

Original

Los significados atribuidos a la gestión como fuente de las actitudes e identidad profesional de los/las médicos/as gestores/as



Rosalía Cascón-Pereira* y Mireia Valverde

Departamento de Gestión de Empresas, Universidad Rovira i Virgili, Reus, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de febrero de 2014

Aceptado el 23 de mayo de 2014

On-line el 16 de septiembre de 2014

Palabras clave:

Médicos/as

Gestión

Investigación cualitativa

Identidad social

Actitud

Reforma sanitaria

R E S U M E N

Objetivos: Comprender el proceso por el cual los/las médicos/as gestores/as construyen su identidad profesional y desarrollan sus actitudes hacia la gestión.

Métodos: Investigación cualitativa, en concreto teoría fundamentada, a través de entrevistas en profundidad con 20 médicos/as gestores/as seleccionados/as a través de muestreo teórico en dos hospitales públicos catalanes, observación participante e información documental.

Resultados: Los significados asignados a su propio rol son construidos a través de un proceso de comparación con la gestión pura de la alta dirección y la asistencia clínica de los/las médicos/as. En este proceso de construcción de significados, los/las médicos/as gestores/as buscan diferenciarse de los/las gestores/as a través de los significados construidos, utilizando como fuentes de dicha diferenciación el conocimiento clínico y la proximidad a la realidad.

Conclusiones: La contribución de este trabajo consiste en comprender por qué los/las médicos/as gestores/as desarrollan actitudes adversas a la gestión y por qué se definen como médicos/as y no como gestores/as. La explicación recae en los significados que otorgan a la gestión, como base sobre la cual construyen sus actitudes hacia ésta y su identidad profesional. De esta comprensión se derivan algunas implicaciones para la gestión sanitaria.

© 2014 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS.

Meanings attributed to management as an explanation for clinician managers' attitudes and professional identity

A B S T R A C T

Objective: To understand the process by which clinician managers construct their professional identities and develop their attitudes toward managing.

Methods: A qualitative study was performed, based on grounded theory, through in-depth interviews with 20 clinician managers selected through theoretical sampling in two public hospitals of Catalonia (Spain), participant observation, and documentation.

Results: Clinician managers' role meanings are constructed by comparing their roles with those of senior managers and clinicians. In this process, clinician managers seek to differentiate themselves from senior managers through the meanings constructed. In particular, they use proximity with reality and clinical knowledge as the main sources of differentiation.

Conclusions: This study sheds light on why clinician managers develop adverse attitudes to managing and why they define themselves as clinicians rather than as managers. The explanation lies in the construction of the meanings they assign to managing as the basis of their attitudes to this role and professional identity. These findings have some practical implications for healthcare management.

© 2014 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SESPAS.

Keywords:

Physicians

Management

Qualitative research

Social identity

Attitude

Health care reform

Introducción

En las últimas tres décadas, la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos han introducido reformas en la gestión de sus sistemas sanitarios para disminuir los costes en salud y mejorar su eficiencia¹. Estos cambios, inspirados en la lógica de la nueva gestión pública originada

en el Reino Unido en los años 1980, llegan a España a partir de 1990 con el objetivo de cambiar el contexto en que médicos/as y gestores/as «operan». Las reformas inspiradas en esta lógica comportan la transferencia de las responsabilidades de gestión a los mandos intermedios y, por tanto, un mayor énfasis del rol gestor de los médicos/as y enfermeros/as como aspecto clave para la mejora de la gestión sanitaria. Tanto es así, que un abundante número de estudios realizados en otros países donde se ha implementado una reforma similar se han dirigido a explorar el impacto de dicha reforma sobre los/las médicos/as con cargos de gestión en términos del cambio en los contenidos de su rol^{2-4,11,12}, su autonomía

* Autora para correspondencia.

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

profesional⁵⁻⁷ e incluso su relación con los/las gestores/as⁸. Dicha investigación se ha realizado desde un nivel agregado de análisis que resalta los valores opuestos del colectivo clínico y el colectivo gestor, pero ignora los significados y experiencias individuales de los/las médicos/as ante la gestión. Las diferentes actitudes hacia la gestión halladas en algunos estudios⁹⁻¹² alertan sobre el hecho de que la premisa general «ellos/ellas y nosotros/as», refiriéndose a gestores/as y clínicos/as, no logre captar la complejidad de las experiencias y actitudes de los/las médicos/as gestores/as ante la gestión.

Algunos estudios han tratado de dar respuesta a este vacío, profundizando en la comprensión de las diferentes actitudes de los/las médicos/as gestores/as en sus roles híbridos¹³⁻¹⁷. Los hallazgos de estos estudios coinciden en identificar dos posturas entre los/las médicos/as que asumen responsabilidades de gestión: los/las médicos/as que entran en la gestión con el entusiasmo de mejorar la provisión de los servicios de salud y de influir en el funcionamiento de sus unidades, y los/las médicos/as con poco o nulo interés en la gestión y cierta hostilidad hacia las reformas del sistema de salud, pero que se sienten obligados/as a asumir un puesto de gestión para defender sus intereses o porque no hay nadie más dispuesto o capaz para asumirlo. Sólo algunos de estos estudios han ido más allá de la mera descripción de estas actitudes para comprender sus causas. Por ejemplo, en el estudio de Lewellyn¹⁷, las diferentes actitudes halladas ante la gestión se atribuyen a la estrategia del hospital y a las características del puesto ocupado. Una explicación muy distinta la proporcionan otros estudios^{15,16} utilizando la perspectiva de la identidad social. No obstante, estos estudios ignoran los significados atribuidos a la gestión como base fundamental para el desarrollo de actitudes hacia ésta¹⁸.

Por todo ello, el propósito de esta investigación es comprender el proceso por el cual los/las médicos/as gestores/as construyen su identidad profesional y desarrollan sus actitudes hacia la gestión. Dicho objetivo justifica en sí el uso de metodología cualitativa.

Métodos

Se utiliza la metodología cualitativa de la teoría fundamentada¹⁹. Ésta resulta adecuada para el propósito de la investigación porque se pretende desarrollar teoría a partir de la comprensión en profundidad del desarrollo de las actitudes e identidad de los/las médicos/as gestores/as.

El estudio se llevó a cabo en dos hospitales universitarios de Cataluña seleccionados por muestreo teórico, que en el año 2005, cuando se realizó el trabajo de campo, estaban experimentando cambios organizativos impulsados por la perspectiva de la nueva gestión pública²⁰. El contexto catalán fue uno de los pioneros en el territorio español en transferir la lógica del sector privado a la gestión de los hospitales públicos, que entre otros aspectos, como la separación de los roles de proveedor y comprador de servicios sanitarios, suponía también una transferencia de responsabilidades de gestión a los los/las médicos/as gestores/as que se convertían en actores clave para garantizar la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios perseguida por la reforma. Con el objetivo de maximizar las oportunidades de comparación, se seleccionaron un hospital de propiedad privada y gestión pública (hospital A), y uno de propiedad y gestión públicas (hospital B).

El trabajo de campo fue realizado en 2005 por una investigadora de 27 años de edad, economista y psicóloga. El acceso a los datos fue facilitado por la gerencia de ambos hospitales. El método principal de recogida de datos fue la entrevista en profundidad a 20 de los 34 jefes/as de servicio, 10 del hospital A y 10 del hospital B. Estas entrevistas duraron entre 2 y 4 horas, y fueron grabadas y transcritas con el consentimiento informado de los/las participantes, garantizando su confidencialidad. Se maximizaron las

oportunidades de construir teoría diversificando al máximo la muestra teórica por edad, sexo, especialidad médica, antigüedad en el puesto, antigüedad en el hospital, formación previa en gestión y tamaño del servicio en función del personal a cargo (tabla 1). Para asegurar una selección adecuada, las conversaciones informales y la observación participante fueron de ayuda. Las entrevistas se estructuraron en torno a las siguientes áreas de exploración: cómo se definían a sí mismos/as en términos profesionales, percepciones de dificultad y experiencias con su rol gestor y contenido del rol gestor. Se complementó la información obtenida con notas de observación participante y con información documental correspondiente a cada organización (descripciones de puestos, cuestionarios para la evaluación del desempeño, etc.), lo que dio lugar a una triangulación metodológica en aras de mejorar la validez y la credibilidad de los resultados²¹.

La recogida de datos pretendía dar respuesta a las siguientes dos preguntas: «¿cómo perciben la gestión los/las médicos/as gestores/as?» y «¿qué factores influyen en dichas percepciones?». El análisis adoptó el procedimiento definido por Glaser y Strauss¹⁹ como análisis comparativo constante. Se utilizó el programa NVivo para organizar y codificar los datos recogidos. Algunas de las medidas tomadas para garantizar la confiabilidad de los resultados fueron las siguientes: triangulación metodológica a través del contraste de los datos obtenidos de las entrevistas y la observación participante, el análisis comparativo constante y la iteratividad entre la recogida y el análisis de nuevos datos, la realización de un estudio piloto previo para obtener los criterios del muestreo teórico inicial, y la validación de la interpretación de los datos por dos grupos focales, uno realizado con los/las participantes del estudio y el segundo con otros/as médicos/as gestores/as.

Resultados

Para comprender las actitudes ante la gestión de los/las médicos/as gestores/as, en primer lugar se exploró su identidad profesional, es decir, cómo se definían a sí mismos/as mediante la pregunta «¿cómo se define a sí mismo/a en términos profesionales?» Dado el mayor énfasis empresarial del sector privado, se esperaba hallar una mayor identificación con la gestión en los/las médicos/as gestores/as del hospital A. Sin embargo, no fue así. Ninguno de los/las médicos/as gestores/as se definió a sí mismo/a como «gestor/a», independientemente del hospital al que pertenecían. En cambio, se definían como miembros de una categoría diferente a la de directores/as de hospital y gerencia, a quienes referían como gestores/as, y a la de sus colegas clínicos: «En sanidad, los jefes de servicio no somos gestores (...) El puente que hay entre la dirección médica y la asistencia, eso somos nosotros, es decir, entre los que hacen el trabajo y el director médico... que son los gestores» (P1).

Al afirmar esta nueva identidad, el término «gestor/a» se reservaba únicamente para referirse a la alta dirección y la gerencia hospitalarias. No sólo no se identificaban con este término, sino que intentaban diferenciarse de «los/las gestores/as» enfatizando aquellas características que les diferenciaban de este grupo, y estereotipándolos negativamente. De hecho, ni siquiera aceptaban denominar aquello que hacían con el término «gestión» (tal era la aversión a esta palabra), sino que preferían referirlo como «organizar», «liderar» su servicio o «hacer que las cosas funcionen»: «Más que gestión... a mí no me gusta nada esta palabra (hace mueca de rechazo), yo prefiero hablar de organización del servicio» (P17).

La tabla 2 muestra los significados que los/las médicos/as gestores/as utilizaban para reconstruir su identidad profesional en contraposición a la de los/las gestores/as y la gestión realizada por éstos/éstas. El significado de mayor saturación, es decir, que apareció en todas las entrevistas como rasgo diferenciador de la gestión

Tabla 1
Caracterización de la muestra

| Participante | Hospital | Edad | Sexo (V/M) | Unidad/servicio | Antigüedad en el puesto (años) | Antigüedad en el hospital (años) | Formación previa en gestión (Sí/No) | Tamaño servicio (adjuntos + residentes) |
|--------------|----------|------|------------|---|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| P1 | A | 42 | M | UCI y urgencias | 5 | 5 | No | 12 |
| P2 | A | 51 | V | Anestesiología, reanimación y dolor | 5 | 19 | Sí | 10 |
| P3 | A | 41 | V | Cirugía | 2 meses | 24 | No | 12 |
| P4 | A | 43 | V | UCCP | 1 | 12 | No | 7 |
| P5 | A | 52 | M | Farmacia | 15 | 15 | Sí | 4 |
| P6 | A | 45 | V | Pediatría | 2 | 43 | No | 10 |
| P7 | A | 42 | V | Oncología | 8 | 13 | No | 22 |
| P8 | A | 56 | V | Urología | 4 | 16 | No | 5 |
| P9 | A | 68 | V | Ginecología | 24 | 15 | Sí | 18 |
| P10 | A | 48 | V | Laboratorio/análisis clínicos | 16 | 18 | No | 11 |
| P11 | B | 47 | V | Cardiología | 5 meses | 17 | Sí | 9 |
| P12 | B | 61 | V | Cirugía | 1 | 16 | No | 16 |
| P13 | B | 63 | M | Farmacia | 34 | 34 | No | 3 |
| P14 | B | 64 | M | Anestesiología, reanimación y control del dolor | 7 | 7 | Sí | 24 |
| P15 | B | 64 | M | Traumatología | 15 | 16 | Sí | 21 |
| P16 | B | 43 | M | UCI | 6 meses | 6 | No | 18 |
| P17 | B | 44 | V | Urgencias | 6 | 16 | Sí | 21 |
| P18 | B | 54 | V | Obstetricia y ginecología | 11 | 11 | Sí | 17 |
| P19 | B | 62 | V | Pediatría | 21 | 21 | Sí | 26 |
| P20 | B | 63 | V | Medicina interna | 12 | 17 | No | 12 |

UCI: unidad de cuidados intensivos; UCCP: unidad de convalecencias y cuidados paliativos.

frente a lo que ellos/ellas hacían, fue la distancia-proximidad a la realidad. La importancia de esta característica era tal que se utilizaba como baremo no sólo para diferenciar su gestión de la de los/las gestores/as, sino también para distinguir entre los/las buenos/as y los/las malos/as médicos/as gestores/as. A este respecto, la gestión definida como alejada de la realidad del día a día asistencial: «Ah, y gerencia, gerencia. . . Buf (resopla), no sé, éstos viven totalmente aislados de la realidad. . . Mucho. Están más en el macro-mundo de la macroeconomía del hospital y no viven el día a día asistencial, no viven los problemas, están alejados de la base trabajadora, del adjunto, del médico. . . Allí encerrados en su palacio pidiéndonos chorradas continuamente (se refiere a los indicadores) y sin enterarse de nada. . .» (P18).

En este sentido, el valor de su identidad como médicos/as gestores/as yacía en mantener la actividad asistencial.

Para ellos, la gestión hospitalaria no requería unas habilidades especiales. En cambio, su actividad asistencial sí requería un conocimiento especialista. Éste era percibido como fuente de autoridad para gestionar y para relacionarse con el resto de los/las médicos/as y con dirección y gerencia. De hecho, se recurría a esta autoridad para enfatizar su superioridad respecto a «los/las gestores/as» que no tenían una especialidad médica: «las direcciones médicas están constituidas por personas que no han seguido la carrera profesional, que como cosa de agarradero, porque de algo hay que vivir, se han agarrado a la gestión y a vivir. . . Entonces, claro, yo me puedo sentar a discutir temas técnicos, no pretendo yo ahora dar lecciones de cómo hay que llevar esto, pero desde luego, lo que no me tiene

que contar es cómo tengo que llevar mi servicio. ¿Por qué? Uno no puede respetar a un mando, no puede respetar de ninguna manera a un mando que te das cuenta, a la tercera palabra, de que. . . ¡es que no sabe de qué está hablando!» (P2).

También se distinguían a sí mismos/as de «los/las gestores/as» por los criterios en que basaban sus decisiones. Sus decisiones se basaban en proporcionar la mejor opción en el ámbito asistencial. En este sentido, entraban en conflicto con la dirección por su exceso de énfasis en los criterios económicos: «Me pregunto a mí misma: «¿trabajamos en el mismo hospital? No me lo puedo creer. . .» (ríe). Tal y como te he dicho, no perciben. . . No estoy segura de si debería decirte esto. . . pero la realidad económica que ellos tratan es muy distinta de lo que tú necesitas realmente, y necesitan poner distancia para eliminar ese conflicto, por eso se alejan. Tienen una visión únicamente financiera de cómo hay que gestionar el hospital, y claro, la ocultan bajo el término «calidad», pero cuando la calidad empieza a tener un precio, entonces vuelven a la lógica de la eficiencia» (P7).

Según los/las médicos/as gestores/as, dirección médica y gerencia tenían el monedero, pero carecían del criterio clínico necesario para tomar las decisiones apropiadas para las necesidades del hospital y los/las pacientes. Mientras su motivación para gestionar era percibida como totalmente legítima y basada en la mejora de la unidad o de la asistencia o de la especialidad, la gestión de los/las gestores/as se caracterizaba por estar basada en intereses políticos que criticaban.

Tomados conjuntamente, estos significados atribuidos a su rol frente a la gestión de «los/las gestores/as» ilustran muy bien lo que Haslam²² define como distinción positiva. La construcción de estos significados polarizados permite desarrollar una identidad profesional positiva en los/las médicos/as gestores/as que nace de la exaltación de diferencias respecto a un grupo al que categorizan negativamente. Según Turner et al.²³, las percepciones sociales de similitud o diferencia son el producto más importante del proceso de autocategorización. Por tanto, en el desarrollo de la identidad profesional se acentúan expresamente las diferencias respecto a los grupos con los cuales se comparan, en este caso los/las gestores/as y los médicos/as, para construir esa identidad, con el objetivo de

Tabla 2
Significados de rol elicitados al comparar la «gestión pura» con sus roles

| «Gestión pura» (gerencia y alta dirección hospitalarias) | «Lo que hacemos» (médicos/as gestores/as) |
|---|---|
| Lejos de la realidad | Cerca de la realidad |
| Decisiones basadas en criterios económicos | Decisiones basadas en criterios clínicos y calidad |
| Motivación para gestionar basada en oportunismo e intereses políticos | Motivación para gestionar basada en mejorar la atención sanitaria |

Tabla 3
Significados de rol elicitados al comparar la asistencia clínica con sus roles

| «Lo que hacemos» (médicos/as gestores/as) | Trabajo asistencial (médicos/as) |
|--|--|
| Secundario, puede esperar Impredecible, no depende de uno | Prioritario, no puede esperar Predecible, sistemático, depende de uno/una mismo/a |
| Responsabilidad ilimitada | Responsabilidad limitada |

favorecer su propio estatus y autoestima. De este modo, la estereotipificación negativa de «los/las gestores/as» sólo era posible porque recurrían a su característica diferencial como especialistas médicos que realizaban práctica asistencial. Era esta característica ausente en los/las gestores/as la que convertían en fuente de autoridad y de estima de su identidad profesional.

Si tales comparaciones con gerencia y dirección les servían para construir una identidad social positiva, la [tabla 3](#) muestra cómo las principales dificultades de la nueva identidad emergían de la comparación con los significados asignados a la práctica clínica. En concreto, mientras el trabajo asistencial se definía basándose en los sentimientos de seguridad, control, claridad, autonomía y confianza que les proporcionaba, el trabajo de gestión, por el contrario, se definía por los sentimientos de inseguridad, falta de control, ambigüedad e impotencia: «No sé, te lo voy a explicar para que lo entiendas. Yo me he preparado toda la vida para hacer de médico, y eso me da una seguridad tremenda. Me siento seguro y experto. En cambio, me siento inseguro ante la gestión, porque en la asistencia soy yo y mis manos y mi conocimiento, y en la gestión. . . ¡Ay!, eso ya no depende de mí, y entonces, ¡siento que no está en mis manos!» (P12).

Estos significados explican por qué los/las médicos/as gestores/as destinaban más tiempo del requerido, según la definición de sus puestos, al trabajo asistencial, incurriendo en muchos casos en una sobrecarga de rol. La asistencia era construida como un refugio al cual acudir para neutralizar las emociones de ansiedad, impotencia y falta de control derivadas de sus responsabilidades de gestión. En este sentido, el trabajo clínico se convertía en necesario para gestionar, no sólo como fuente de autoridad, sino también por su efecto emocional compensatorio.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran cómo los significados asignados al trabajo asistencial y a la gestión permiten explicar las diferentes actitudes de los/las médicos/as gestores/as hacia la gestión y su identidad profesional. De estos resultados se derivan dos contribuciones teóricas y algunas implicaciones para la gestión sanitaria.

En primer lugar, los significados atribuidos por los/las médicos/as gestores/as a la asistencia y a la gestión permiten comprender por qué se definen a sí mismos/as como médicos/as y no como gestores/as. La identidad de médico/a es coherente con la afirmación de Haslam²² de que las personas tienden a identificarse con aquellas identidades sociales que protegen su estatus y su autoestima. A juzgar por los significados explorados, la identidad del/de la médico/a cumple dicha función. Así, en lugar de rechazar su identidad clínica para construir su identidad como gestores/as, los/las médicos/as gestores/as construyen una versión híbrida de la gestión a partir de acomodar su rol gestor a las características más valoradas de su identidad como clínicos/as.

En segundo lugar, la comprensión del proceso de construcción de su identidad a través de los significados atribuidos a la gestión pura y la asistencia clínica permite entender por qué los/las médicos/as desarrollan actitudes adversas a la gestión, dando un paso más respecto a los estudios existentes que meramente hacen un estereotipo de dicha aversión^{3,5,9}. Este estudio muestra que las

actitudes negativas hacia la gestión son el resultado de un proceso de construcción de significados¹⁸ que da sentido a las experiencias iniciales de los/las médicos/as gestores/as en su nuevo rol. Del mismo modo, esos significados dan lugar a un proceso de categorización social²² a través del cual los/las médicos/as gestores/as se identifican con los roles que representan «la asistencia» y «la gestión», dando lugar al desarrollo de su identidad profesional²⁸.

Estas contribuciones a la literatura permiten derivar algunas implicaciones para la gestión sanitaria. En primer lugar, se deduce que la aversión de los/las médicos/as gestores/as hacia la gestión es algo que difícilmente puede cambiarse únicamente con formación en contenidos de gestión, en contra de lo que la literatura y algunas iniciativas en este ámbito promueven²⁴. De hecho, algunos estudios han detectado la insuficiencia de la formación en contenidos de gestión para promover en los/las médicos/as gestores/as una mayor identificación con su rol gestor^{25,26}, puesto que dicha aversión no proviene únicamente de una falta de conocimiento de las teorías, objetivos y políticas de gestión, sino de algo más complejo y profundo como es la identidad profesional y los significados sobre los que se construye. Por ello, para garantizar la eficacia de los programas de formación dirigidos a los/las médicos/as gestores/as y rentabilizar mejor la inversión realizada, sería conveniente, antes de que inicien la formación, explorar cuáles son los significados construidos sobre la gestión y cuál es su identidad profesional, con el objetivo de decidir si se trata del momento adecuado para que se dé un máximo aprovechamiento de la formación o si deben realizarse acciones previas a ésta para garantizar el aprovechamiento posterior. Estas acciones irían dirigidas a cambiar los significados construidos de gestión a través de, por ejemplo, una intervención estratégica de reestructuración de significados, o de un programa de entrenamiento o mentoría, acciones todas ellas que pueden incluirse bajo el paraguas de una acción formativa previa, o bien, y con un carácter más preventivo y proactivo, una intervención dirigida a mejorar las relaciones con gerencia y dirección médica como grupos de referencia a partir de los cuales construir los significados de gestión, dado que cuando las relaciones son de conflicto es mucho más probable que se polaricen los significados de gestión, dando lugar a una fuerte identidad como médico/a y a unas actitudes adversas hacia la gestión.

En segundo lugar, se recomienda prestar atención al significado de «proximidad a la realidad» con el objetivo de que los/las médicos/as gestores/as desarrollen significados positivos de la gestión que precedan actitudes positivas hacia ésta. En particular, se recomiendan acciones que permitan a los/las médicos/as gestores/as percibir a quienes representan a la gestión como próximos/as a la realidad asistencial, ya sea requiriendo una especialidad médica como requisito para estos puestos, ya sea manteniendo un mínimo de práctica asistencial, de modo que mejore la imagen y la relación de los/las médicos/as gestores/as con aquellos/as que a sus ojos representan «la gestión» (gerencia y dirección).

Las principales limitaciones de este estudio se refieren a la antigüedad de los datos, recogidos en el año 2005, aunque la literatura reciente corrobora su vigencia; y a la extrapolación de los resultados a la población de los/las médicos/as gestores/as, dado que se trata de un estudio cualitativo. No obstante, las medidas tomadas para asegurar la confiabilidad de los resultados sí permiten una generalización analítica de la descripción proporcionada, aunque dicha transferencia debe hacerse con cautela.

En conclusión, el valor de este estudio emerge de dirigir el foco de atención hacia los significados que los/las médicos/as gestores/as otorgan a la gestión como base sobre la que construyen sus actitudes hacia ésta y su identidad profesional, clave del buen desempeño profesional. Ésta es la principal fortaleza de este estudio y su aportación, al ir más allá de la mera descripción de las

actitudes hacia la gestión para comprender cómo se construyen. La identidad profesional ha sido referida en la literatura como esencial para el buen desempeño de un puesto²⁷. Por ello, si la reforma sanitaria considera crucial el rol gestor de los/las médicos/as gestores/as como clave para una mejor gestión sanitaria, resulta esencial incidir en los significados de «gestión» para mejorar la identificación de los/las médicos/as gestores/as con su rol como gestor.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La reforma sanitaria convierte al rol gestor de los/las médicos/as en aspecto clave para la mejora de la gestión sanitaria. No obstante, los estudios realizados generalizan las actitudes contrarias de los/las médicos/as hacia la gestión, pero ignoran el proceso y los motivos por los cuales se desarrollan dichas actitudes.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Este estudio permite comprender el proceso por el cual los/las médicos/as desarrollan actitudes adversas a la gestión y se identifican a sí mismos/as como médicos/as y no como gestores/as. Los significados construidos sobre la asistencia y la gestión explican dichas actitudes e identidad profesional. De esta descripción se derivan algunas propuestas para mejorar la gestión sanitaria.

Editora responsable del artículo

Carmen Vives-Cases.

Contribución de autoría

R. Cascón Pereira ha sido responsable del diseño del trabajo, recogida de datos, análisis y redacción del manuscrito final, y M. Valverde ha colaborado en el diseño del trabajo y en el análisis de los datos.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todos los médicos gestores que participaron en el estudio y a las instituciones que lo hicieron posible, universidad y hospitales.

Bibliografía

- García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, et al. Spain: health system review. *Health Systems in Transition*. 2010;12:1-295.
- Lega F. The rise and fall(acy) of clinical directorates in Italy. *Health Policy*. 2008;85:252-62.
- Currie G, Procter S. The antecedents of middle managers' strategic contribution: the case of a professional bureaucracy. *Journal of Management Studies*. 2005;42:1325-56.
- Kirkpatrick I, Bullinger B, Dent M, et al. The development of medical-manager roles in European hospital systems: a framework for comparison. *Int J Clin Pract*. 2012;66:121-4.
- Waring J, Currie G. Managing expert knowledge: organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies*. 2009;30:755-78.
- Allsop J. Medical dominance in a changing world: the UK case. *Health Sociol Rev*. 2006;15:444-57.
- Numerato D, Salvatore D, Fattore G. The impact of management on medical professionalism: a review. *Sociol Health Illn*. 2012;34:626-44.
- MacIntosh R, Beech N, Martin G. Dialogues and dialectics: limits to clinician-manager interaction in healthcare organizations. *Soc Sci Med*. 2012;74:332-9.
- Martinussen PA, Magnussen J. Resisting market-inspired reform in healthcare: the role of professional subcultures in medicine. *Soc Sci Med*. 2011;73:193-200.
- Kirkpatrick I, Jespersen P, Dent M. Medicine and management in a comparative perspective: the cases of England and Denmark. *Soc Health Illn*. 2009;31:642-58.
- Kurunmäki L. A hybrid profession: the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Acc Organ Soc*. 2004;29:327-47.
- Jacobs K. Hybridisation or polarisation: doctors and accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability and Management*. 2005;21:135-61.
- Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:421-32.
- Doolin B. Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians. *Organization Studies*. 2002;23:369-90.
- Cascón-Pereira R, Hallier J. Getting that certain feeling: the role of emotions in the meaning, construction and enactment of doctor managers' identities. *British Journal of Management*. 2012;23:130-44.
- Hallier J, Forbes T. The role of social identity in doctors' experiences of clinical managing. *Employee Relations*. 2005;27:47-70.
- Lewellyn S. Two-way windows: clinicians as medical managers. *Organization Studies*. 2001;22:593-623.
- Weick KE. *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995. p. 28.
- Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine; 1967.
- La reforma de la salut pública a Catalunya. Informe del comitè científic per donar suport tècnic i científic al projecte de reordenació del sistema de salut pública a Catalunya. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2005.
- Patton M. *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage; 1990.
- Haslam SA. *Psychology in organizations: the social identity approach*. London: Sage Publications; 2004. p. 46.
- Turner JC, Hogg MA, Oakes PJ, et al. *Rediscovering the social group: a self-categorization theory*. Oxford: Blackwell; 1987. p. 13.
- Marnock G, McKee L, Dinnie N. Between organisations and institutions legitimacy and medical managers. *Public Adm*. 2000;78:967-87.
- Clark J, Armit K. Attainment of competency in management and leadership. *Clinical Governance*. 2008;13:35-42.
- Edmonstone J. The challenge of capability in leadership development. *Br J Health Care Manage*. 2011;17:572-8.
- Pratt MG, Rockmann KW, Kaufmann JB. Constructing professional identity: the role of work and identity in the customization of identity among medical residents. *The Academy of Management Journal*. 2006;49:235-62.
- Ibarra H, Barbulescu R. Identity as narrative: prevalence, effectiveness and consequences of narrative identity work in macro role transitions. *Academy of Management Review*. 2010;35:135-54.