

Artículo especial

# El estatus de la profesión médica: ¿reforzado o debilitado por la nueva gestión pública?



Rosalía Cascón-Pereira<sup>a,\*</sup>, Ian Kirkpatrick<sup>b</sup> y Mark Exworthy<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Gestión de Empresas, Universidad Rovira i Virgili, Reus (Tarragona), España

<sup>b</sup> Warwick Business School, University of Warwick, Coventry, UK

<sup>c</sup> Health Services Management Centre, University of Birmingham, Birmingham, UK

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 2 de mayo de 2016

Aceptado el 22 de julio de 2016

On-line el 15 de octubre de 2016

### Palabras clave:

Médicos

Estatus ocupacional

Reforma sanitaria

Clase social

Poder profesional

## R E S U M E N

Este artículo pretende evaluar si el estatus de la profesión médica se ha visto reforzado o debilitado con la nueva gestión pública. Para ello, recoge la opinión y la evidencia presentadas por dos expertos internacionales respecto a la situación en el Reino Unido, con el fin de poder extraer algunas lecciones para el sistema sanitario español. Los argumentos presentados coinciden en afirmar que, lejos de perder estatus y poder ante las reformas sanitarias, la profesión médica ha mantenido su estatus y su autonomía ante otros agentes como gestores, políticos y pacientes. Sin embargo, este mantenimiento del *statu quo* ha sido a costa de una estratificación intraprofesional que provoca desigualdades de estatus vinculadas a la clase social dentro de la misma profesión.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## The status of the medical profession: reinforced or challenged by the new public management?

### A B S T R A C T

This article aims to assess if the status of the medical profession has been reinforced or weakened with the new public management. With this purpose, it collects the opinion of two international experts regarding situation in the United Kingdom, in order to apply some lessons to the Spanish case. Both agree that, far from losing status and power with the healthcare reform, the medical profession has protected its status and autonomy against other social agents such as managers, politicians and patients. However, the maintenance of the status quo has been at the expense of an intra-professional stratification that has caused status inequalities linked to social class within the medical profession.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## El estatus de la profesión médica

De acuerdo con la definición comúnmente aceptada desde la sociología de las profesiones, el estatus es la posición que una persona o un grupo ocupa dentro del sistema institucional o sociedad<sup>1</sup>. Dicho estatus está asociado a un mayor prestigio o poder cuanto más importante sea la función que se realiza según las necesidades que satisface y cuanto más escaso sea el número de personas que pueden desempeñar esa función, ya sea porque se requiere una larga preparación o bien unas cualidades excepcionales. Bajo un criterio u otro, lo cierto es que el estatus de la profesión médica, como profesión arquetípica, siempre ha gozado de buen prestigio y poder entre las ocupaciones<sup>2</sup>. De hecho, el rango de profesión como una ocupación a la que el Estado le ha otorgado una autonomía legítima, porque posee un específico cuerpo de conocimiento o disciplina<sup>3</sup>, ya evidencia dicho prestigio. Sin embargo, las reformas

sanitarias realizadas en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), inclusive España, y otros países como los Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda desde finales de los años 1980, bajo el término «nueva gestión pública», han sido acusadas de propiciar una pérdida de estatus y autonomía a la profesión médica, que se halla situada en el ápice de la jerarquía sanitaria<sup>4</sup>. Ciertamente, aunque el paradigma de la nueva gestión pública fue inicialmente adoptado en los países con gobiernos liberales con el fin de «modernizar» la gestión pública y mejorar la calidad, la equidad y la eficiencia en la provisión de servicios públicos a través de importar la lógica del mercado privado al sector público, en el contexto sanitario, dichos supuestos cambios han sido muy criticados por suponer paralelamente una pérdida de la autonomía de la profesión médica<sup>5</sup>.

Esta pérdida se ha denominado «desprofesionalización» o «proletarización» de la medicina<sup>6</sup>, que supone el cambio de una profesión vocacional con alto estatus a un simple trabajo asalariado en el cual la autoridad y la autonomía asociadas al conocimiento clínico quedan suplantadas por las nuevas formas de organización y la protocolización del conocimiento clínico. Ciertamente, los tres

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [rosalia.cascon@urv.cat](mailto:rosalia.cascon@urv.cat) (R. Cascón-Pereira).

sellos distintivos del trabajo profesional, que son autonomía, colegialidad y dominancia, han sido cuestionados por nuevas formas burocráticas de organización y control del trabajo, y por las ideas neoliberales que subyacen a las reformas sanitarias traducidas en formas de remuneración ligadas al desempeño o rendimiento según objetivos prefijados, la estandarización del trabajo a través de protocolos explícitos y nuevas formas de supervisión jerárquica<sup>7</sup>. Del mismo modo, la nueva gestión pública ha supuesto un incremento de los roles de gestión para coordinar las conexiones entre actividades profesionales y organizativas. Según algunos autores<sup>8</sup>, esto ha supuesto la cooptación de las élites médicas para servir a los intereses de los políticos, las empresas y el mercado, de manera que al interiorizar sus discursos e identificarse como gestores se convierten en los mejores vigilantes del mantenimiento del sistema, y a cambio de un cierto prestigio y poder provocan la pérdida de estatus del resto de la profesión médica.

En el contexto de este tema de actualidad y con el objetivo de añadir nuevos argumentos para responder a la pregunta «¿Se ha reforzado o debilitado el estatus de la profesión médica con la nueva gestión pública?», divulgamos a través de este artículo la opinión de dos expertos reconocidos internacionalmente en este ámbito: el Dr. Ian Kirkpatrick, catedrático de Organización y Trabajo en la Universidad de Leeds (UK), y director de la Cost Action Europea ISO9003 para explorar el rol de los médicos gestores en los sistemas sanitarios de Europa, y el Dr. Mark Exworthy, catedrático de Política Sanitaria y Gestión, y director del Centro de Gestión de Servicios de Salud en la Universidad de Birmingham (UK), ambos con dilatadas trayectorias de investigación en el ámbito de la gestión sanitaria en el National Health Service (NHS) del Reino Unido.

### La opinión de los expertos

Según el último estudio realizado por el Dr. Kirkpatrick y sus colaboradores, aún no publicado pero presentado en el pasado 32<sup>nd</sup> EGOS Colloquium<sup>9</sup>, la caracterización de los médicos que llegan a la cúspide de la jerarquía en la dirección de los hospitales del Reino Unido evidencia que el estatus de la profesión médica en el NHS no se ha debilitado, sino que, al contrario, se ha reforzado a través de la captación del poder por determinadas élites médicas que se han dedicado a la gestión. En particular, los resultados de su análisis de conjuntos borrosos para averiguar qué características reúnen aquellos médicos que conforman la alta dirección de los mejores hospitales británicos, en una muestra de 1303 médicos de 141 centros hospitalarios en 2012, muestran que existen dos condiciones necesarias para llegar a dicha cúspide y formar parte de la alta dirección: dedicarse a una de las tres especialidades médicas de mayor prestigio (anestesia, cirugía y medicina interna)<sup>10</sup> y conjuntamente haberse licenciado en una de las tres facultades de Medicina más prestigiosas (Oxford, Cambridge y Edinburgo), según el *ranking* publicado en *The Guardian*. Teniendo en cuenta que, a pesar del incremento en los últimos años de la participación de los médicos en la gestión, los datos de 2006/2007 y 2008/2009 reportaban solo un 13,84% de médicos en los consejos de administración de los hospitales ingleses, los hallazgos del nuevo estudio mostrarían que, a diferencia de lo que puede pensarse, el poder de la profesión médica no ha sido cercenado por los gerentes y gestores ajenos a la profesión médica, sino que se concentra en una élite médica con ciertos privilegios de clase, que va a las mejores universidades y estudia ciertas especialidades asistenciales. En síntesis, en términos de capital humano, las condiciones necesarias para llegar a esta cúspide no serían la experiencia o la formación en gestión, sino el conocimiento clínico, lo cual apoya la lógica de la credibilidad profesional y el profesionalismo médico frente a la lógica de la competencia y la experiencia en gestión. Esto

muestra que las reformas sanitarias de la nueva gestión pública no han debilitado el estatus y el poder de la profesión médica en su conjunto, sino que han motivado una estratificación intraprofesional o una redistribución del poder en la profesión médica para responder a las amenazas externas, provocando desigualdades de estatus dentro de la misma profesión vinculadas a la clase social. Lo que queda por averiguar es cómo se traduce la composición de esta jerarquía en las prácticas de gestión de los hospitales, o dicho de otro modo: ¿esta élite protege los intereses de la base y los valores profesionales, ejerciendo lo que se denomina una «colonización inversa»<sup>11</sup> que trata de mantener el *statu quo* de la profesión o, por el contrario, cuestiona este *statu quo* y se aleja de los intereses de la base?

Desde una perspectiva distinta, el Dr. Exworthy basa su respuesta a la pregunta formulada en los resultados de dos estudios cualitativos acerca de la gestión de los *Clinical Excellence Awards* (CEA) en el Reino Unido, con el objetivo de averiguar si esta fórmula de pago basado en el desempeño o rendimiento de los médicos adjuntos suponía una pérdida o un aumento de estatus y de poder de la profesión médica. En el primer estudio<sup>12</sup> realiza un análisis de contenido de las 120 respuestas a una consulta *online* sobre la reforma de los CEA en 2011, en la que participaron colegios de médicos, sindicatos, direcciones de hospitales y médicos individualmente. Los resultados mostraron la presión de los médicos para que nada cambie respecto a este esquema, y la función que cumple dicho pago por desempeño, que no es la de incentivar un mejor desempeño o premiar la excelencia, como su diseño supondría, sino que es la de incrementar el monto salarial global de los médicos independientemente de su desempeño, convirtiéndose en un bono de por vida o un privilegio adquirido por ser quienes son, profesionales médicos, y no por lo que hacen. Así, el 61% de los adjuntos que pueden solicitar este incentivo, consistente en 39.000 euros anuales, lo obtienen, y ello supone un coste global de 75 millones de euros al año.

El segundo estudio<sup>13</sup> se centra en analizar cualitativamente cómo se conceden dichos bonos. Para ello, el autor y sus colegas participaron como observadores en 15 de los comités que deciden la concesión. Las conclusiones de este segundo estudio son que las decisiones no se basan en el desempeño de los cinco criterios evaluados (calidad del servicio, desarrollo del servicio, liderazgo, investigación y docencia), sino en criterios totalmente personales y arbitrarios, como que alguien es un «buen tipo» o «está a punto de jubilarse y le vendrá bien un extra monetario», y que el poder de decisión recae en los médicos que componen el comité (50%) y no en el 25% de los gestores ni el otro 25% de miembros que no intervienen en el proceso de toma de decisión. Estas conclusiones, aunque desde una perspectiva distinta, estarían en línea con las conclusiones del Dr. Kirkpatrick. Así, lejos de cuestionar el estatus de la profesión médica, el pago por desempeño se utiliza para ganar más estatus y poder. No obstante, de nuevo se hace evidente que estos privilegios se restringen a una élite médica, que comparte clase social y procedencia universitaria.

### Conclusión

Los dos estudios presentados confirman la tesis de reestratificación de Freidson (1985), según la cual las élites profesionales protegen los intereses profesionales frente a los cambios burocráticos, mediante una adaptación estratégica para retener la autonomía y el poder, en la que la profesión médica se estratifica y se hace más jerárquica y burocrática. Freidson distingue tres estratos, entre los que identifica dos élites: los médicos de base, la élite del conocimiento, que son aquellos médicos que velan por que el conocimiento que informa, define o evalúa el trabajo profesional permanezca bajo el control de la profesión médica; y la élite

administrativa, que son los médicos gestores, que velan por que el contexto laboral respete los intereses profesionales. Así, el poder y la autonomía que pierde la base se conceden a las élites profesionales y no a los políticos, gestores o clientes, por lo que la profesión médica en su conjunto retiene el poder.

La evidencia proporcionada por los citados autores no solo confirmaría esta tesis, sino que la complementarían al mostrar cómo la conformación de dichas élites o la estratificación no es ajena a la clase social, sino que reproduce sus dinámicas dentro de la profesión. Esta evidencia nos llevaría a reflexionar sobre si, al igual que está ocurriendo en la sociedad, donde la crisis económica la absorben las clases más frágiles, mientras una minoría opulenta es cada vez más rica<sup>14</sup>, en el caso de la profesión médica la pérdida de estatus recaería sobre la base, mientras las élites administrativas dedicadas a la gestión y la representación profesional adquirirían cada vez más poder. Cabe en todo caso preguntarse hasta qué punto la evidencia presentada por el Dr. Kirkpatrick y el Dr. Exworthy para el Reino Unido sería generalizable al caso español, puesto que nuestras universidades y nuestra estructura social no son tan sensibles al concepto de clase social. Salvando las distancias, y teniendo en cuenta el incremento de las diferencias sociales desde el inicio de la crisis económica y la recuperación del concepto de clase social desde entonces, sirva el caso del Reino Unido como ejemplo para extraer ciertas lecciones que permitan prevenir que, al igual que importamos del Reino Unido las ideas de la nueva gestión pública, no acabemos importando también las diferencias de estatus dentro de la profesión médica.

#### Editora responsable del artículo

Clara Bermúdez-Tamayo.

#### Contribuciones de autoría

R. Cascón Pereira ha sido responsable de la transcripción, el resumen y el análisis del contenido de las ponencias impartidas por los Dres. Kirkpatrick y Exworthy. Asimismo, ha redactado el manuscrito final tras acordar su contenido con el resto de los autores.

#### Agradecimientos

A los departamentos de Economía y Gestión de Empresas de la Universidad Rovira i Virgili, y al Grupo de Investigación consolidado Análisis Social y Organizativo, sin cuya ayuda no hubiera sido posible organizar el VI Seminario Internacional en Ciencias Sociales.

#### Financiación

Ninguna.

#### Conflicto de intereses

Ninguno.

#### Bibliografía

1. Davies K. A conceptual analysis of stratification. *Am Sociol Rev.* 1942;3:309–21.
2. Freidson E. The reorganization of the medical profession. *Med Care Rev.* 1985;42:11–35.
3. MacDonald KM. *The sociology of the professions.* London: Sage Publications; 1995. p. 240.
4. Harrison S, Ahmad W. Medical autonomy and the UK state 1975 to 2025. *Sociol.* 2000;34:129–40.
5. Martinussen PE, Magnussen J. Resisting market-inspired reform in healthcare: the role of professional subcultures in medicine. *Soc Sci Med.* 2011;73:193–200.
6. Ferlie E. Large-scale organizational and managerial change in health care: a review of the literature. *J Health Serv Res Po.* 1997;2:180–9.
7. Scott W, Ruef M, Mendel P, et al. *Institutional change and healthcare organizations.* London: University of Chicago; 2000. p. 452.
8. Ferlie E, Ashburner L, Fitzgerald L, et al. *New public management in action.* Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 298.
9. Kirkpatrick I, Veronesi G, Zardini A. Doctors in management: challenging or reinforcing the professional status order? Paper presented at 32 EGOS Colloquium, Naples, July 2016.
10. Creed PA, Searle J, Rogers ME. Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. *Soc Sci Med.* 2010;71:1084–8.
11. Waring J, Currie G. Managing expert knowledge: organisational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organ Stud.* 2009;30:755–78.
12. Exworthy M, Hyde P, McDonald-Kuhne P. Knights and knaves in the English medical profession: the case of Clinical Excellence Awards. *J Soc Pol.* 2016;45:83–99.
13. McDonald Kuhne P, Hyde P, Exworthy M. Institutional maintenance of elite professions: the high politics of the medical profession. Paper presented at Organisational Behaviour in Health Care Conference, Cardiff, UK, April 2016.
14. Standing G. *El precariado: una carta de derechos.* Madrid: Capitán Swing; 2014. p. 400.