, competencia, compromiso, contrato con el paciente y contrato con la sociedad<sup>226</sup>. En estas nuevas formulaciones deben incluirse, además, conceptos tan importantes como el de la buena comunicación con el paciente, la interdependencia y el partenariado, la necesidad de enfrentarse a la complejidad utilizando nuevas formas de pensamiento, la conveniencia de fomentar la creatividad y el liderazgo, la pugna por la excelencia ofreciendo una prestación altamente diferenciada y cualificada, la oportunidad de limitar los excesos de medicalización que diversos actores del mundo sanitario están interesados en fomentar y, por último, la conciencia

de que no se puede actuar ignorando las limitaciones de recursos propiciando una “medicina marginal” que aporta escasos beneficios para la salud de los individuos a un precio injustificadamente elevado<sup>227-235</sup>.

Por otra parte, en los códigos éticos tradicionales deben incorporarse nuevas concepciones relacionadas con la que Lipovetsky denomina “ética prudente” en substitución de la ética maximalista<sup>236</sup>, con la investigación clínica, un campo especialmente sensible en la actualidad, en el que la profesión debe dedicar mayor atención para evitar que los intereses profesionales sean confundidos con los de terceros<sup>237,238</sup>, y, muy especialmente, con los aspectos éticos de las organizaciones, en lo que se refiere al deber de proporcionar las condiciones mínimas que garanticen que el trabajo del médico pueda desarrollarse en condiciones adecuadas de calidad y seguridad para el paciente<sup>25, 239</sup>. Aquí hay que recordar, como lo hace Aubia<sup>240</sup> tomando los postulados de MacIntyre<sup>241</sup>, que la corriente del neohipocraticismo ético converge con el ideario del profesionalismo en su capacidad para proporcionar herramientas útiles, al médico y a sus organizaciones profesionales, para hacer frente a la influencia “corruptora” de las instituciones.

En este misma línea y retomando algunas de las ideas expuestas anteriormente, las organizaciones profesionales pueden y deben hacer esfuerzos considerables para difundir mensajes orientados a dar a conocer lo esencial del profesionalismo a la población y al resto de actores sociales, con los que han de contar para mantener o mejorar su estatus. Han de aprovechar cualquier ocasión para ello y, además, deben diseñar campañas informativas para este fin tomando el ejemplo de otras profesiones, sanitarias o no, que lo han hecho en los últimos años.

En otro orden de cosas, han de introducir incentivos o distinciones profesionales que tiendan a resaltar el comportamiento profesional excelente y hacer un ejercicio de memoria histórica en el que recuerden el ejemplo de profesionales distinguidos, con el objetivo de enfatizar el largo camino seguido por la profesión a lo largo del tiempo y aportar referentes prestigiosos, muchos de los cuales gozan de un enorme aprecio popular por sus indiscutibles méritos y aportaciones sanitarias y sociales.

Finalmente, es deseable que las organizaciones profesionales dediquen recursos a la gestación de ideas que les permitan enfrentarse con mejores garantías de éxito a los retos futuros en base al ideario profesional. Aunque esta recomendación es útil para todos los países, lo es especialmente para aquellos que, como el nuestro, tienden a olvidar este componente de prever el futuro para mejor afrontarlo.

#### **d. Ejercer más activamente el profesionalismo**

Este es un campo de actuación especialmente importante porque entronca con la defensa de la profesión y de su área jurisdiccional propia, de la que hablé más arriba como un elemento indispensable para el mantenimiento del estatus profesional permanentemente. A efectos descriptivos y en función de la relevancia del trabajo profesional en el seno de organizaciones burocráticas comple-

jas, voy a diferenciar las actuaciones en dichas organizaciones y las actuaciones en general.

Por lo que se refiere a las primeras conviene, ante todo, rebatir algunas falacias y tópicos muy extendidos como el de la supuesta incompatibilidad entre los objetivos de las organizaciones y los del profesional que trabaja en ellas y el de la antítesis entre la gestión y la clínica. En efecto, los fines y objetivos de las organizaciones pueden coexistir perfectamente con el ideario profesional, si ambas partes se aplican en conseguirlo con inteligencia y voluntad<sup>242</sup>; por otro lado, si los profesionales dependen de aquellas laboralmente, ellas dependen a su vez de los profesionales para alcanzar sus objetivos<sup>37</sup>. En cuanto a la supuesta radical antítesis entre la mentalidad gestora y la mentalidad clínica, parte de una incompreensión de lo que una y otra persiguen y del método de razonamiento que utilizan. Si se contemplan desde una óptica desapasionada, se puede ver como ambas comparten más de lo que parece y que se pueden hacer aproximaciones razonables partiendo, por ejemplo, de las herramientas de la epidemiología clínica<sup>243-247</sup> y de las experiencias concretas evaluadas<sup>248</sup>.

Al considerar el engarce del profesional en las organizaciones, hemos de distinguir entre las que poseen una fuerte cultura de organización y las que la poseen más débil<sup>249</sup>. Si a este sustrato cultural añadimos el de la cultura profesional imperante, resulta una clasificación en cuatro categorías (fuerte cultura organizativa y fuerte cultura profesional, débil cultura organizativa y fuerte cultura profesional, fuerte cultura organizativa y débil cultura profesional, débil cultura organizativa y débil cultura profesional) que nos ha de ser muy útil a la hora de programar actuaciones orientadas a potenciar el papel del profesional en una organización concreta. En este mismo sentido, también nos puede ser útil retomar los conceptos de Mintzberg acerca de las que él denomina “burocracias profesionales” u “organizaciones de servicios personales”<sup>250</sup>, que otros habían etiquetado antes de “organizaciones con capacidad de autocorrección”<sup>251</sup> para diferenciarlas de las burocracias tradicionales o burocracias maquinales, y en las que tienen un papel protagonista las iniciativas de “peer review” y abundan los comités y equipos de trabajo “ad hoc”. En este tipo de organizaciones, que en los últimos tiempos han evolucionado hacia las que se denominan “organizaciones inteligentes” u “organizaciones orientadas hacia el aprendizaje”<sup>252-254</sup>, cuyas características he analizado en otra parte<sup>163</sup>, el ideario burocrático que vimos en apartados anteriores se halla superado<sup>255</sup> y se da una primacía absoluta del capital intelectual<sup>256</sup> por más que, en la práctica, los nuevos esquemas organizativos todavía coexistan con los tradicionales taylorianos y weberianos.

Tales organizaciones presentan una serie de características que, si el profesional sabe aprovechar optimamente haciendo gala de una mentalidad proactiva y huyendo de las rutinas defensivas propias de los trabajadores cualificados<sup>257</sup>, le pueden conferir una ventaja indudable. Para ello, en primerísimo lugar, debe convencerse de que su mentalidad de profesional, preparado para manejar situaciones complejas y diferenciadas y para utilizar el razonamiento

tácito/intuitivo<sup>258,259</sup>, le confiere una superioridad natural que ha de saber aprovechar. Si, basándose en las esencias del profesionalismo, adopta una actitud de confianza más en sí mismo que en la posición jerárquica, de capacidad de colaboración con otros, de compromiso y entusiasmo y de disponibilidad para aprender permanentemente<sup>260</sup>, sin lugar a dudas puede resituarse ventajosamente en el seno de la organización por más que ésta intente recortar su autonomía profundizando en la normatización y la división del trabajo a ultranza. En este punto hay que insistir, una vez más, en que el profesional debe posicionarse lúcida-mente ante el tema de los protocolos/guías de actuación<sup>261</sup> y los más actuales esquemas de gestión por procesos, sabiendo aprovechar sus incuestionables ventajas (basicamente la garantía de una calidad mínima homogénea y la evitación de errores de bulto) pero sabiendo valorar, asimismo, sus indudables desventajas (contraposición a la discrecionalidad, generación de trabajo improductivo con sus consecuencias sobre la oferta de servicios, aumento ostensible de costes en algunos casos<sup>262</sup> y, por último, cobertura limitada del espectro asistencial).

En esta misma línea, el profesional puede aprovechar otros fenómenos que se dan en las organizaciones para afianzar su posición. Uno de ellos es el que Pfeffer y Sutton han calificado de “trampa del discurso inteligente”, según la cual con frecuencia se usa una palabrería complicada y vacía de contenido operativo<sup>263</sup>; ni que decir tiene que frente a ella, el profesional debe posicionarse con su discurso pragmático de resolución de problemas concretos, capaz de superar la laguna existente entre conocimiento y acción, tan característico de las organizaciones. Otro es el que Argyris ha tipificado como “falacia de la comunicación”<sup>264</sup>, basada en la implementación de numerosas iniciativas tendientes a facilitar la comunicación entre los empleados y los clientes, con la vista puesta en el hecho de la comunicación más que en el contenido de la misma y con un relegamiento ostensible del profesional; dichas iniciativas pueden llegar a representar un serio obstáculo para la consecución de los objetivos reales de la organización y, sobre todo, para el aprendizaje continuo y ofrecen una inmejorable oportunidad al profesional para aportar su criterio de sensatez en la comunicación con el paciente, basado en la confianza y la trasmisión de mensajes con sentido. Un último fenómeno de la organización que puede ser aprovechado por el profesional es la existencia de la estructura informal o la “otra cara de la burocracia”<sup>265</sup>, en base a la cual puede adaptarse con ventaja a la estrategia actual de organización denominada “comunidades de práctica”<sup>266</sup>, que viene gozando de una buena aceptación y que no le ha de ser desconocida al médico, acostumbrado tradicionalmente a participar en grupos de trabajo intra o interhospitalarios ajenos por completo a cualquier regulación burocrático-administrativa.

La sensación de que el poder de los gestores no para de crecer y el de los profesionales de retroceder debe modularse con algunas aportaciones que enfatizan hechos observables en los últimos tiempos y que contradicen aquella creencia<sup>74</sup>: el considerable poder de que aún dispo-

nen los grupos profesionales, el progresivo auge de cliente-la privada en algunos países, la falta de interés de los propios gestores por aumentar su poder en algunas áreas, la fragmentación y conflictividad de intereses entre ellos, el interés de algunos gobiernos en no conceder mayores cotas de poder a los gestores, el creciente poder de los usuarios organizados, la incomodidad en la que se mueven los gestores a la hora de racionalizar la prestación asistencial en contraposición al hábito del profesional de seleccionar el esquema asistencial más adecuado para cada paciente y, por último, la posibilidad más que teórica de que los propios médicos se conviertan en gestores competentes, sin necesidad de adherirse a la ideología de gestión actual<sup>267,268</sup>, basándose en sus capacidades de gestión clínica<sup>269</sup> y de juicio clínico como soporte<sup>243,270</sup>.

En este contexto, menos desfavorable de lo que ellos mismo con frecuencia creen, los médicos que trabajan en organizaciones deben actuar decididamente en varios frentes. El primero es tratar de minimizar los enfrentamientos entre los diversos tipos de profesional, rehabilitando la figura del director médico (en España, como en otros países, injustamente relegada), que no tiene porqué alejarse definitivamente y en todos los casos de la práctica asistencial, siendo aconsejable que sea elegido entre los propios médicos, y aceptando y estimulando la participación de colegas con formación específica en cargos de gestión intermedios. El segundo es potenciar los estamentos de cariz profesional, distinguiéndolos netamente de los de carácter sindical. El tercero, activar intensamente los comités de calidad y de ética, lamentablemente caídos en el ostracismo en muchos centros sanitarios de nuestro país, en una abdicación injustificable del ancestral ideario profesional del “peer review”<sup>271</sup>. El cuarto, participar activamente en la que modernamente ha venido en llamarse “clinical governance”<sup>272</sup>, que incluye el trabajo relacionado con la organización de los esquemas asistenciales, del control de calidad y del diseño de programas de desarrollo profesional continuo, entre otros, y cuyo tiempo necesario, de una enorme trascendencia para el mantenimiento-mejora del estatus profesional, ha de reivindicarse como tiempo computable en su horario laboral incrementando la proporción que representa actualmente, como propone el “informe Wanless”<sup>273</sup> (incremento del 5% actual en los hospitales del Reino Unido al 10% propuesto); en este mismo sentido, el médico debe reivindicar sus capacidades y ejercerlas activamente en el mantenimiento interno de la organización y en la adaptación al ambiente externo, dos actividades complementarias a la actividad nuclear de toda organización que no es otra que el cumplimiento de sus objetivos en términos de producción asistencial<sup>74</sup>. Y el quinto, actuar en el frente de la carrera profesional, que debe verse como una inmejorable oportunidad de afianzar la posición del profesional en base a su ideario y unirse inextricablemente al mantenimiento de la competencia, a la formación continuada y, en la concepción más actual, al desarrollo profesional continuo<sup>275</sup>.

Las actuaciones generales han de contemplarse desde el punto de vista de los médicos y de sus corporaciones pro-

fesionales. Aquellos deben, en primer lugar, ejercer cotidianamente el profesionalismo sin complejos, creyendo firmemente en sus bondades y características diferenciales, según vimos al definir una profesión; si por negligencia o falta de convencimiento el médico se aleja del perfil de profesional exigible, el profesionalismo se resiente. También han de involucrarse más activamente en el funcionamiento de sus corporaciones profesionales, superando la atonía y criticismo actuales tan comunes en nuestro país y en otros muchos, incluso en aquellos de tanta tradición profesional como el Reino Unido<sup>276</sup>. Además, han de saber encontrar líderes profesionales que sean capaces de conducirlos por sendas que, superando la tentación del enfrentamiento sistemático y la actuación reactiva, les permitan resituarse con ventaja en el panorama sanitario actual, lleno de nuevas oportunidades para el profesional competente y responsable<sup>277,278</sup>. Finalmente, un ámbito en el que, a pesar de las aparentes desventajas pueden actuar cimentando su posición, es el de la información.

En efecto, aún cuando, como vimos en un apartado anterior, el acceso fácil del público a una cantidad cada vez mayor de información puede liberarle aparentemente de la dependencia del profesional, en la práctica lo que ocurre es que aumenta la incertidumbre y la contingencia<sup>279</sup> y que el individuo se ve obligado a la toma de decisiones continuamente en un contexto de amplia libertad (“homo optionis” se ha denominado al hombre de hoy)<sup>280</sup>, que le comporta una actitud ambivalente y huidiza frente a la misma, que ya enunciara Fromm hace más de cincuenta<sup>281</sup> y que más recientemente ha puesto de manifiesto Crozier<sup>282</sup>. En este ambiente de exceso de información<sup>283</sup>, lo que hace falta son filtros adecuados que protejan al individuo de la información inexacta y superflua<sup>284</sup>, que actúen como un verdadero “sistema inmunitario de la información”<sup>285</sup>. Y es obvio que esta función la puede y debe ejercer el médico en el mundo sanitario, en beneficio del cliente-paciente y de su propia posición profesional que sale, así, reforzada; sobre todo si, adicionalmente, también actúa como garante de la fiabilidad o confianza que el individuo necesita en el contexto de los “sistemas expertos” y “sistemas abstractos” que Giddens ha postulado como característicos de nuestra época<sup>286</sup> o en el de la sociedad del riesgo descrita por Beck<sup>3</sup>.

Por lo que se refiere a las corporaciones profesionales, en nuestro país muy específicamente los colegios de médicos, han de tener claro que deben actuar en los tres frentes propios de toda organización que he mencionado más arriba: consecución de sus objetivos específicos, mantenimiento de su sistema interno y adaptación al ambiente exterior<sup>274</sup>.

En lo tocante al primero, deben profundizar en el ideal del profesionalismo en las líneas que enuncié antes y, muy especialmente en la resolución del dilema autonomía-responsabilidad que subyace en toda la problemática profesional del momento<sup>287</sup>. Deben esforzarse en hacer más creíble la autorregulación<sup>288</sup>, para lo cual deben poner en práctica muchas de las actuaciones enunciadas en los apartados anteriores. Deben fomentar nuevas formas de gestión profesional que satisfagan más a los médicos (la

experiencia del Colegio de Médicos de Barcelona en este sentido es altamente esperanzadora) y estimular el conocimiento y profundizar en las posibilidades de la antes mencionada “clinical governance”<sup>272, 289, 290</sup>. Y han de actuar más decididamente en el ámbito de la formación médica continuada, sobre todo en lo que se refiere a su acreditación, basándose en las experiencias ya existentes<sup>291</sup>, en la que hace un tiempo está introduciendo la U.E.M.S. a nivel europeo, y en la que actualmente se está desarrollando en nuestro país con la preparación del sistema de acreditación de actividades formativas para médicos (SEAFORMEC), dependiente del de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, y en el que se integran el Consejo General de Colegios Médicos, la Federación de Asociaciones Científico-Médica de España, la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. En base a tales iniciativas y a otras que, como vimos, se están llevando a cabo en el terreno de la evaluación de la competencia, han de profundizar decididamente en la recertificación-recolegiación, como está ocurriendo en algunos países europeos y hace tiempo se está aplicando en otros.

En el mantenimiento de su estructura interna es evidente que, particularmente en nuestro país, han de adaptarla a las necesidades actuales, dotándose de bases estatutarias sólidas y puestas al día, adoptando esquemas organizativos ágiles y capaces de dar respuesta a la situación cambiante y de conferir a la profesión la imagen que se pretende, articulando iniciativas modernas de registro-licencia y promoviendo iniciativas que reposen en una mentalidad proactiva de adelantarse al futuro en sustitución de la mentalidad reactiva que ha imperado en los últimos tiempos. Adicionalmente, han de dedicar esfuerzos a canalizar las tensiones entre los distintos grupos de profesionales<sup>292</sup> y agrupar los esfuerzos de las distintas organizaciones con objeto de superar las rivalidades y los conflictos abiertos y conseguir que la profesión hable con una sola voz<sup>293</sup>. En este sentido, es importante que se diferencien claramente los ámbitos de las organizaciones sindicales de los de las genuinamente profesionales, con objeto de aprovechar sus sinergias evitando los solapamientos confusivos, a menudo negativos para la profesión; y si, como ocurre en algunos casos, es una misma organización quien desempeña ambas funciones, es altamente aconsejable que diferencie nitidamente dos estructuras operativas al cargo de cada una de dichas funciones. Algunas experiencias recientes, aunque se hayan llevado a cabo en un contexto tan diferente como el de EE.UU. de Norteamérica, pueden servir de pauta orientadora<sup>294-296</sup>.

En aquel contexto de partenariatio de que hablé, las corporaciones profesionales han de ser capaces de establecer alianzas estratégicas con los demás agentes sociales: agencias gubernamentales, organizaciones comunitarias, gestores sanitarios, otros proveedores sanitarios, compañías de seguros, .... Y, en base al ideario profesional repetidamente enunciado, han de saber aprovechar las complicidades con el estado (sanción y protección del

ámbito jurisdiccional propio)<sup>117</sup> y ejercer todo su potencial de influencia política mediante su participación en los altos puestos de gobierno, en la gestión directa o indirecta de las agencias gubernamentales, en la multitud de actuaciones de sus órganos de presión o en la red de asociaciones profesionales e interprofesionales<sup>298</sup>.

Tras haber puesto orden en su propia casa, como dice Salter<sup>299</sup>, la profesión podrá abordar la renovación del contrato social que le legitima con los dos agentes principales: el público y el gobierno. Para ello, bueno será que incorpore los principios del nuevo paradigma para las organizaciones del siglo XXI que han formulado Bennis y Mische<sup>300</sup>.

Con el público debe profundizar en su confianza dado que, en caso contrario, a medida que aumenta la desconfianza y las protestas públicas, la tentación de que el estado intervenga para regular la práctica profesional es muy fuerte<sup>301</sup>. Para ello es indispensable que la profesión reafirme su compromiso de servicio a la población por encima de todo<sup>302</sup> y lo haga visible a través de iniciativas de defensa de los derechos de los pacientes ("advocacy") frente al gobierno, las agencias gubernamentales, las instituciones sanitarias y las compañías de seguros en un contexto de "compromiso razonable"<sup>301-305</sup>; estas iniciativas, junto a otras que he venido enunciando en base a las propuestas de los múltiples autores que han estudiado el tema<sup>306</sup>, han de contribuir a ganar amplios niveles de confianza, como se ha visto en nuestro país cuando se han puesto en práctica. También debe contemplarse, con la prudencia necesaria en cada situación, la participación más activa de la población en todo lo que se refiere al manejo de su salud<sup>307</sup> y en el propio proceso de regulación de la profesión (el General Medical Council, que viene regulando la profesión médica del Reino Unido desde 1858, ha incrementado en un 25% el número de miembros no profesionales en su órgano de gobierno en los últimos tiempos)<sup>308</sup>, respetando sus derechos e intereses y sabiendo balancear adecuadamente sus puntos de vista sobre la práctica profesional<sup>309</sup>. Y, finalmente, si antes hablé del papel del médico como filtro del exceso de información, también podemos hablar aquí del papel de sus organizaciones profesionales como garantes de la fiabilidad de las fuentes de información para el público vehiculizadas a través de las cada vez más frecuentes páginas web existentes, a través de iniciativas de acreditación o reconocimiento de las mismas (recuérdese que sólo en la Unión Europea existen en la actualidad unas 10.000 páginas web sobre salud y van creciendo a un ritmo de unas 300 por mes<sup>273</sup>).

Con el gobierno ha de pactar ofreciéndose a profundizar en el ideario profesional, particularmente por lo que se refiere a la autorregulación efectiva, la colaboración en el uso racional de los recursos sanitarios y la participación en la definición del catálogo de prestaciones; a cambio, ha de ver reconocidos explícitamente su ámbito jurisdiccional, su papel clave en la definición de la política sanitaria y su papel no menos importante en la distribución de los recursos disponibles.

En base a estas premisas y recordando el mensaje que Sir M. Shock lanzara a los médicos británicos en 1994 con

ocasión del congreso de la profesión ("el médico es diferente, el paciente es diferente, la medicina es diferente; todo es diferente, salvo la manera de organizarse los médicos")<sup>226</sup>, la profesión debe renegociar abiertamente el contrato social que sostiene su estatus<sup>310</sup>, poniendo en ello todo el empeño con la vista puesta en el futuro a medio y largo plazo, y sobre el que deben producirse debates como el que en 2001 ha organizado el Colegio de Médicos de Barcelona<sup>311</sup>. Únicamente así podrá convertirse en la alternativa al estado y al mercado en la regulación del mundo sanitario, que tan enfáticamente han postulado Freidson<sup>25</sup> y Wuthnow<sup>312</sup> en los últimos tiempos.

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco muy sinceramente los comentarios y sugerencias de J. Aubia, JM. Bertrán, M. Bruguera, A. Gual, A.J. Jovell, A. Oriol-Bosch, J. Rodríguez y G. Sierra, que han contribuido a enriquecer el texto final.*

## BIBLIOGRAFÍA

- Pardell H. ¿Qué podemos esperar de la formación médica continuada?. Mitos y realidades. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114: 419-30
- Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Analisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Barcelona. Biblioteca Josep Laporte. 2001
- Beck U. La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad. Barcelona. Paidós. 1998
- Bauman Z. Liquid modernity. Cambridge. Polity Press. 2000
- Elias N. The society of individuals. Oxford. Blackwell. 1991
- Castells M. La era de la información. 3 vols. Madrid. Alianza. 1997-1998
- Crozier M. Le phénomène bureaucratique. Paris. Editions du Seuil. 1964
- Price DK. The scientific state. London. Oxford University Press. 1965
- Larson MS. The rise of professionalism. Berkeley, CA. University of California Press. 1977
- Freidson E. Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy. Chicago, IL. The University of Chicago Press. 1994
- Brint S. In an age of experts. The changing role of professionals in politics and public life. Princeton, NJ. Princeton University Press. 1994
- Lichtenstein R. The job satisfaction and retention of physicians in organized settings: literature review. *Med Care Rev*. 1984; 41: 139-79
- Reames HR, Dunstone DC. Professional satisfaction of physicians. *Arch Intern Med*. 1989; 149: 1951-6
- Richards T. Disillusioned doctors. *BMJ*. 1997; 314: 1705-6
- Kassirer JP. Doctors discontent. *NEJM*. 1998; 339: 1543-4
- Bruguera M. ¿Cual es el grado de satisfacción de los médicos?. *JANO*. 1999; 56: 1295
- Editorial. Dealing with job dissatisfaction in medicine. *Lancet*. 2001; 357: 1377
- Smith R. Why are doctors so unhappy?. *BMJ*. 2001; 322: 1073-4
- Lasch C. La rebelión de las élites y la traición a la democracia. Barcelona. Paidós. 1996
- Burke RJ. Stress, satisfaction and militancy among Canadian physicians: a longitudinal study. *Soc Sci Med*. 1996; 43: 517-24
- Murray A, Montgomery JE, Chang H, Rogers W, Inui T, Safran G. Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings. 1986 and 1997. *J Gen Intern Med*. 2001; 16: 451-9
- Allen I. Doctors and their careers: A new generation. London. Policy Studies Institute. 1994
- Carr-Saunders AM, Wilson PA. The professions. Oxford. Clarendon Press. 1933
- Parsons T. The professions and social structure. *Social Forces*. 1939; 17: 457-67
- Freidson E. Professionalism. The third logic. Cambridge. Polity Press. 2001
- Rodríguez F, Guillén MF. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. *Rev Esp Invest Sociol*. 1992; 59: 9-18
- Tolliday H. Clinical autonomy. In: Jacques E, ed. Health services: Their nature and organization and role of patients, doctors, nurses and the complementary professions. London. Heinemann. 1978. 32-52
- Light D, Levine S. The changing character of the medical profession: A theoretical overview. *The Milbank Quarterly*. 1988; 66 (Suppl 2): 10-32
- Freddi G. Problems of organizational rationality in health systems: Political controls and policy options. In: Freddi G, Björkman JW, eds. Controlling medical professionals. The comparative politics of health governance. London. Sage. 1989. 1-27

30. Abbott A. The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago, IL. The University of Chicago Press. 1998
31. Parsons T. The motivation in economic activities. In: Anonymus. Essays in sociological theory, pure and applied. New York, NY. The Free Press. 1949. 200-217
32. Tumer BS. Medical power and social knowledge. 2nd edition. London. Sage. 1996
33. Mac Iver RM, Page CH. Sociología. Madrid. Tecnos. 1969
34. Wolinsky FD. The professional dominance perspective revisited. The Milbank Quarterly. 1988, 66 (Suppl 2): 33-47
35. Freidson E. Profession of medicine: A study in the sociology of applied knowledge. Chicago, IL. The University of Chicago Press. 1970
36. Barzum J. The professions under siege. Harper's 1978, 257: 61-8
37. Guy ME. Professionals in organizations. Debunking a myth. New York, NY. Praeger. 1985
38. Khoury RM. Demythologizing the professions. Internat Rev Hist Poli Sci. 1980, 17: 57-70
39. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism: an ideal to be sustained. Lancet. 2000, 356: 156-9
40. Moore ES. The remain of the profession, or what the butler knew. Ann Intern Med. 2001, 134: 255-9
41. Swich HM. Toward a normative definition of medical professionalism. Acad Med. 2000, 75: 612-6
42. Moore WE. The professions: roles and rules. New York, NY. Russell Sage Foundation. 1970
43. Reed RR, Evans D. The deprofessionalization of medicine. Causes, effects and responses. JAMA. 1987, 258: 3279-82
44. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Renewing professionalism: An opportunity for medicine. Acad Med. 1999, 74: 878-84
45. Mosher F. Professions in public service. Pub Admi Rev. 1978, 38: 144-50
46. Wilensky HL. The professionalization of everyone ?. Am J Sociol. 1964, 70: 137-58
47. Millerson G. The qualifying associations. London. Routledge. 1964
48. Goode WJ jr. The theoretical limits of professionalization. In: Etzioni A, ed. The semiprofessions and their organization. New York, NY. The Free Press. 1969. 266-313
49. Jackson JA. Professions and professionalization. Cambridge. Cambridge University Press. 1970
50. Coe R. The process of development of established professions. J Health Soc Behav. 1970, 11: 59-67
51. Berlant JL. Profession and monopoly. Berkeley, CA. University of California Press. 1975
52. Fielding A, Portwood D. Professions and the state. Sociol Rev. 1980, 28: 23-53
53. Freidson E. Professional power. A study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago, IL. The University of Chicago Press. 1986
54. González Salinas P. La colegiación obligatoria es "requerimiento indispensable" del ejercicio de la Medicina. DM. 16-X-2001. p. 10
55. Task Force on Competence. Description of the competent physician. Evanston, IL. American Board of Medical Specialties. 1999
56. General Medical Council. Tomorrow's doctors. 2nd. Edition. London. GMC. 2002
57. Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Competències de professions sanitàries. Barcelona. I.E.S. Generalitat de Catalunya. 2002
58. Calman K. The profession of medicine. BMJ. 1994, 309: 1140-3
59. Lyotard J-F. La condition postmoderne. Paris. Les Éditions du Minuit. 1979
60. Prigogine I. La fin des certitudes. Paris. Éditions Odile Jacob. 1996
61. Popper K. Conjectures and refutations. London. Routledge. 1962
62. Jaspers K. Ambiente espiritual de nuestro tiempo. Barcelona. Labor. 1933
63. Sennett R. La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Barcelona. Anagrama. 2000
64. Polanyi M. The tacit dimension. London. Routledge & Kegan Paul. 1967
65. Gergen KJ. El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona. Paidós. 1992
66. Jameson F. El posmodernismo o la lógica del modernismo avanzado. Barcelona. Paidós. 1995
67. Pérez Jiménez JC. Síndromes modernos. Tendencias de la sociedad actual. Madrid. Espasa-Calpe. 2002
68. Acarín N, Espasa R, Vergés J, Campo M. La salud, exigencia popular. Barcelona. Laia. 1976
69. Valtueña JA. Contra la medicina del médico. Barcelona. Barral. 1976
70. Caro G. La médecine en question. Paris. F. Maspero. 1969
71. Sournia JC. Ces malades qu'on fabrique. La médecine gaspillée. Paris. Editions du Seuil. 1977
72. Attali J. L'ordre canibal. Vie et mort de la médecine. Paris. Editions Grasset et Fasquelle. 1979
73. Berlinguer G. Medicina e politica. Bari. De Donato. 1973
74. Harrison S, Pollitt C. Controlling health professionals. Buckingham. Open University Press. 1994
75. Broadbent J, Dietrich M, Roberts J. The end of professions ?. In: Broadbent J, Dietrich M, Roberts J, eds. The end of professions. The restructuring of professional work. London. Routledge. 1997. 1-13
76. Portwood D, Fielding A. Privilege and the professions. Sociol Rev. 1981, 29: 749-33
77. Haug M, Lavin B. Consumerism in medicine: Challenging physician authority. Beverly Hills, CA. Sage. 1983
78. Eve R, Hodgkin P. Professionalism and medicine. In: Broadbent J, Dietrich M, Roberts J, eds. The end of professions ?. The restructuring of professional work. London. Routledge. 1997. 69-85
79. Döhler M. Physicians' professional autonomy in the welfare state. In: Freddi G, Björkman JW, eds. Controlling medical professionals. London. Sage. 1989. 178-197
80. Pardell H. El médico como principal agente económico del sistema de salud. Hipertensión. 1996, 13: 313-4
81. Skrabanek P. The death of human medicine and the rise of coercive healthism. London. Social Affairs Unit. 1994
82. Abrams FR. The doctor with two heads. The patient versus the cost. NEJM. 1993, 328: 976-8
83. O'Brien R. The doctor-patient relationship. In: Greenberg AM, Raymond SU, eds. Beyond the crisis: preserving the capacity for excellence in health care and medical sciences. New York, NY. The New York Academy of Sciences. 1994. 22-26
84. Barber N. What constitutes good prescribing. BMJ. 1995, 310: 923-5
85. Pardell H. ¿ Es el coste un criterio de calidad de la prescripción terapéutica ?. Hipertensión. 1996, 13: 1-2
86. Ellul J. The technological society. New York, NY. Vintage Books. 1964
87. Gehlen A. Man in the age of technology. New York, NY. Columbia University Press. 1980
88. Attali J. Milenio. Barcelona. Seix y Barral. 1991
89. Strange S. The retreat of the state. Cambridge. Cambridge University Press. 1996
90. Benezit M, Raak Y. Machines a soigner. Vers une médecine a haute technologie. Paris. Dunod. 1981
91. Lopata H. Expertization of everyone and the revolt of the client. Social Quarterly. 1976, 17: 435-7
92. Haug MR. Computer technology and the obsolescence of the concept of profession. In: Haug MR, Dofny J, eds. Word and technology. Beverly Hills, CA. Sage. 1977. 215-228
93. Majeed F, Voss S. Performance indicators for General Practice. BMJ. 1995, 311: 209-10
94. Editorial. Medicina, ¿ una larga carrera hacia el desempleo ?. JANO. 2001, LXI (1398): 519
95. Tawney RH. The acquisitive society. London. G. Bell & Sons Ltd. 1921
96. McKinley JB, Arches J. Toward the proletarianization of physicians. Internat J Health Services. 1985, 15: 161-95
97. McKinley JB, Stoeckle JD. Corporatization and the social transformation of doctoring. Internat J Health Services. 1988, 18: 191-205
98. Navarro V. Professional dominance or proletarianization ?. Neither The Milbank Quarterly. 1988, 66 (Suppl 2): 57-75
99. Emmons DW, Kletke PR. An examination of practice size. Socioeconomic characteristics of medical practice in 1997. Chicago, IL. Center for Health Policy Research. 1997
100. Weber M. Economía y sociedad. México. Fondo de Cultura Económica. 1944
101. Blau PM. Bureaucracy in modern society. London, NY. Random House. 1956
102. Hall RH. The concept of bureaucracy: An empirical assessment. Am J Sociol. 1963, 69: 33-9
103. Merton RK. Teoría y estructura sociales. México. Fondo de Cultura Económica. 1964
104. Bennis W. Beyond bureaucracy. San Francisco, CA. Jossey-Bass. 1993
105. Starkey K, ed. How organizations learn. London. ITP. 1996
106. Merton RK. Bureaucratic structure and personality. Social Forces. 1940, 16: 560-8
107. Whyte WH jr. El hombre organización. México. Fondo de Cultura Económica. 1961
108. Oppenheimer M. The proletarianization of the profession. Sociol Rev Monograph. 1973, 2: 213-8
109. Fukuyama F. Trust. The social virtues and the creation of prosperity. New York, NY. Free Press. 1996
110. Pavalko RM. Sociology of occupations and professions. Itasco, IL. F.E. Peacock Publishers, Inc. 1971
111. Scott WR. Professionals in bureaucracies - areas of conflict. In: Vollmer HM, Mills DL, eds. Professionalization. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall. 1966. 265-275
112. Rorty T. Contingency, irony and solidarity. Cambridge. Cambridge University Press. 1989
113. Weatherall DJ. The inhumanity of medicine. BMJ. 1994, 309: 1671-2
114. Mechanic D. Public perceptions of medicine. NEJM. 1985, 312: 181-3
115. Shock M. Medicine at the centre of the nation's affairs. BMJ. 1994, 309: 1730-3
116. Moran M, Wood B. States, regulation and the medical profession. Buckingham. Open University Press. 1993
117. Oriol-Bosch A. Crisis del profesionalismo o la solución de la crisis. En: Opinión Quiral. Sostenibilidad del sistema sanitario. Barcelona. Fundación Privada Vila Casas. 2001. 57-70
118. McKnight J. The careless society. Community and its counterfeits. New York, NY. Basic Books. 1995
119. Illich I. Medical nemesis. The expropriation of health. London. Calder and Boyards. 1975

120. Navarro V. The industrialization of fetishism and the fetishism of industrialization: A critique of Ivan Illich. *Soc Sci Med.* 1975, 9: 351-63
121. Wachter RM. AIDS, activism, and the politics of health. *NEJM.* 1992, 326: 128-33
122. Emke I. Medical authority and its discontents: A case of organized non-compliance. *Critical Sociol.* 1993, 19: 57-80
123. Epstein S. Impure science. AIDS, activism, and the politics of knowledge. Berkeley, CA. University of California Press. 1996
124. Hoffman LM. The politics of knowledge. Activist movements in medicine and planning. Albany, NY. State University of New York Press. 1989
125. Liberati A. Consumer participation in research and health care. *BMJ.* 1997, 315: 499
126. Sanderson H, Mountney L. The development of patient groupings for more effective management of health care. *Eur J Pub Health.* 1997, 7: 210-4
127. Rameckers E. Using health outcomes data to inform decision-making. Patient perspective. *Pharmacoeconomics.* 2001, 19 (Suppl 2): 53-5
128. LeBuhn RA, Swankin DA. Measuring continuing competence of health care practitioners: where are we now - were are we ahead?. Washington DC. Citizen Advocacy Center. 2001
129. Hafferty FW, Light DW. Professional dynamics and the changing nature of medical work. *J Health Soc Behv.* 1995, extra issue: 132-53
130. Coburn D. State authority, medical dominance, and trends in the regulation of the health professions: The Ontario case. *Soc Sci Med.* 1993, 37: 129-38
131. Taylor MG. The role of medical profession in the formulation and execution of public policy. *Can J Econ Polit Sci.* 1960, 25: 108-27
132. Pereira D. Deprofessionalising doctors?. The independence of the British medical profession is under unprecedented attack. *BMJ.* 2002, 324: 627-8
133. Go on, it's good for you. *The Economist.* August 8th, 1998. 57-58
134. Soutworth A. Generic pharmaceuticals. 1996 edition. Financial Times Management Report. London. Pearson Professional Ltd. 1996
135. Declaración de la Comisión Central de Deontología. Ética de la prescripción y sustitución de medicamentos genéricos. Boletín de la Organización Médica Colegial. Abril 2000. 28
136. Munding M, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai W-Y, Cleary PD, Friedewald WT, Siu AL, Shelanski ML. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. *JAMA.* 283, 2000: 59-68
137. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane M-A, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ.* 2000, 320: 1038-43
138. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, Stainthorpe A, Fraser A, Butler CC, Rogers C. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ.* 2000, 320: 1043-8
139. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ.* 2000, 320: 1048-53
140. Macarthur D. The growing influence of the pharmacists in Europe. Opportunities in a changing market. Financial Times Management Report. London. Pearson Professional Ltd. 1995
141. The pharmacists at the crossroads of new health risks: an indispensable partner for their management. Strasbourg. Council of Europe Publishing. 2000
142. Declaración de la Comisión Central de Deontología. Límites de las funciones profesionales de médicos y farmacéuticos. Boletín de la Organización Médica Colegial. Abril 2000. 26-7
143. Zola IK, Miller S. The erosion of medicine from within. In: Freidson E, ed. The professions and their prospects. Beverly Hills, CA. Sage. 1973. 153-72
144. Burrage M, Jarausch K, Siegrist H. An actor based framework for the study of professions. In: Burrage M, Torstendahl R, eds. Professions in theory and history: rethinking the study of professions. London. Sage. 1990
145. Manresa JM. El médico de atención primaria, el especialista, ¿ y el internista?. *Med Clin (Barc.)* 1995, 105: 374-6
146. Foz M, Pujol R, Erill S, Lloveras G, Martín Zurro A, Massana LI. Anàlisi comparativa de les competències professionals entre especialistes en medicina interna i en medicina de família i comunitària. *Salut Catalunya.* 1995, 9: 193-7
147. Anderson RJ. Subspecialization in internal medicine: A historical review, an analysis, and proposals for change. *Am J Med.* 1995, 99: 74-81
148. Dalen JE. US physicians manpower needs. Generalists and specialists: Achieving the balance. *Arch Intern Med.* 1996, 156: 21-4
149. Simó J, Gálvez J, Morote MV, Palazón G. El médico de cabecera o la búsqueda de la identidad perdida: información para internistas y otros especialistas. *Med Clin (Barc.)* 1997, 109: 343-8
150. Jewell D. Supporting diversity in primary care. *BMJ.* 1997, 314: 1706-7
151. Editorial. Specialists. *Lancet.* 1951, i: 25
152. Susser MW, Watson W. Sociology in medicine. 2nd. Edition. London. Oxford University Press. 1971
153. Alternative Medicine. Expanding medical horizons. A report of the NIH on alternative medical systems and practice in the United States. Bethesda, MD. National Institutes of Health. 1994
154. Dalen JE. "Conventional" and "unconventional" medicine. Can they be integrated?. *Arch Intern Med.* 1998, 158: 2179-81
155. Editorial. Complementary medicine: time for critical engagement. *Lancet.* 2000, 356: 2023
156. Ernst E. The role of complementary and alternative medicine. *BMJ.* 2000, 321: 1133-5
157. Owen DK, Lewith G, Stephens CR. Can doctors respond to patients' increasing interest in complementary and alternative medicines?. *BMJ.* 2001, 322: 154-8
158. Kaptchuk TJ, Eisenberg DM. Varieties of healing. I: medical pluralism in the United States. *Ann Intern Med.* 2001, 135: 189-95
159. Documents de posició del COMB. Pràctiques mèdiques alternatives i terapèutiques complementàries. Servei d'Informació Col·legial del COMB. Abril-Maig 2001. 19-20
160. McCarthy M. US panel calls for more support of alternative medicine. *Lancet.* 2002, 359: 1213
161. Manian FA. Physicians vs. physicians. *Arch Intern Med.* 2001, 161: 801-2
162. Pardell H. Formación médica continuada, ¿individual o institucional?. *Med Clin (Barc.)* 2001, 116: 698-700
163. Fiol M, Cabadés A, Sala J, Marrugat J, Elosua R, Vega G, Tormo MJ et al. Variabilidad en el manejo hospitalario del infarto agudo de miocardio en España. Estudio IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda). *Rev Esp Cardiol.* 2001, 54: 443-52
164. Evans R. The dog in the night: medical practice variations and health policy. In: Anderson T, Mooney G, eds. The challenges of medical practice variations. London. Macmillan. 1990. 117-152
165. Harrison S. Clinical autonomy and health policy. Past and future. In: Exworthy M, Halford S, eds. Professionals and the new managerialism in the public sector. Buckingham. Open University Press. 1999. 50-64
166. Hopkins A, Solomon K. Can contracts drive clinical care?. *BMJ.* 1996, 313: 447-8
167. Pearson MG. How can the implementation of guidelines be improved?. *Chest.* 2000, 117 (Suppl): 38-41
168. Hafferty FW, McKinlay JB, eds. The changing medical profession. An international perspective. New York, NY. Oxford University Press. 1993
169. Marias J. Tratado de lo mejor: la moral y las formas de vida. Madrid. Alianza. 1996
170. Haugh MR. Deprofessionalization: An alternate hypothesis for the future. *Social Rev Mon.* 1973, 20: 195-211
171. Pardell H. Profesionalismo, formación continuada y recertificación: una visión desde la perspectiva médica. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.* 2002, 3: 283-93
172. Farson R. Management of the absurd. Paradoxes in leadership. New York, NY. Touchstone/Simon & Schuster. 1996
173. Ferriman A. Poll shows public still has trust in doctors. *BMJ.* 2001, 322: 694
174. Kmietowicz Z. R.E.S.P.E.C.T. - Why doctors are still getting enough of it. *BMJ.* 2002, 324: 11
175. El pulso de la nación. Barcelona. Círculo de Lectores/Galaxia Gutenberg. 1996
176. Ali NY, Lo TYS, Auvache VL, White PD. Bad press for doctors: 21 years survey of three national newspapers. *BMJ.* 2001, 323: 782-3
177. Carlin J. Lawyers in their own. New Brunswick, NJ. Rutgers University Press. 1962
178. Mechanic D. The growth of bureaucratic medicine. New York, NY. Wiley. 1976
179. Birchard K. Survey reveals extent of Irish doctors' dissatisfaction. *Lancet.* 2000, 356: 1585
180. Parnley WW. What is our contract with society?. *JACC.* 2001, 38: 1226-7
181. Encuesta mundial de valores 2000. La Vanguardia. 13 Agosto 2002. 19-20
182. McManus IC, Winder BC, Gordon D. Are UK doctors particularly stressed?. *Lancet.* 1999, 354: 1358-9
183. Bruguera M. La opinión de los médicos de Barcelona. En: Anónimo. La motivación del médico: motor del sistema sanitario. Barcelona. Fundación Pharmacia. 2002. 49-50
184. Leigh JP, Kravitz RL, Schembri M, Samuels SJ, Mobley S. Physician career satisfaction across specialties. *Arch Intern Med.* 2002, 162: 1577-84
185. Lent RW, Brown SD, Hackett G. Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice and performance. *J Vocat Behav.* 1994, 45: 79-122
186. Hackett G. Self-efficacy in career choice and development. In: Bandura A, ed. Self-efficacy in changing societies. Cambridge. Cambridge University Press. 1999. 232-258
187. Matsui T, Onglatco ML. Career self-efficacy as a moderator of the relation between occupational stress and strain. *J Vocat Behav.* 1992, 41: 79-88
188. Bandura A. Self-efficacy The exercise of control. New York, NY. WH Freeman & Comp. 1997
189. Hughes R. Culture of complaint. New York, NY. Oxford University Press. 1993
190. Bruguera M. Buscando soluciones a la insatisfacción de los médicos. *JANO.* 1999, 56 (1298): 1868
191. Sierra G. Los retos de la profesión médica en la era del conocimiento. En: Anónimo. La motivación del médico: motor del sistema sanitario. Barcelona. Fundación Pharmacia. 2002. 25-31
192. Maslow AH. Motivation and personality. 3rd. edition. New York, NY. Addison Wesley Longman, Inc. 1987
193. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?. *BMJ.* 2002, 324: 835-8



194. Pardell H. Sobre la recertificación de los médicos en España. *Med Clin (Barc)*. 2000, 115: 261-3
195. Martín Zurro A. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Aten Primaria*. 2002, 30: 46-56
196. Blay C, Descarrega R, Iruela A, Kronfly E, Barragan N, Serrallach S. Evaluación de la competencia profesional de los médicos. *Cuadernos de Gestión*. 1997, 3: 68-75
197. Martínez Carretero JM, Blay C. Societats científiques de l'ACMCB participen en l'avaluació de la competència clínica. *L'Informatiu de l'ACMCB*. Novembre 2000. 8-9
198. Ruiz E, Florensa E, Cots JM, Sellarés J, Iruela A, Blay C, Morera R, Martínez Carretero JM. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia en Catalunya. *Aten Primaria*. 2001, 28: 105-9
199. Pardell H, Ramos A, Bruguera M. Experiencias pioneras de recertificación. En: Pardell H, ed. *Formación médica continuada a debate*. Barcelona. Ediciones Mayo, SA. 2001. 39-45
200. Cots JM, ed. *Guía de formación médica y competencia profesional en Atención Primaria*. Barcelona. semFYC. 2002
201. Henry III WA. In defense of elitism. New York, NY. Doubleday 1994
202. Marquand D. Professionals and politics Toward a new mentality. In: Broadbent J, Dietrich M, Roberts J, eds. *The end of professions ? The restructuring of professional work*. London. Routledge. 1997. 140-147
203. Fox RC. Training for uncertainty. In: Merton RK, Reader GC, Kendall PL. *The student physician*. Cambridge, MA. Harvard University Press. 1957. 207-247
204. Brennan TA. The Institute of Medicine report on medical errors – Could it do harm ? *NEJM*. 2000, 342: 1123-5
205. Alberti KGMM. Medical errors: a common problem. Its is time to get serious about them. *BMJ*. 2001, 322: 501-2
206. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human. Building a safer health system*. Washington, DC. Institute of Medicine /National Academy Press. 1999
207. Leape LL. Error in medicine. *JAMA*. 1994, 272: 1851-67
208. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000, 320: 768-70
209. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ*. 2000, 320: 781-5
210. Bates DW, Gawande AA. Error in medicine: What have we learned ? *Ann Intern Med*. 2000, 132: 763-7
211. Blumenthal D. Making medical errors into "medical treasures". *JAMA*. 1994, 272: 1867-8
212. Vincent Ch. Risk, safety and the dark side of quality. *BMJ*. 1997, 314: 1775-6
213. Rosenthal MM. The incompetent doctor. Behind closed doors. Buckingham. Open University Press. 1995.
214. Scally G. Tackling deficient doctors. Mentoring and appraisal may stave off calls for reaccreditation. *BMJ*. 1997, 314: 1568
215. Scutchfield FD, Benjamin R. The role of the medical profession in physicians discipline. *JAMA*. 1998, 279: 1915-6
216. Dewar S, Finlayson B. Dealing with poor clinical performance: new proposals are ill through out and more about politics than policy. *BMJ*. 2001, 322: 66
217. Stelling JG, Bucher R. Professional cloning: the patterning of physicians. In: Shapiro EC, Lowenstein LM, eds. *Becoming a physician*. Cambridge, MA. Ballinger Publishing Co. 1979. 139-61
218. Crues SR, Crues RL. Professionalism must be taught. *BMJ*. 1997, 315: 1674-7
219. Crues RL, Crues SR. Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Acad Med*. 1997, 72: 941-52
220. Hensel WA, Dickey NW. Teaching professionalism: Passing the torch. *Acad Med*. 1998, 73: 865-70
221. Whitcomb ME. Fostering and evaluating professionalism in medical education. *Acad Med*. 2002, 77: 473-4
222. Robins LS, Braddock CH, Fryer-Edwards KA. Using the American Board of Internal Medicine's "Elements of professionalism" for undergraduate ethics education. *Acad Med*. 2002, 77: 523-31
223. Cruess RL, Crues SR, Johnston SE. Professionalism: an ideal to be sustained. *Lancet*. 2000, 356: 156-9
224. CMA Policy Index. The future of medicine. *CMAJ*. 2000, 163: 757-8
225. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet*. 2002, 359: 520-22
226. Smith R. Medicine's core values. *BMJ*. 1994, 309: 1247-8
227. Emmanuel EJ, Dubler NN. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA*. 1995, 273: 323-9
228. Prather SE. The new health partners. Renewing the leadership of physician practice. San Francisco, CA. Jossey-Bass. 1999
229. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001, 323: 6258
230. De Bono E. *Parallel thinking*. London. Penguin Books. 1994
231. Whatmore J. *Releasing creativity*. London. Kogan Page Ltd. 1999
232. Moynihan T. To much medicine ? Almost certainly. *BMJ*. 2002, 324: 859-60
233. Leibovici L, Lievre M. Medicalisation: peering from inside medicine. *BMJ*. 2002, 324: 866
234. *Harvard Business Review on Leadership*. Boston, MA. Harvard Business School Publishing Corporation. 1998
235. Lamm RD. Marginal medicine. *JAMA*. 1998, 280: 931-3
236. Lipovetsky G. El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos. Barcelona. Anagrama. 2002
237. Halpern SD, Karlawish JHT, Berlin JA. The continuing unethical conduct of underpowered clinical trials. *JAMA*. 2002, 288: 358-62
238. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002, 324: 886-91
239. del Llano J, Millán J. Ética y gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)*, 2002, 118: 337-8
240. Aubia J. *Dilemes étics i consentiment informatiu*. Barcelona. 2002 (inédito)
241. MacIntyre A. *After virtue*. Notre Dame, IN. University of Notre Dame. 1984
242. Organ DW, Greene CN. The effects of formalization on professional involvement: a compensatory process approach. *Adm Sci Quarterly*. 1981, 26: 237-52
243. Feinstein AR. *Clinical judgement*. Huntington, NY. RE Krieger Publishing Co. 1967
244. Weinstein MC, Fineberg HV. *Clinical decision analysis*. Philadelphia, PA. WB Saunders Co. 1980
245. Pardell H, Marcellas J, Fuentes J. Criterios de selección de un procedimiento diagnóstico. *Med Clin (Barc)*. 1983, 80: 53-8
246. Solomon RJ. *Clinical practice management*. Gaithersburg MD. Aspen Publishers Inc. 1991
247. Marin I. ¿ Puede la gestión sanitaria tener fundamento clínico ? *Med Clin (Barc)*. 1995, 104: 381-6
248. Mallick R, Stroussberg M, Lambrinos J, Groeger JS. The intensive care unit medical director as manager. Impact on performance. *Med Care*. 1995, 33: 611-24
249. Deal TE, Kennedy AA. *Corporate cultures*. Reading, MA. Addison Wesley. 1982
250. Mintzberg H. La estructura de las organizaciones. Barcelona. Ariel. 1984
251. Landau M. On the concept of self-correcting organization. *Pub Adm Rev*. 1969, 29: 346-58
252. Marquard M, Reynolds A. *Global learning organization*. Burr Ridge, IL. Richard D Irwing Inc. 1994
253. Senge PM. *The fifth discipline. The art & practice of the learning organization*. New York, NY. Currency Doubleday. 1994
254. Pearn M, Roderick C, Mulrooney C. *Learning organizations in practice*. London. McGraw-Hill Book Co. 1997
255. Pinchot G & E. *The end of bureaucracy & the rise of intelligent organization*. San Francisco, CA. Berrett-Koehler. 1993
256. Brooking A. *El capital intelectual. El principal activo de las empresas del tercer milenio*. Barcelona. Paidós. 1997
257. Argyris C. *Strategy, change and defensive routines*. Boston, MA. MA Pitman. 1995
258. Agor WH. *El comportamiento intuitivo en la empresa*. Barcelona. Paidós. 1991
259. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership and management in healthcare organizations. *BMJ*. 2001, 323: 746-9
260. Kanter RM. Beyond the cowboy and the corporat. In: Starkey K, ed. *How organizations learn*. London. ITP. 1996
261. Servicio de Responsabilidad Profesional del COMB. *Protocolos y guías de práctica clínica*. Vol. 3 de "Praxis Clínica y Responsabilidad". Barcelona/Madrid. COMB/Diario Médico. 2002
262. Haycox A, Bagust A, Walley T. Clinical guidelines: the hidden costs. *BMJ*. 1999, 318: 391-3
263. Pfeffer J, Sutton RI. The smart talk trap. In: *Harvard Business Review on Organizational Learning*. Boston, MA. Harvard Business School Publishing Corporation. 2001, 21-44
264. Argyris C. Good communication that blocks learning. In: *Harvard Business Review on Organizational Learning*. Boston, MA. Harvard Business School Publishing Corporation. 2001. 87-109
265. Page CH. Bureaucracy's other face. *Social Forces*. 1946, XXV: 88-94
266. Wenger EC, Snyder WM. Communities of practice. The organizational frontier. In: *Harvard Business Review on Organizational Learning*. Boston, MA. Harvard Business School Publishing Corporation. 2001. 1-20
267. Smith R, Graham A, Chantler C. Doctors becoming managers. *BMJ*. 1989, 298: 311
268. Hunter DJ. Doctors as managers: poachers turned gamekeepers ? *Soc Sci Med*. 1992, 35: 557-66
269. Disken S, Dixon M, Halpern S, Shocket G. *Models of clinical management*. London. Institute of Health Services. 1990
270. Dowie J, Elstein A, eds. *Professional judgement: A reader in clinical-decision making*. Cambridge. Cambridge University Press. 1988
271. Muir R. *Peers and bureaucrats*. London. Constable. 1910
272. Lugon M, Secker-Walker J, eds. *Advancing clinical governance*. London. The Royal Society of Medicine Press Ltd. 2001
273. Wanless D. *Securing the future health. Taking a long-term view. Final report*. London. The Public Inquiry Unit, HM Treasury. 2002
274. Argyris C. *Integrating individual and the organization*. New Brunswick, NJ. Transaction Publishers. 2000
275. Pardell H, Bruguera M. ¿ Formación médica continuada o desarrollo profesional continuo del médico?. *Educación Médica*. 2002, 5: 90-5

276. Carnall D. Doctors and medical politics. Why don't they get involved?. *BMJ*. 1995, 311: 1519-20
277. Morris I, Smith R. The future of medicine. Brighter than you might think. *BMJ*. 1994, 309: 1099-100
278. Treasure T. Redefining leadership in health care. Leadership is not the same as browbeating. *BMJ*. 2001, 323: 1263-4
279. Stehr N. The fragility of modern societies. Knowledge and risk in the information age. London. Sage. 2001
280. Beck U, Beck-Gernsheim E. Individualization. London. Sage. 2002
281. Fromm E. Escape from freedom. New York, NY. Holt Rinehart & Winston. 1941
282. Crozier M. La société bloquée. Paris. Editions du Seuil. 1970
283. Shenk D. Data smog. Surviving the information glut. New York, NY. Harper Collins Publishers. 1997
284. Postman N. Technopoly: The surrender of culture to technology. New York, NY. Vintage Books. 1993
285. Shapiro AL. El mundo en un clic. Barcelona. Grijalbo Mondadori. 2001
286. Giddens A. The consequences of modernity. Cambridge. Polity Press. 1990
287. Morlans M. El nou paradigma professional: entre l'autonomia i la responsabilitat. *Servei d'Informació Col·legial del COMB*. Novembre 2001-Gener 2002. 5-6
288. Johnson JN. Making self regulation credible. Through benchmarking, peer review, appraisal and management. *BMJ*. 1998, 316: 1847-8
289. Huntington J, Gillam S, Rosen R. Organisational development for clinical governance. *BMJ*. 2000, 321: 679-82
290. McCollA, Roland M. Knowledge and information for clinical governance. *BMJ*. 2000, 321: 871-4
291. Pardell H, Oriol-Bosch A, en nombre de la Comisión Permanente del Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada. Sobre la acreditación de la formación médica continuada en España. *Med Clin (Barc)* (en prensa)
292. de los Reyes M, Pérez JM, García P, Borrell F, Gracia D, para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Relaciones entre profesionales sanitarios. *Med Clin (Barc)*. 2001, 117: 339-50
293. Grabham T. Divided we fall (yet again). The medical profession's need to speak with one voice. *BMJ*. 1994, 309: 1100-1
294. Choudhry S, Brennan TA. Collective bargaining by physicians. Labor law, anti-trust law, and organized medicine. *NEJM*. 2001, 345: 1141-4
295. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Physicians and joint negotiation. *Ann Intern Med*. 2001, 134: 787-92
296. Hsia DC. Can joint negotiation restore physicians' professional autonomy?. *Ann Intern Med*. 2001, 134: 780-2
297. Johnson T. Governmentality and the institutionalization of expertise. In: Johnson T, Larkin G, Saks M, eds. Health professions and the state in Europe. London. Routledge. 1995. 258-279
298. Björkman JW. Politicizing medicine and medicalizing politics. In: Freddi G, Björkman JW, eds. Controlling medical professionals. The comparative politics of health governance. London. Sage. 1989. 28-73
299. Salter B. The politics of change in the health service. London. Macmillan Press Ltd. 1998
300. Bennis W, Mische M. The 21st. Century organization. San Diego, CA. Pfeiffer & Comp. 1995
301. Björkman JW. Professionalism in the welfare state: sociological saviour or political pariah?. *Eur J Polit Res*. 1982, 10: 407-28
302. Emanuel LL, for the Working Group on Accountability. A professional response to demands for accountability: Practical recommendations regarding ethical aspects of patient care. *Ann Intern Med*. 1996, 124: 240-9
303. Bloche MG. Clinical loyalties and the social purposes of medicine. *JAMA*. 1999, 281: 268-74
304. Daniels N. Accountability for reasonableness: establishing a fair process for priority setting in easier than agreeing on principles. *BMJ*. 2000, 321: 1300-1
305. Pearson SD. Caring and cost: The challenge for physician advocacy. *Ann Intern Med*. 2000, 133: 148-53
306. Shortell SM, Clarke KWB. Physicians as double agents. Maintaining trust in an era of multiple accountabilities. *JAMA*. 1998, 280: 1102-8
307. General Medical Council. Seeking patients' consent: the ethical considerations. London. G.M.C. 1998
308. Irvine D. The performance of doctors. I: Professionalism and self regulation in a changing world. *BMJ*. 1997, 314: 1540-2
309. Annas GJ. Patients' rights in managed care - exit, voice and choice. *NEJM*. 1997, 337: 210-5
310. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism: a contract between medicine and society. *CMAJ*. 2000, 162: 668-9
311. Aubia J. El rol i les responsabilitats del metge en les organitzacions assistencials. Ponència a la jornada "El futur de la professió mèdica: un repte per als professionals". *Servei d'Informació Col·legial del COMB*. Juny-agost 2001. 7-9/Setembre-octubre 2001. 7-8
312. Wuthnow R, ed. Between states and markets: The voluntary sector in comparative perspective. Princeton, NJ. Princeton University Press. 1991