

6.9 Sociología de las profesiones sanitarias



Aportaciones de las ciencias sociales en la descripción y análisis de la evolución y el estado actual del subsistema profesional dentro de los servicios de salud de los países desarrollados.

Autor: Juan F. Hernández Yáñez.

Sociólogo, consultor, profesor colaborador de la ENS

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Hernandez Yáñez JF. Sociología de las profesiones sanitarias [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 6.9. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

Las profesiones sanitarias están viviendo en un estado de crisis permanente, consecuencia ante todo de las turbulencias y cambios que caracterizan a los servicios de salud en los últimos treinta años. En realidad no se trata tanto de una crisis, aunque así lo vivan los profesionales, como de un proceso adaptativo a nuevas condiciones ambientales. Durante siglos y hasta la segunda mitad del siglo XX, la profesión médica ocupaba todo el escenario sanitario, sin lugar apenas para otros agentes profesionales, pero desde hace ya medio siglo se está produciendo una importante erosión en el poder profesional de los médicos. Por un lado, porque

la gestión de las organizaciones sanitarias se profesionaliza; por otro, porque aparecen nuevas profesiones emergentes que retan ese poder; y finalmente, porque la excesiva fragmentación interna

de la medicina acaba con la gran capacidad de influencia de sus organizaciones corporativas, basada en la comunión de valores e intereses que facilitaba la consecución de una gran cohesión interna.

En este tema proporcionaremos un marco general de análisis de las profesiones en esta etapa histórica y analizaremos los procesos de evolución de las profesiones sanitarias, tanto de carácter externo (sus relaciones con la sociedad y los sistemas de salud, caracterizadas por una creciente intervención pública y una pérdida de capacidad de autocontrol), como interno (las relaciones interprofesionales, caracterizadas por conflictivos procesos de reordenación de los 'mapas' profesionales).

Finalizaremos con una caracterización de la situación actual como de transición de un 'orden impuesto' a un 'orden negociado', de la solidez y certidumbre de los modelos jerárquicos a la 'liquidez' e incertidumbre de los modelos transaccionales.

Introducción

- 1. La crisis de las profesiones.*
- 2. Los procesos de profesionalización y de consolidación de la identidad profesional.*
- 3. La vigencia del 'contrato social' y el profesionalismo.*
- 4. Regulación externa o autorregulación.*
- 5. Las relaciones interprofesionales.*
- 6. Los centros sanitarios como 'orden negociado'.*
- 7. Los modelos de organización corporativa de las profesiones sanitarias.*

Referencias bibliográficas

Introducción

Lo que hoy conocemos como Sociología de las Profesiones Sanitarias es un área de conocimiento muy reciente. Sólo a partir de mediados de los años ochenta del siglo pasado la sociología se empezó a interesar por otras profesiones sanitarias diferentes de la medicina, cuando se empezó a considerar que se trataba de profesiones emergentes en proceso de consolidación. De hecho, esta rama de la sociología siempre se denominó en el mundo anglosajón 'Sociología de la Medicina', aunque la profesión

médica fuera sólo una de sus áreas de interés.¹

Es evidente que los desarrollos en sociología de las profesiones sanitarias parten de los estudios generales y específicos de las profesiones. En un texto de estas características, sin embargo, obviaremos teorizaciones innecesarias de carácter general y nos centraremos en algunos aspectos que afectan especialmente a, o son específicos de, las profesiones sanitarias.

De entre las diferentes aproximaciones posibles, las características especiales de este texto, incluida su limitada extensión, aconsejan centrarlo en algunos aspectos esenciales para entender la manera en que, desde la sociología, se observan, describen y analizan las profesiones sanitarias.

1.- La crisis de las profesiones.

Para intentar una aproximación a la sociología de las profesiones sanitarias en España, es preciso antes delimitar un **marco general** que, obviamente, tiene una doble referencia: el papel de las profesiones en la sociedad actual y las tendencias en la evolución de los sistemas sanitarios.

En cuanto al primero de los focos, coexisten dos tendencias contradictorias, al menos en apariencia: por un lado, la sociedad es cada vez más una sociedad de profesionales, tanto cuantitativa (número de profesionales), como cualitativamente ('sociedad del conocimiento'); pero, por otro lado, algunas de las características intrínsecas del profesionalismo (autonomía funcional, independencia, libertad o capacidad de decisión facultativa, relación de poder sobre el cliente basada en la información asimétrica, etc.) han perdido la mayor parte de su vigencia.

Aunque aún es posible encontrar algunos restos del naufragio, no cabe duda de que **el profesional, en su concepción e imagen tradicional, la de las 'profesiones liberales', ha dejado de existir, al menos como paradigma del ejercicio profesional.** Ello no tiene sólo que ver con lo que se dio en llamar -y teorizar- la 'proletarización' del profesional en plenos años ochenta del siglo pasado, consecuencia de la creciente asalarización y de la propia masificación del mercado profesional, así como del encaje del conocimiento y la técnica dentro de

las cadenas de valor de las corporaciones y conglomerados del sector cuaternario; importante, como sin duda es, este cambio básicamente organizativo, resultan más decisivos en esta nueva configuración al menos tres factores:

- La **estandarización** del conocimiento científico y de las técnicas y procedimientos, complementadas por el desarrollo de sistemas de evaluación y control prospectivos (y no sólo retrospectivos, como antaño).
- Un papel más central y activo, dentro de los procesos de tomas de decisiones, de los **clientes**, que han pasado de ser meros receptores de servicios a coparticipar como definidores y, más importante aún, como evaluadores.
- El espectacular **desarrollo científico-técnico** que se está produciendo en las últimas décadas, con dos consecuencias básicas en cuanto al mercado profesional: (a) la **hiperespecialización** dentro de muchas de las profesiones tradicionales (sin duda, uno de los casos más notables es el de la medicina); y (b) la aparición y rápida consolidación de **nuevas profesiones** (o, si se quiere, nichos profesionales), bien como consecuencia directa del desarrollo de nuevas áreas de conocimiento/práctica, bien como consecuencia indirecta de la aparición de nuevas necesidades y servicios en buena medida explicables por el impacto de los desarrollos científico-técnicos. Todo ello tiene como consecuencia una hiperfragmentación del mercado profesional en nichos tremendamente independientes, cuando no directamente competidores.

Por lo que respecta al **sector sanitario**, se viene produciendo una doble dinámica:

- Un espectacular **desarrollo científico-técnico** que abre nuevas y espectaculares posibilidades de prevención, diagnóstico y tratamiento, lo cual, junto con el propio desarrollo social, económico y cultural de las sociedades avanzadas, conlleva un incremento espectacular de las demandas sanitarias más especializadas (y financieramente costosas). Aunque el consumo/gasto farmacéutico es quizás el más claro exponente de este hecho, la demanda de asistencia médica especializada se ha duplicado en quince o veinte años.

- Complementariamente, el **envejecimiento de la sociedad** y otros cambios sociológicos y demográficos no menos importantes están generando una impresionante demanda de servicios profesionales de carácter híbrido social y sanitario que, en buena medida se dirigen al sector sanitario allí -como es el caso de España- donde el nivel de desarrollo de los servicios sociales de carácter comunitario es muy bajo.

Existe bastante consenso acerca de que, como consecuencia de estas dinámicas, los profesionales sanitarios, en general, se sienten maltratados, controlados, amenazados en su identidad y desprotegidos y, por añadidura, son una plétora, pues ser profesional ya no es un rasgo distintivo, en el sentido de superioridad intelectual que convoca un respeto adicional. En esta sociedad de profesionales se está devaluando el sentido moral y práctico de la profesionalidad, ya que es un mundo dominado por organizaciones cuyo principal empeño es estandarizar las prácticas, evaluar los rendimientos, disciplinar las conductas, distinguir el trigo (técnica) de la paja (arte). **La gran paradoja que podemos analizar es una sociedad cada vez más profesionalizada con profesionales cada vez más 'desprofesionalizados'**, al menos a la luz del concepto tradicional de profesionalismo. De manera harto elocuente, se ha descrito a los médicos, aún el centro del subsistema profesional sanitario, como "héroes derrotados en un paraíso perdido".²

2.- Los procesos de profesionalización y de consolidación de la identidad profesional.

Las profesiones sanitarias son un objeto de estudio fascinante para muchos sociólogos, que defienden que en este ámbito confluyen los principales debates, no sólo de la sociología de las profesiones, en general, sino también de otras áreas de estudio, como organizaciones, management, poder, conflicto, clases sociales e incluso 'género'.

Durante decenios, los servicios sanitarios giraron por completo en torno a los médicos, incluso en los ámbitos directivos y de gestión. Las decisiones sobre recursos dependían casi exclusivamente de criterios médicos, es decir, de intereses

médicos. De hecho, en muchos países las estructuras sanitarias de hoy sólo se explican en clave histórica, ya que se fueron configurando considerando los intereses de las poderosas asociaciones médicas como una variable independiente. En algunos casos, la introducción de reformas (en la vía de lo que se denominó despectivamente 'medicina socializada') supuso años de conflictividad médica (Canadá); en otros (Reino Unido) confluieron circunstancias históricas atípicas que favorecieron culturalmente la solidaridad frente al egoísmo corporativo; pero en bastantes otros (Estados Unidos, Francia, Alemania, Holanda, Suiza...) no fueron posibles reformas de gran calado y aún hoy se arrastran condiciones que los convierten en los servicios de salud más gravosos en términos financieros, en buena manera debido a las elevadas tarifas médicas. Eso sí, se trata de países en los que sigue existiendo un importante número de profesionales liberales, a diferencia de lo que sucede en los países que consiguieron implantar un servicio nacional de salud, donde la inmensa mayoría de los médicos son asalariados. De esta diferencia hablaremos cuando nos refiramos a las organizaciones profesionales corporativas, ya que son dos aspectos íntimamente ligados.

La profesión médica, el 'centro del sistema', ya no puede analizarse y describirse siguiendo los viejos paradigmas freidsonianos³ de 'dominación profesional'; está sometida a un proceso de cambio que consolidará una nueva identidad profesional, proceso de cambio desde luego no voluntario, sino forzado porque las viejas concepciones burocrático-competenciales están siendo sancionadas por las burocracias sanitarias como un insostenible freno a la racionalidad de los servicios asistenciales.

De entre los múltiples **factores que están socavando el poder interno de la profesión médica** en este entorno de racionalización y desburocratización de los sistemas sanitarios, destacamos dos.

- El primero son los procesos de **fragmentación interna de la medicina** como profesión, especialmente, a su vez, por dos motivos: por un lado, el absoluto distanciamiento cultural entre médicos de atención primaria y especialistas hospitalarios, que hace que casi pueda hablarse de dos profesiones diferentes; y por otro, una tendencia a la que ningún país ha sabido o podido oponerse de multiplicación de especialidades hospitalarias, que en España, por ejemplo,

son más de 50. Ello ha producido una gran descohesión, ya que los médicos especialistas tienden fuertemente a afiliarse a las sociedades de su especialidad, abandonando casi por completo a las organizaciones corporativas transversales, como los colegios profesionales o los sindicatos.

- El segundo factor que explica la pérdida de poder interno de la profesión médica es la **entrada en el mercado profesional de nuevas ocupaciones**. Poco a poco, empezaron a aparecer otros agentes dentro del sector, tan pronto como comenzaron a aparecer signos de que los costes sanitarios no hacían sino incrementarse a una tasa notablemente superior a la de la riqueza nacional. El primer agente en aparecer, naturalmente, fueron los **gestores**; si hasta entonces la dirección de los servicios de salud y de los centros sanitarios quedaban en manos exclusivamente médicas y la gestión no era sino una tarea de apoyo, la necesidad de contener el gasto aconsejó introducir elementos de *management* y, naturalmente, a gestores, por lo general y casi por primera vez, ajenos a la profesión médica.

Si bien los médicos podrían seguir adoptando las decisiones clínicas, las decisiones sobre adquisición y distribución de recursos empezaron a ser cuestión de expertos, dotados de nuevas herramientas para la evaluación del rendimiento de los recursos, para determinar las retribuciones a los profesionales o para desarrollar los incentivos necesarios para obtener un alineamiento de las expectativas médicas con las necesidades organizacionales.

El segundo agente en irrumpir fueron las **enfermeras**. Si bien ya llevaban algún tiempo en un proceso interno de profesionalización, con planes de estudio básicos de nivel universitario, a partir de los años ochenta empiezan a reivindicar un nicho profesional propio, lo cual incluye recorridos formativos de posgrado. Paradójicamente, ello fue en parte como consecuencia, una vez más, del predominio de intereses puramente médicos: cuando en los EEUU empezaron los problemas para encontrar médicos de atención primaria, especialmente en zonas rurales, ya que las especialidades hospitalarias era mucho más lucrativas, hubo que encargar la atención a la salud de importantes áreas a enfermeras

con formación específica, el embrión de las enfermeras de práctica avanzada (*nurse practitioner, physician assistant, clinical nurse specialist...*) hoy ya bien consolidadas en aquel país y en desarrollo en muchos otros. Y si las enfermeras eran capaces de hacerlo cuando no había más remedio, es que eran capaces en todas las circunstancias. Y si eran capaces de hacerlo en las consultas de atención primaria, es que eran capaces de ir haciéndolo en muchas otras funciones y roles hasta entonces exclusivos de los médicos. Y ello empieza a extenderse a otros muchos países. Volveremos sobre estos desarrollos en el apartado sexto del tema.

3.- La vigencia del 'contrato social' y el profesionalismo.

Estos procesos evolutivos empiezan a exigir una nueva definición de las profesiones sanitarias; contrato social, profesionalismo, independencia/autonomía, prestigio social, confianza... han sido términos utilizados profusamente como conceptos especialmente adecuados para la definición de las profesiones tradicionales y, en concreto, de la profesión médica. Pero, ¿siguen siendo operativos cuando el ámbito de análisis se multiplica por la existencia de muchas más profesiones sanitarias: odontólogos, enfermeras, psicólogos clínicos, terapeutas, otros titulados superiores (biólogos, químicos, físicos), etc?

Durante los dos últimos siglos, las profesiones tituladas históricas (Medicina, Farmacia, Abogacía...) habían ido estableciendo un **contrato social implícito basado en la confianza**, mediante el cual la sociedad y los poderes públicos han permitido un modelo de autogobierno profesional capaz de anteponer los intereses de sus clientes por encima de los legítimos intereses propios y de adoptar las decisiones profesionales de manera independiente, experta y altruista. Pero los cambios sociales y de manera muy especial la existencia puramente residual hoy del ejercicio 'liberal' de la profesión, debido al masivo proceso de asalarización en el seno de grandes organizaciones (proletarización o desprofesionalización), ha introducido cambios críticos en las prácticas profesionales.

La autorregulación debe convivir con crecientes regulaciones externas y sistemas de evaluación y control;

la confianza en que se cimentaba el contrato social está siendo erosionada; los clientes son cada vez menos pasivos y el prestigio puramente intelectual o cognitivo que poseían los profesionales en poblaciones con muy escaso nivel cultural y educativo hoy se ha perdido en sociedades con acceso generalizado a la educación superior y a la cultura (y a internet). Los medios de comunicación, no sólo sirven de caja de resonancia en casos de mala práctica que afectan a los profesionales, sino que también se han convertido en divulgadores de un conocimiento más o menos científico que permite a los clientes cuestionar las decisiones profesionales o al menos a esperar argumentos y no sólo prescripciones. Las propias sociedades médico-científicas han habilitado 'áreas de pacientes' en sus páginas web, lo que contribuye a una mayor formación sanitaria de los ciudadanos, pacientes o clientes.

Finalmente, el proceso de sindicalización de muchas organizaciones profesionales y el recurso más o menos habitual a la acción sindical, huelgas médicas incluidas, evidencian algo que, pudorosamente y por no erosionar un activo mejor valorado, el prestigio social, siempre habían tratado de esconder en un segundo plano: la existencia de intereses propios, a veces situados por encima de los intereses sociales, contradictorios con la supuesta realización de los intereses públicos de los servicios de salud y de la defensa de los intereses de los pacientes por encima de cualquier otro objetivo.

En el discurso sociológico de hoy se admite que las profesiones están viviendo un profundo proceso de cambio que, básicamente, se define como la **transición de un modelo de práctica profesional implícito a otro explícito** en un contexto organizacional neo-burocrático o de *burocracia soft*. Esta transición, lenta pero persistente, es la respuesta a una dinámica que Porter y Teisberg⁴ describen muy gráficamente: "Los sistemas sanitarios están en curso de colisión con las necesidades de los pacientes y la realidad económica. Sin cambios significativos, la dimensión del problema sólo puede empeorar". Es decir, la tozuda fuerza de los hechos.

El '**modelo implícito**' dominante durante muchos años, casi hasta principios de los ochenta, se caracterizaba por la interpretación exclusivamente profesional de las necesidades de los pacientes; la confianza en el pragmatismo de los profesionales para hacer frente a la escasez de recursos; el empiricismo asistemático y

la auto-reflexión crítica como fuentes del conocimiento clínico; y la autorregulación profesional. Por el contrario, el **modelo explícito** que se está consolidando en los últimos veinte o treinta años se caracteriza por un enfoque neo-burocrático que se sustenta en evaluaciones formalizadas de las necesidades de los pacientes; análisis microeconómicos explícitos; la acumulación de evidencias científicas y su implementación mediante reglas burocráticas; y una creciente regulación externa.

Ello significa, sin duda alguna, una estrategia de limitación de la 'dominación médica' en un entorno mucho más regulado; aunque parezca mentira, el caso más evidente se está produciendo en el sistema liberal de los Estados Unidos de América, donde mientras el poder formal es detentado por la *American Medical Association* [AMA] el poder real está siendo ejercido de manera creciente por las burocracias sanitarias. La Medicina Basada en Evidencias, que en su conceptualización se asumió como una herramienta de los médicos, se convierte en una herramienta de control de los médicos, hábilmente utilizada por los 'ejecutivos de bata blanca' que dirigen operativamente los centros y organizaciones profesionales médicas que han adoptado la filosofía del *managed-care*. Se plasma así el sueño *managerialista* de **control profesional a tiempo real o prospectivo, no meramente retrospectivo**.

En los países con sistemas sanitarios mayoritariamente públicos –prácticamente la totalidad de los países desarrollados–, esta transición que indudablemente se está produciendo se desarrolla en un contexto jurídico más regulado, con una filosofía más de consenso o negociación y desde luego sin llegar a los límites de restricción de la autonomía clínica característicos de las organizaciones privadas.

El reto básico para las profesiones sanitarias, muy especialmente la medicina, es complejo de resolver, pero no muy difícil de formular: **o las organizaciones profesionales disciplinan las prácticas de sus miembros o éstas serán disciplinadas por otros estamentos ajenos a la profesión**; es decir, que se trataría de perder autonomía individual en beneficio de la autonomía del conjunto de la profesión. Y aquí radica la esencia de lo que se ha dado en llamar a nivel corporativo un 'profesionalismo renovado': en el compromiso de las organizaciones profesionales para socializar a sus miembros en los valores profesionales básicos:

excelencia, rendición de cuentas, *lex artis*, proporcionalidad, ética y humanismo.

Si algo podemos encontrar, pues, que sirva como interfaz entre las dos orientaciones conceptuales (contrato social vs. dominación profesional) es, precisamente, el concepto de **profesionalismo**, un término curioso para el que la DRAE no ha establecido aún definición. No es reducible al término español profesionalidad, dado que 'profesionalismo' posee un carácter colectivo o incluso de movimiento, mientras que 'profesionalidad' es un atributo individual. Profesionalismo, pues, vendría a ser el conjunto de filosofías, conceptos y métodos desplegados para potenciar y garantizar la profesionalidad de los miembros de un colectivo. Desde el lado médico, las definiciones de profesionalismo tienden a subrayar su relación con la confianza: "definimos profesionalismo médico como un **conjunto de valores, conductas y relaciones que sustentan la confianza de los ciudadanos en sus médicos**"⁵. Términos un tanto obsoletos, como vocación, ciencia y arte, moralidad o altruismo tampoco suelen estar ausentes de estas definiciones un tanto voluntaristas, si bien, vistos desde fuera del sistema, estos conceptos 'morales' suelen ser analizados con bastante desconfianza.

Y si bien el profesionalismo, en sus distintas concreciones, es reclamado, tanto por los profesionales como por los poderes públicos y las burocracias sanitarias, su fundamentación y propósito son distintos: para las organizaciones profesionales, el profesionalismo significa garantía de poder externo e interno, es decir, influencia en el desarrollo de las políticas sanitarias y autonomía profesional; para el Estado y las burocracias sanitarias, simplemente se trata de una estrategia de control profesional. La relativa autonomía profesional (la competencia de ejecución de determinadas funciones correspondientes a los poderes públicos, más una cierta libertad auto-organizativa tutelada por éstos y que siempre podría ser –y lo ha sido en numerosas ocasiones– retrocedida) forma parte de un contrato político explícito que sustituye al obsoleto e impracticable 'contrato social implícito'.

Desde el punto de vista de la sociología de las profesiones, no se trataría, pues, de hacer explícito ese supuesto contrato social implícito, sino de acordar un nuevo marco político (un **pacto político explícito**) que regule las profesiones sanitarias en las condiciones que impone una sociedad avanzada. Es lo que

se ha descrito como la transición de un modelo de dominación profesional o 'agencial' hacia un modelo 'contractual'.

4.- Regulación externa vs autorregulación.

Es evidente que lo que subyace a todo este debate es el concepto mismo de regulación; entendida en un sentido natural, la regulación tiene como objetivo conseguir determinadas conductas de las organizaciones y personas objeto de regulación. Todos entendemos que la regulación es inevitable en cualquier ámbito de la acción social; sin embargo, dependiendo de nuestra posición e intereses (e ideología, aunque esto último en la minoría de los casos), tenderemos a apoyar y objetar diferentes modelos regulatorios, especialmente la filosofía en que se basan. Pero en los estados de derecho **las competencias de regulación, en lo que conciernen al bien público, corresponden al estado, el cual puede –o no– delegar** en otras instancias para-públicas (agencias) o corporativas (colegios profesionales y similares) ciertas capacidades regulatorias.

La tensión, en este caso, se produce a diferentes niveles. El más básico, en su propio enfoque general, entre una orientación puramente disuasoria (*deterrence*) o de acuerdos (*compliance*); también entre regulación externa o interna, *ex ante* o *ex post*, pública o de mercado, económica (sobre las actividades de los agentes que se relacionan en un mercado) o cualitativa (sobre los productos o servicios que producen)...

No existe en ningún sector un modelo regulatorio totalmente centralizado. La regulación suele desarrollarse como un entramado de ámbitos y organizaciones centralizados (políticos) y delegados (corporativos), ejerciendo estos últimos una tasada capacidad autorregulatoria. Podemos resumir en cinco aspectos básicos la **taxonomía de los sistemas de regulación**⁶:

- **Alcance:** los poderes o capacidades que son delegadas.
- **Ámbitos:** sobre qué áreas tienen discrecionalidad las organizaciones delegadas.
- **Gobierno** (*governance*) y **responsabilidad** (*accountability*): cómo se organizan los sistemas de

gobierno institucional y ante quién rinden cuentas.

- **Derechos de participación** internos (de sus miembros) o externos (de los gobiernos y del público).
- **Supervisión institucional:** Qué tipo de decisiones son privativas de –o en los que interviene– la administración pública que ejerce la delegación (presupuestos, nombramientos, reglamentos, códigos disciplinarios...).

Las actividades profesionales, especialmente por su legitimidad histórica heredada, son especialmente sensibles a la regulación externa. Por resumirlo de un modo gráfico, las organizaciones profesionales tienden a no asumir su ámbito competencial en sentido positivo (ejercen competencias porque me han sido delegadas por quien legítimamente las detenta), sino en sentido negativo (me deniegan, arrebatan o usurpan competencias que me pertenecen o he detentado históricamente). Llevado ello a nuestro terreno, las relaciones entre Medicina (y cada vez más otras profesiones sanitarias relevantes) y Estado viven en un precario y conflictivo equilibrio en todos los niveles de tomas de decisiones, desde la elaboración de políticas sanitarias hasta el control del propio ejercicio profesional, pasando por las funciones de dirección de los centros sanitarios.

¿Cuáles son los límites que pueden legítimamente imponerse a la libertad de práctica clínica desde los reguladores públicos? ¿Hasta dónde puede hablarse de injerencia política en los asuntos meramente profesionales? ¿Es legítimo -no sólo legal- que las administraciones públicas puedan decidir si la vacuna contra el virus del papiloma humano debe formar parte del calendario de vacunaciones, si un costoso medicamento puede o no administrarse a pacientes con cáncer de mama como tratamiento de primera elección o cuál es el nivel de riesgo cardiovascular a partir del cual se deben prescribir estatinas? Si lo hacen, ¿no estarán invadiendo la libertad clínica de los profesionales?

Definitivamente, otros jugadores han entrado en los procesos de toma de decisiones en los servicios de salud⁷ y esta tozuda realidad sin duda supone una inevitable restricción de poder para una profesión, la médica, que en buena medida ha interiorizado durante decenios como seña de identidad la libertad absoluta en la toma de decisiones, no sólo en lo que concierne a sus prácticas clínicas, sino también en todo cuanto las rodea y condiciona: el

mismo desarrollo de los sistemas sanitarios.

5.- Las relaciones interprofesionales.

Como ya hemos señalado, la centralidad absoluta de la Medicina en los sistemas de salud es algo del pasado: ni posee ya una capacidad decisiva de influencia en los procesos de toma de decisiones en las políticas sanitarias (nivel **macro**), ni descansa sobre los médicos la gobernanza del sistema (**meso**). Y, además, en lo **micro** (la gestión clínica) empieza a compartir competencias y responsabilidades con otros agentes profesionales que están pasando de ser emergentes a estar plenamente consolidados. Sin duda alguna, la Enfermería es el principal de ellos, tanto cualitativa como cuantitativamente.

A menudo se confunden dos niveles de análisis: no es lo mismo la relación entre Medicina y Enfermería (nivel institucional) que las relaciones entre médicos y enfermeras (nivel funcional). En el nivel o plano institucional, la pervivencia del modelo burocrático-competencial, refrendado por lo general -ya veremos que no siempre- por las políticas institucionales de los gobiernos, mantiene un esquema jerárquico que no es únicamente de tipo funcional, sino cualitativo y formalizado, en el cual la medicina es el interlocutor natural en aspectos de carácter general y el resto de las profesiones sanitarias, incluida la enfermería, meros consultores a tiempo parcial en aspectos específicos que conciernen estrictamente a sus respectivas profesiones. Ello supone un factor relevante de deslegitimación social y profesional del resto de las profesiones sanitarias.

Pero en el plano funcional las relaciones jerárquicas, aunque crecientemente desafiadas, subsisten cada vez más como un factor pragmático de coordinación que como un movimiento cultural de deslegitimación de las profesiones consideradas 'subalternas'. De manera claramente creciente, **las enfermeras y otros profesionales van encontrando y legitimando nichos profesionales propios, en muchas ocasiones con competencias 'robadas' a los médicos**. Roles y funciones que hasta hace apenas veinte o treinta años venían siendo desempeñados exclusivamente por médicos forman ahora parte normalizada de las competencias de enfermeras, psicólogos,

terapeutas, incluso profesiones transversales como los trabajadores sociales.

Por otro lado, los centros sanitarios tienden a verse crecientemente como un 'orden negociado', en el cual las jerarquías profesionales siguen existiendo pero no pueden ya legitimarse en base al 'derecho natural', sino a la legitimidad que conceden las diferentes contribuciones a los resultados de los pacientes y a la sostenibilidad financiera de las organizaciones y servicios de salud. Y esto, que antes sólo sucedía en el sector privado, se está replicando de manera general y absoluta en los servicios públicos, en los que ya se ha consolidado la filosofía del **New Public Management** de corte neoliberal, por un lado, y una aceptación mucho mayor de las preferencias de los pacientes/clientes como guía en el diseño y gestión de los servicios, por otro. Como se ha expresado en numerosas ocasiones, se está pasando de unas organizaciones sanitarias orientadas hacia los profesionales (médicos) a otras orientadas hacia los pacientes. Todo ello conlleva inevitablemente un **mayor dinamismo en las fronteras competenciales** que antes separaban claramente a las profesiones sanitarias y que se estén constantemente redefiniendo y recomponiendo atendiendo cada vez menos a frenos corporativistas, todo un paradigma de la 'modernidad líquida' de Zygmunt Bauman, de "la desregulación, la flexibilización y la liberalización de los mercados". Ello está sucediendo a un ritmo mucho más rápido en Estados Unidos y Canadá, en los países desarrollados de la Commonwealth y, dentro de Europa, en la subregión anglonórdica; y mucho más lentamente en los países de la 'vieja Europa', más corporatistas, burocratizados y legalistas.

Las fronteras profesionales se están haciendo mucho más dinámicas debido especialmente a la intensificación de cuatro vectores, dos de ellos referidos a **procesos intra-profesionales (diversificación y especialización)** y otros dos, a **procesos inter-profesionales (sustitución vertical y sustitución horizontal)**⁸. Mientras que los procesos intraprofesionales son mucho más conocidos (aunque no por ello muy estudiados), son los interprofesionales los que más se están intensificando en los últimos veinte o treinta años, especialmente por el hecho de que aquellos primeros están derivando de manera creciente en procesos interprofesionales. Pongamos dos ejemplos:

- De cómo un proceso de especialización intraprofesional se convierte en un proceso de sustitución horizontal mediante el cual aparecen, no nuevas especialidades, sino nuevas profesiones con sus monopolios competenciales. Sería el caso, porejemplo, de odontólogos vs. médicos estomatólogos o fisioterapeutas y podólogos vs. enfermeros.
- De cómo un proceso de diversificación intraprofesional se convierte en un proceso de sustitución vertical interprofesional, mediante el cual lo que no venía siendo sino una migración de ciertos sectores de una profesión hacia nuevos nichos ocupacionales propios de su profesión, pasa a ser un proceso de sustitución de personal de mayor estatus ocupacional. El caso más notorio es de la Enfermería de Práctica Avanzada (*nurse practitioner, physician's assistant, nurse clinical specialist...*) que, si bien se empezó a configurar como un conjunto de perfiles avanzados enfermeros, han acabado evolucionando hacia perfiles mixtos médico-enfermeros, con figuras como la de la enfermera anestesista, la enfermera prescriptora o la propia *nurse practitioner* (término éste de imposible traducción al español), desempeñando actualmente funciones o competencias que hasta hace apenas unos años estaban reservadas exclusivamente a los médicos.

Aunque podría resultar evidente una intencionalidad de naturaleza meramente económica la que subyaciera a esta apuesta de los reguladores (la sustitución de mano de obra cara por otra más barata), lo cierto es que **la racionalidad que subyace a estos desarrollos es bastante más compleja**. Muchos reguladores apreciaron que la sustitución de médicos por enfermeras en ciertos ámbitos y niveles asistenciales permitía soslayar algunos **problemas importantes relacionados con la autonomía profesional de los médicos** y su adherencia cultural a determinadas conceptualizaciones obsoletas de lo que es la práctica médica que perviven aún en amplios, aunque menguantes, sectores profesionales:

- Hegemonía del **pensamiento tácito** como arquetipo cultural de lo que es ser un buen médico cohibiendo el desarrollo de procesos de toma de decisiones clínicas basados en evidencias.
- **Variabilidad injustificada** en procedimientos, procesos y

resultados, muchas veces con una intensidad diagnóstica y terapéutica poco contrastable con la evidencia clínica y muy costosa para el conjunto del sistema.

- Resistencias a desarrollar mecanismos efectivos y transparentes de **rendición de cuentas**.
- Supervivencia de una **mentalidad individualista y elitista** que limita culturalmente el desarrollo de dinámicas multiprofesionales, interorganizacionales y de red basadas en la racionalidad y las curvas de experiencia y no en el estatus.
- Deterioro entre bastantes de sus élites asistenciales del **profesionalismo ético** y de sus valores a causa de unas 'amistades peligrosas' con la industria.
- Rígiditas **estructuras directivas profesionales** al servicio de la propia profesión y no de las necesidades asistenciales, fragmentadas en compartimentos estancos donde cada cual sólo se preocupa por su propio territorio.

6.- Los centros sanitarios como 'orden negociado'.

Las profesiones sanitarias van a experimentar fuertes procesos de cambio tan pronto como las organizaciones sanitarias (privadas y públicas, siempre por este orden) acaben por convencerse de que los retos a los que inevitablemente tendrán que enfrentarse tienen que ver básicamente con cambios profundos y hasta radicales en las estructuras profesionales. De la misma manera que en las sociedades abiertas el mestizaje se ha ido incorporando a nuestros sistemas culturales, en los ecosistemas profesionales se va a ir intensificando el desarrollo de **ocupaciones o especializaciones híbridas o mestizas** que no se sabrá muy bien lo que son cuando se intente definir las a la luz de unas obsoletas fronteras profesionales del Siglo XX (basadas exclusivamente en la formación académica), de hecho ya está pasando.

Las profesiones clásicas han sobrevivido refugiadas del mercado gracias a un modelo de estado neocorporatista que está en franco proceso de desaparición, incluso en países como Francia, Italia o Alemania, donde alcanzó su máxima expresión. Por otro lado, el subsistema profesional se ha democratizado

intensiva y extensivamente dando lugar a una diversidad de agentes profesionales impensable hace cincuenta años.

Para trabajar en el sistema sanitario público un médico emplea 10-11 años de media en formarse; las enfermeras, entre cuatro y seis. Aunque la inversión formativa está directamente relacionada (ciertamente con distorsiones) con el valor de mercado de cada ocupación, **el sistema profesional clásico ha venido estando basado en aspectos regulatorios competenciales**: 'compre' un médico (o una enfermera o un abogado o un ingeniero) y comprará usted en realidad un **kit complejo de competencias y funciones** reconocidas y salvaguardadas por las respectivas regulaciones. En este paquete encontrará usted competencias que realmente sólo son aplicables con garantías si uno ha tenido una formación médica de 11 años; pero también habrá muchas competencias médicas admitidas como exclusivas por pura inercia histórica que no lo requieren en absoluto. Igualmente, existen también muchas competencias enfermeras exclusivas que tampoco requieren una formación básica de cuatro años, como lavar a un paciente, inyectar un fármaco, medir una tensión arterial, tomar muestras de laboratorio o inyectar un contraste radiológico.

La delegación de tareas y procedimientos hacia personal con menor, pero suficiente, cualificación es una de las más importantes **'innovaciones disruptivas'** que los servicios sanitarios están importando del mundo empresarial; se trata de **"productos o servicios más baratos, más sencillos y más convenientes para cubrir las necesidades de clientes con exigencias menores"**⁹. Sin embargo los procesos de cambio en los 'mapas' competenciales de las profesiones son necesariamente lentos, no sólo porque todas las profesiones son reacias a ceder competencias, funciones o tareas, sino también porque la sociedad y los poderes públicos tienden a desconfiar ante demandas concretas de los colectivos profesionales emergentes, las cuales tienden a percibir como desarrollos que buscan beneficiar antes a sus élites profesionales que a la sociedad. Y si ello sucede a nivel general, mucho más en sectores de actividad especialmente sensibles para la opinión pública como el sanitario, algo de lo que se sirven perfectamente los defensores de un status quo que les beneficia.

De ahí que el desarrollo de estos procesos de reforma tienda a ser 'incrementalista' y no de carácter básicamente regulatorio, al

menos inicialmente; de hecho, **el órgano (la regulación) suele seguir a la función (las competencias)**, limitándose muchas veces a dar legalidad a realidades consolidadas, como sucede actualmente, por ejemplo, con la denominada 'prescripción enfermera': se van produciendo pequeños desarrollos locales o experiencias para dar respuesta a necesidades concretas y sólo cuando estos desarrollos han alcanzado un cierto nivel de extensión y se dispone de evaluaciones inequívocamente positivas empieza a entrar en los cálculos de los reguladores sanitarios amparar un desarrollo de carácter más general con cobertura legal.

Estas experiencias locales, al carecer de una base legal, se desarrollan en un marco ambiguo en el cual todo debe ser cuidadosamente negociado para evitar que desemboquen en conflictos interprofesionales que perjudiquen más que ayuden; es por eso que se habla de un '**orden negociado**' en las **organizaciones sanitarias**.

Este orden negociado es particularmente complejo en dos ámbitos: las relaciones entre directivos-gestores y profesionales asistenciales, especialmente los médicos, y las relaciones entre médicos y enfermeras.

- En cuanto al primero, las **relaciones entre profesionales y managers**, la complejidad se explica básicamente por un choque de culturas mucho más sencillo de describir que de gestionar. Por un lado, la estructura político-administrativa sigue privando a los gestores de las competencias y capacidades básicas para gestionar eficazmente a las élites profesionales; por otro lado, estas son profundamente reactivas a unos cambios que sólo pueden traducirse en una pérdida de poder profesional, entendido como una erosión en su capacidad de decisión sobre aquellos aspectos esenciales de su propia identidad profesional que los definen y consideran sus rasgos distintivos: ser, en exclusiva, quien evalúe y determine la asistencia requerida para cada paciente concreto; quien decide los diagnósticos y tratamientos, incluyendo qué pruebas y exámenes ordenar, qué medicamentos y procedimientos prescribir y a quién/dónde remitir a sus pacientes; y quien define la naturaleza y volumen de las tareas asistenciales, incluyendo la determinación autónoma de sus propias prioridades, agendas, plazos y cargas de trabajo. Naturalmente, ello

choca frontalmente con la filosofía de la gestión (y de los gestores) que no es sino “decidir qué hay que hacer y hacer que otros lo hagan”.

Por otro lado, desde la dirección político-gestora se está estimulando un cambio crítico en el ‘rol de agencia’, que quiere ser revertido, desde los profesionales (que defenderían a los ciudadanos de los abusos de políticos y gestores, sólo preocupados en ahorrar costes al precio que sea), hacia los gestores (que defenderían a los contribuyentes de los abusos de unos profesionales sólo preocupados en mantener su autonomía, origen de su prestigio, estatus interno, capacidad de decisión y, por supuesto, rentas).

- Por lo que respecta a las **relaciones entre médicos y otras profesiones** han ido evolucionando en los últimos decenios, desde el ‘orden impuesto’ tradicional al actual ‘orden negociado’. Paradigmático, sin duda por tratarse de la profesión más numerosa del sector, es el caso de la enfermería. En los años sesenta, Leonard Stein, médico psiquiatra estadounidense, acuñó la expresión **doctor-nurse game**, el juego médico-enfermera, describiéndolo así¹⁰:

El contenido del juego es el siguiente: La enfermera debe ser atrevida, tener iniciativa y responsabilizarse aportando sugerencias importantes, pero al tiempo debe parecer pasiva. Y todo esto debe hacerlo de tal manera que sus recomendaciones parezcan iniciativa del médico. Los dos participantes deben mantenerse muy sensibles con respecto a las enigmáticas comunicaciones no verbales del otro. Una ligera inclinación de la cabeza, un cambio menor en la posición de la silla o un comentario aparentemente irrelevante sobre algo sucedido hace ocho meses deben ser interpretados como un mensaje importante. El juego exige la destreza de un acróbata en la cuerda floja y si cualquiera de los dos participantes se resbala el juego se hace añicos. Las penalizaciones por equivocaciones frecuentes pueden ser graves.

Casi 25 años después, Stein¹¹ analizó el punto hasta el cual el

'juego' seguía vigente, concluyendo que esta vigencia era sólo relativa: los nuevos roles de las enfermeras les hacían sentir que estaban luchando por la libertad, en pleno proceso de consolidación como una profesión autónoma. Los médicos, en general, reaccionaban ante la nueva situación con sentimientos encontrados que van de la perplejidad a la confusión y no de manera muy infrecuente con sentimientos de traición e ira. A fin de cuentas, el modelo jerárquico ofrecía la seguridad de que cada profesional sabía perfectamente cuál era su sitio. Pero también reconocen que **una comunicación más abierta con las enfermeras permite utilizar mucho mejor las capacidades intelectuales y de observación de éstas y mejorar así la aportación conjunta al bienestar y seguridad de los pacientes.**

Hoy, 20 años después, la evolución de esta conflictiva relación es muy irregular. La enfermería, no sólo se ha convertido en una profesión universitaria independiente, sino que ha ido desarrollando roles avanzados, dando paso a lo que genéricamente se denomina **enfermería de práctica avanzada**, EPA, como ya hemos apuntado en el primer apartado del tema. La sustitución de muchas tareas y roles médicos por parte de enfermeras es una realidad consolidada, una vez que existen pruebas rigurosas de que ello no es una amenaza para la calidad y seguridad de la atención clínica y de que, en general, es muy bien aceptada por los pacientes. Y, por otro lado, entre la mayor parte de los médicos se ha abierto paso la convicción de que lo que ellos perciben como 'delegación de tareas' les permite asumir otras con mayor nivel de exigencia y cualificación, de manera que, como decía Stein en 1990, perciben que cuando un subordinado se libera, deja espacio para que también se libere el opresor.

7.- Los modelos de organización corporativa de las profesiones sanitarias.

Antes de entrar en un análisis más detallado, hay que señalar que existe una **extraordinaria diversidad en los modelos de organización corporativa** de los países desarrollados. En España y en buena parte de la Europa Continental estamos acostumbrados a que estos modelos sean de **tipo colegial** (a

través de los colegios, denominados 'cámaras' en Alemania y Europa del este y 'órdenes' en la Europa latina; el término 'colegio' sólo se emplea en Luxemburgo y en Rumania, además de España), dando cuerpo a una mayor o menor, pero cierta, autorregulación profesional, pero en el resto de los países la regulación puede ser de tipo administrativo o agencial. Cuando es de **tipo administrativo**, son las administraciones públicas, directamente, quienes regulan el ejercicio profesional y cuando es de **tipo agencial** hablamos de organismos mixtos administrativo-profesionales, incluso a veces con participación de otros estamentos, incluidos en ocasiones agentes sociales, expertos y ciudadanos.

En términos generales, podemos hablar de **dos modelos europeos: el anglo-nórdico y el continental**. Mientras que en el primero predomina el control administrativo y tiende a no ser obligatoria la afiliación a colegios o asociaciones profesionales corporativas, en el segundo sucede lo contrario, es decir, un predominio de la autorregulación corporativa con colegiación obligatoria.

En los **países como España, con modelos colegiales**, estas peculiares instituciones poseen -en terminología del Tribunal Constitucional español- una '**cualidad bifronte**'. Por un lado garantizarían los derechos de los ciudadanos frente a los profesionales, reglamentando el ejercicio profesional y ordenando y disciplinando a la profesión; y por el otro lado actúan como representantes políticos e institucionales exclusivos de la profesión. En general, la colegiación es obligatoria para poder ejercer y existen muy pocos controles de legalidad en la actuación de los colegios. A su lado, existen sindicatos corporativos, sociedades científicas y otras asociaciones profesionales, pero a excepción de los sindicatos carecen de poder, ya que éste descansa casi en exclusiva en los órganos colegiales. **Estas estructuras, que pueden tener sentido en países donde sigue existiendo un amplísimo número de practicantes de la llamada 'medicina liberal', que ejercen sin otro control** en sus propias consultas, como Francia o Alemania, por ejemplo, resulta mucho más difícil de justificar en países como España, Italia o Portugal, donde el porcentaje de médicos (y otras profesiones sanitarias) con ejercicio autónomo es muy escaso.

En los **países de régimen administrativo o agencial**, el registro de profesionales, la regulación general de la profesión, sus códigos reglamentarios y la evaluación de profesionales las realizan las administraciones públicas o agencias independientes. Pero éstas carecen de cualquier capacidad de representación de las profesiones, al contrario, **controlan a los profesionales para garantizar que su trabajo es realizado honestamente y con sujeción a la *lex artis* y a los códigos deontológicos**. La labor de representación de los profesionales corresponde en estos países a asociaciones profesionales con un carácter mixto científico-profesional, como las poderosas asociaciones médicas estadounidense o británica, con decenas de miles de afiliados que se asocian de manera totalmente voluntaria. En ocasiones, existen otras sociedades científico-profesionales a las que se concede una importante capacidad, si no de representación, sí de interlocución en materia científico-técnica o de regulación; suelen denominarse en el mundo anglosajón **Royal Colleges**, pero el término 'colegio', en este contexto, no tiene absolutamente nada que ver con los de la Europa continental, a pesar de que en ocasiones el nombre induce a confusión e invita a creer que es el modelo colegial el más generalizado.

Todo este entramado asociativo está en franca crisis. Por un lado, las grandes asociaciones corporativas, con decenas o centenares de miles de afiliados antaño, está viendo cómo los médicos (y de manera creciente las enfermeras) **tienden a asociarse exclusivamente en pequeñas sociedades científicas de especialistas**, lo cual va en claro detrimento de la capacidad negociadora de la profesión como un conjunto y de su liderazgo por parte de las grandes asociaciones.

Por otro lado, las turbulencias en los servicios sanitarios, sometidos en muchos países a incesantes reformas, han tenido como efecto una división interna de muchos entramados asociativos; si en el pasado las poderosas asociaciones profesionales supieron mantener un alto grado de cohesión en torno a una serie reducida, pero muy consensuada, de valores e intereses, hoy ello ya no es así. El antiguo modelo isomorfa, según el cual las estructuras organizativas de unos servicios de salud muy homogéneos se conformaban mediante clones de un modelo básico, está siendo sustituido por un modelo con alta heterogeneidad, lo cual implica asimismo alta heterogeneidad en las estructuras profesionales, con alta heterogeneidad en los

intereses y oportunidades de diferentes sectores profesionales.

El ejemplo más claro es el **Reino Unido**, donde las sucesivas reformas que están teniendo lugar desde que Margaret Thatcher diera el pistoletazo de salida han ido creando estructuras organizativas muy heterogéneas que han tenido como consecuencia que los posicionamientos corporativos unitarios del pasado liderados por la prestigiosa *British Medical Association*, hayan dado lugar a divisiones internas, porque hoy ya no todos los profesionales tienen los mismos intereses. En **Estados Unidos**, la poderosa *American Medical Association* está sometida a tensiones y cismas a causa del apoyo o el rechazo a la reforma sanitaria del presidente Obama.

Muchas veces se escuchan mensajes, enviados desde las organizaciones corporativas, acerca del peligro que supondría reformar los sistemas de autorregulación, permitir la voluntariedad de la colegiación o permitir que las administraciones públicas intervengan en la regulación de las profesiones colegiadas. Pero **no existe, ni existirá nunca, un derecho natural que conceda a los médicos (ni a los ingenieros, notarios, abogados, arquitectos, farmacéuticos, enfermeras...) una capacidad por encima de la ley para autogobernarse**, aunque sus asociaciones corporativas tiendan a presentarlo así. Es simplemente un problema de utilidad social. Estado, profesiones y sociedad conviven en un complejo sistema de relaciones donde es difícil que los derechos reclamados de uno no colisionen con los de otro(s), pero lo cierto es que la regulación de esta siempre conflictiva relación corresponde al Estado. Y que este actúa o debería actuar en beneficio del bien público; para eso se le ha concedido la potestad de legislar: para tratar de encontrar puntos de equilibrio entre intereses no siempre fácilmente conciliables. En el pasado ha legislado y ha tomado unas decisiones y bendecido unos **modelos que hoy en día pudieran no tener ya demasiado sentido** en una sociedad bien diferente de la de entonces.

Referencias Bibliograficas

- ¹ Hanking, J.R. y Wright, E.R. (2010). *Reflections on fifty years of medical sociology*, *Journal of Health and Social Behavior*, 51 (S): S10-S14.
- ² Laugesen, M. J., y Rice, T. (2003), *Is the doctor in? The evolving role of organized medicine in health policy*, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28 (2-3): 289-316.
- ³ Freidson, E. (1970), *Profession of Medicine*, Nueva York, Dodd, Mead & Co. Edición en español: *La profesión médica*, Barcelona, Península.
- ⁴ Porter, M.E. y Teisberg, E.O. (2006), *Redefining health care. Creating value-based competition on results*, Boston, Harvard Business School Press.
- ⁵ Royal College of Physicians, (2005), *Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party*, Londres, Royal College of Physicians.
- ⁶ Lewis, R. et al. (2006), *How to Regulate Health Care in England? An international perspective*, Londres, King's Fund.
- ⁷ Allsop, J. (2006), *Medical dominance in a changing world: the UK case*, *Health Sociology Review*, 15 (5), pp. 444-457.
- ⁸ Nancarrow, S.A. y Borthwick, A.M. (2005). *Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce*, *Social Science & Medicine*, 27(7): 897-919.
- ⁹ Christensen, C.M.; Bohmer, R y Kenagy, J (2000). *Will disruptive innovations cure health care?* *Harvard Business Review*, Septiembre-Octubre, 2-10.
- ¹⁰ Stein, LI (1967). *The doctor-nurse game*, *Archives of General Psychiatry*, 16: 699-703, p.699.
- ¹¹ Stein, LI; Watts, DT y Howell, T (1990). *The doctor-nurse game revisited*, *The New England Journal of Medicine*, 322 (8): 546-549.