

¿DOCTORES O GESTORES? LA IDENTIDAD PROFESIONAL DUAL
DEL MANDO INTERMEDIO EN DOS HOSPITALES CATALANES

Rosalía Cascón-Pereira

Profesora colaboradora permanente

Departamento de Gestión de Empresas

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Universitat Rovira i Virgili (URV)

rosalia.cascon@urv.cat

Resumen: A pesar de que ya se han estudiado diversos aspectos de las reformas hospitalarias derivadas del new public management, este texto pretende colmar el vacío existente en torno al conocimiento de la experiencia de los médicos-gestores (MG). Su principal objetivo, a partir del enfoque de la identidad social, es comprender de qué forma viven los MG la incorporación de la gestión a sus desempeños clínicos, y cómo re-construyen su identidad profesional, a partir de un estudio basado en las experiencias de 20 MG de dos hospitales catalanes.

Palabras clave: nueva gestión pública, médicos-gestores, experiencia, enfoque de la identidad social.

Abstract: Although various aspects of hospital reform resulting from new public management have already been studied, this text aims to fill the gap regarding the experience of doctor-managers (DM). In addition to focusing on social identity, the text studies the experiences of 20 DM from two Catalan hospitals with the principal aim of understanding how DM respond to the addition of management responsibilities to their clinical practice and how they rebuild their professional identities.

Keywords: new public management, doctor-managers, experience, focus on social identity.

Introducción

Recientemente, la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) han introducido reformas en la gestión de sus sistemas sanitarios con el fin de disminuir los incrementos en los costes de salud (Bach, 2001). Estos cambios se han inspirado en la lógica de la nueva gestión pública (*new public management*), aparecida en el Reino Unido bajo el gobierno liberal de Margaret Thatcher en la década de 1980 e importada hacia el resto de los países de Europa Occidental a partir de la década siguiente y que tenía el objetivo de mejorar la calidad en el cuidado de los pacientes y, de forma paralela, mejorar el control de costes sobre los recursos sanitarios.

España, incluida entre esos países, ha introducido una variedad de medidas y legislación en los últimos veinticinco años con el objetivo de cambiar el contexto en el que médicos y gestores «operan». Aunque de algún modo los médicos españoles siempre han gestionado sus servicios, 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 papel de gestor de los médicos y enfermeras como aspecto clave para la mejora de la gestión sanitaria.

Resulta sorprendente que, ante estos intentos de implicar a los médicos en la gestión, se hayan realizado tan pocos estudios dirigidos a explorar las experiencias de los médicos sobre estos cambios en el contexto sanitario. En su lugar, la investigación en este ámbito se ha centrado en explorar los efectos de la reforma sanitaria sobre la eficacia y eficiencia de las organizaciones sanitarias. Esta tendencia no resulta del todo sorprendente si se considera que la mayor parte de la investigación en este ámbito se financia con frecuencia por agencias nacionales, y por tanto, por agendas políticas que tratan de evaluar la eficacia de estos nuevos sistemas sanitarios (Harrison y Miller, 1999; Jackson y Lapsley, 2003; Hood *et alii*, 1999).

Del mismo modo, incluso en aquellos casos en los que el foco de atención se ha dirigido a los mismos médicos, la tendencia ha sido la de explorar el impacto de la reforma sanitaria sobre el personal médico en términos de los contenidos de su papel y de sus actitudes ante la gestión, en lugar de intentar comprender en profundidad cuáles son

sus experiencias ante estos cambios y la fuente de esas actitudes. En particular, se han llevado a cabo numerosos estudios que exploran las consecuencias de la reforma sanitaria sobre la autonomía de los profesionales y sobre las relaciones entre clínicos y gestores (McDonald, 1995; Harrison y Pollitt, 1994; Leopold *et alii*, 1996; Dent, 1998; Elston, 1991; Freidson, 1994; Reed, 1996; Harrison y Ahmad, 2000; Bruce y Hill, 1994; Newman *et alii*, 1996; Flynn, 1992; Hunter, 1994; Ong, 1998; Ackroyd, 1996). Paralelamente, se ha dirigido la atención a explorar el impacto de esos cambios sobre el contenido del papel de los médicos gestores (Currie y Procter, 2002, 2005; McConville y Holden, 1999; Hoque *et alii*, 2004; Adams *et alii*, 2000; Fitzgerald, 1995; Fitzgerald y Sturt, 1992; Willcocks, 1994; entre otros). No obstante, toda la investigación referida hasta aquí se ha realizado desde un nivel agregado de análisis que ha resaltado los valores opuestos del colectivo clínico y el colectivo gestor, y que ha ignorado los significados y experiencias individuales de los médicos ante la gestión (Fitzgerald y Sturt, 1992; Bruce y Hill, 1994; Newman *et alii*, 1996; Ong *et alii*, 1997).

Ante este escenario de investigación, resulta difícil obtener una idea sobre los significados que los *médicos-gestores* (MG) —o *híbridos*, como también se los ha denominado (Fitzgerald, 1995)— asignan a sus papeles y sus relaciones con otros actores del contexto sanitario. Por ello, con el fin de obtener una imagen más completa sobre cómo los MG se definen a sí mismos, este estudio pretende bucear bajo la superficie de las relaciones antagónicas y estereotipadas entre médicos y gestores descritas por la literatura (Baldry *et alii*, 2007). El propósito es, por ende, precisamente el de ir más allá de la simple categorización de las actitudes ante la gestión de los MG, para comprender en profundidad sus experiencias de gestión y entender los procesos sociopsicológicos que subyacen tras estas actitudes y que afectan a su identidad profesional y a sus relaciones con los médicos y con la alta dirección.

El enfoque de la identidad social (EIS) (Haslam, 2001; 2004) se presenta como un marco teórico adecuado porque considera todas aquellas situaciones en las que la identidad surge de la pertenencia grupal, como sucede en este estudio, en el que la identidad profesional de los MG emerge de la pertenencia a un grupo profesional. La premisa fundamental de este enfoque considera que los grupos se interiorizan y pasan a constituir parte del *self* de una persona, es decir,

dan respuesta a la pregunta: «¿quién soy yo?» (Haslam, 2001; Turner, 1996), lo que afecta a las relaciones que se derivan de la nueva construcción de significados (Weick, 1995).

Basándonos en lo expuesto, el objetivo de este capítulo es comprender cómo viven los MG la incorporación de la gestión a sus funciones clínicas y cómo re-construyen su identidad profesional, a partir de un estudio basado en las experiencias de 20 MG de dos hospitales catalanes. Su estructura es la siguiente: en primer lugar, se justifica este estudio resaltando la inexistencia de una explicación sobre las diferentes actitudes de los médicos ante la gestión. A continuación, se proporciona una breve descripción del contexto en el que se realizó el trabajo de campo. Siguiendo la descripción del procedimiento de investigación, se presentan los resultados sobre cómo se definieron a sí mismos los MG del estudio, así como los significados que utilizaron para construir su identidad. Por último, se derivan algunas conclusiones e implicaciones.

La identidad profesional de los médicos gestores

Dada la tradicional reivindicación de los médicos de una autonomía clínica, la postura adoptada por muchos autores en este ámbito ha sido la de construir un escenario de opuestos conceptualizando de manera estereotipada a médicos y gestores como «ellos» y «nosotros» (Dopson, 1994; Bolton y Way, 2007). Este escenario ha llevado a una generalización sobre las actitudes adversas de los MG ante la gestión. No obstante, la evidencia de algunos estudios muestra que, paralelamente a la existencia de médicos resistentes a la invasión de la gestión en la práctica médica, existen otros médicos que apoyan la incorporación de las ideas de gestión a la clínica (Gatrell y White, 1996; McHugh *et alii*, 2007).

Estas diferencias de actitud hacia la gestión halladas en la literatura (Fitzgerald y Ferlie, 2000) alertan sobre el hecho de que la premisa general —«ellos y nosotros»— no logre captar la complejidad de las experiencias y actitudes de los MG ante la gestión.

Un pequeño número de estudios han tratado de dar respuesta a este *gap* en la literatura, profundizando en la comprensión de las diferentes actitudes de los MG en sus funciones híbridas (Doolin, 2002; Cascón y Hallier, 2012; Hallier y Forbes, 2004, 2005; McGivern, 2007;

McDonald *et alii*, 2008; Lewellyn, 2001; Cohen y Musson, 2000). Los hallazgos de estos estudios coinciden en identificar dos posturas entre los médicos que asumen responsabilidades de gestión. Por una parte, se encuentran aquellos médicos que entran en la gestión con el entusiasmo por mejorar la provisión de los servicios de salud y de influir en la configuración y funcionamiento de sus unidades. Por otra parte, se encuentran aquellos otros con poco o nulo interés en la gestión y cierta hostilidad hacia las reformas del sistema de salud, pero que se sienten obligados a asumir un puesto de gestión para defender sus intereses o porque no hay nadie más dispuesto o capaz para asumirlo (Doolin, 2002; Hallier y Forbes, 2004, 2005; McGivern, 2007; Jacobs, 2005; Ham y Dickinson, 2008).

Lo que resulta de todo esto es que, mientras estos estudios han descrito en mayor profundidad las actitudes de los MG hacia la gestión, carecen de un análisis en profundidad suficiente para explicar el porqué de estas diferentes actitudes.

En un intento de ir más allá de estas descripciones sobre las actitudes de los médicos ante la gestión, algunos estudios han tratado de comprender por qué en algunos casos los profesionales se oponen, y en otros cooperan con la lógica de gestión. En el estudio de Lewellyn (2001), por ejemplo, esas diferencias se atribuyen a la estrategia del hospital y a las características del puesto ocupado. Una explicación muy distinta la proporcionan Hallier y Forbes (2005) o Cascón y Hallier (2012), que utilizan la perspectiva de la Identidad Social para explicar las diferencias halladas.

Aunque los estudios de Hallier y Forbes (2005) y Cascón y Hallier (2012) han sido reveladores acerca de cómo las experiencias iniciales de los MG en sus funciones híbridas afectan a su pertenencia grupal, poca o nula ha sido la atención prestada a los significados de las categorías utilizadas por estos médicos para describir qué significa para ellos ser un MG. Así pues, aunque dichos estudios arrojan un poco de luz sobre cómo surgen y se protegen las expectativas iniciales de identidad de los MG, poco se sabe acerca del contenido o el significado de la identidad que tratan de desarrollar o proteger.

Este capítulo trata de cubrir esa carencia mediante un intento de comprender cuál es la identidad de los MG y cómo la desarrollan a través de la construcción de diferentes significados. En lugar de, simplemente, categorizar a los MG basándonos en su predisposición a

asumir responsabilidades de gestión, como han realizado los estudios previos, centrar la atención en los significados proporcionados por los MG a su experiencia de gestión puede constituir una buena ayuda a la hora de comprender mejor sus actitudes hacia la gestión. En definitiva, al explicar cómo y por qué los MG se definen a sí mismos utilizando unas categorías y no otras, se pueden explicar algunos de los resultados hallados a escala agregada en estudios previos sobre las actitudes de los MG.

Aunque se parte del EIS (Haslam, 2001; 2004) para el análisis de los datos obtenidos durante el trabajo de campo, es importante enfatizar aquí el carácter exploratorio e inductivo del estudio que se describe a continuación (Skinner, 1985; Starkey, 1990; Zuboff, 1988). Si bien la investigadora entró en el campo con el objetivo de explorar las percepciones de los MG sobre su función gestora, y con algunas nociones sobre la literatura del mando intermedio, se recurrió al enfoque de la identidad social después de empezar a analizar los datos del trabajo de campo, porque la «identidad» surgió del análisis como la categoría principal para explicar los datos. No obstante, por razones de estructura del capítulo y para facilitar la comprensión del lector, se han presentado las cuestiones teóricas en primer lugar, y no a la inversa como haría justicia al modo en el que se llevó a cabo esta investigación.

El contexto de investigación

La reforma sanitaria del Sistema Nacional de Salud español se inició en 1986 con la aprobación de la Ley 14/1986 General de Sanidad que creaba el Sistema Nacional de Salud y transfería las responsabilidades de los servicios de salud a las 17 comunidades autónomas. Al principio de los años 90 esta reforma se inspiró claramente en la agenda de la Nueva Gestión Pública popularizada en el Reino Unido por el gobierno de Margaret Thatcher, cuyo objetivo principal era mejorar la eficiencia en la provisión de servicios por el sector público (García-Armesto *et alii*, 2010). Como en el caso de la transferencia de responsabilidades, las diferentes comunidades autónomas procedieron a incorporar estas nuevas ideas en sus sistemas de salud a diferentes ritmos. Cataluña fue pionera en este ámbito. Trató de desarrollar iniciativas innovadoras en las diferentes formas de propiedad y gestión

de las organizaciones sanitarias, lo cual convierte el contexto catalán en un estudio de caso extremo, según Eisendhart (1989).

Los cambios se iniciaron en Cataluña con la aprobación parlamentaria de la LOSC en 1990, entre cuyos objetivos se hallaba la separación de la compra y la provisión de los servicios de salud, la introducción de relaciones contractuales entre las partes y la creación de un contexto competitivo en la provisión de los servicios de salud con el objetivo de mejorar su eficiencia (Gallego, 2000). El enfoque catalán de la reforma fue significativo respecto a la cuestión de la transferencia de la lógica del sector privado a la gestión de los hospitales públicos. Esta lógica implicaba el traspaso de las responsabilidades de gestión a los servicios o unidades. En este contexto, la figura del mando intermedio adquiere una importancia crucial para garantizar la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios. Por este motivo, el contexto era ideal (Eisendhart, 1989) para estudiar las percepciones de los MG, quienes habiendo estudiado para ser médicos, tenían que ejercer como gestores.

El estudio se llevó a cabo en dos hospitales universitarios de Cataluña seleccionados por muestreo teórico porque estaban experimentando cambios organizativos impulsados por la lógica de la Nueva Gestión Pública. Con el objetivo de maximizar las oportunidades de comparación, inicialmente se seleccionó un hospital de propiedad privada y gestión pública (Hospital A), y después se seleccionó un hospital de propiedad y gestión públicas (Hospital B).

Procedimiento de investigación y recogida de datos

Este estudio se ha llevado a cabo desde la perspectiva del construccionismo social como paradigma epistemológico, y utilizando *grounded theory* como enfoque metodológico (Glaser y Strauss, 1967). Esta metodología resulta adecuada para el propósito de esta investigación, dado que su objetivo es desarrollar teoría a partir de la comprensión en profundidad sobre cómo los MG construyen su identidad profesional (Locke, 2001).

Siguiendo a Craib (1997), la investigadora reconoce su subjetividad en el proceso y que los resultados presentados no son más que una construcción social de las realidades de los MG del estudio. El trabajo de campo se llevó a cabo a lo largo de doce meses por di-

cha investigadora, una mujer de 27 años. Aunque se presentó como una estudiante de doctorado y economista para ganar acceso a los hospitales en la fase inicial del trabajo de campo, una vez dentro de él se presentaba a sí misma como psicóloga. Esta última categoría le permitió acceder mejor a las confesiones y percepciones de los MG, a sus espacios de intimidad, y ser considerada en algunos casos como una *insider*.

Los datos se recogieron a través de diferentes métodos. El método principal fue la realización de entrevistas en profundidad con 20 de los 34 jefes de servicio, 10 del Hospital A y 10 del Hospital B. Estas entrevistas duraron entre 2 y 4 horas, por lo que en la mayoría de los casos se realizaron en dos ocasiones. Se trató de maximizar las oportunidades de construir teoría diversificando al máximo la muestra teórica por edad, especialidad médica, sexo, antigüedad en el puesto, formación previa en gestión, antigüedad en el hospital y tamaño del servicio en función del personal a cargo. Para asegurar una selección adecuada, las conversaciones informales en los pasillos y espacios comunes y la observación participante fueron de gran ayuda.

Las entrevistas se estructuraron en torno a las siguientes áreas de exploración: cómo se definían a sí mismos en términos profesionales, percepciones de dificultad y experiencias con su rol gestor, contenido del rol gestor, transición de rol y relaciones con la alta dirección y con el personal de su unidad. No obstante este guion de temas, los entrevistados eran libres de plantear cualquier otro tema que consideraran importante respecto a sus experiencias en el puesto. Adicionalmente, la alta dirección de ambos hospitales fue también entrevistada con el objetivo de comparar sus percepciones con las de los mandos intermedios. Los datos analizados en este capítulo pertenecen a un estudio más amplio, en el que se incluyeron también veinte supervisoras.

Otras fuentes de datos utilizadas en esta investigación fueron las notas de observación participante, tomadas mientras se «merodeaba» por el hospital observando las dinámicas que tenían lugar en relación a los intereses de esta investigación, o mientras se acompañaba a los mandos intermedios en su trabajo. Esta fuente de datos fue muy útil para completar el análisis de los datos procedentes de las entrevistas.

Por último, se utilizó documentación adicional sobre cada hospital (noticias, folletos informativos, información de la web, documentos internos de la organización como las descripciones de los pue-

tos de trabajo o los cuestionarios para la evaluación del desempeño), fuentes secundarias que proporcionaron un contexto muy rico para poder comprender mejor los datos procedentes de las entrevistas en profundidad y la observación participante.

Análisis de datos

La investigadora entró en el campo con la intención de responder a las siguientes dos preguntas: ¿cómo perciben sus roles como gestores los mandos intermedios del colectivo médico y de enfermería? y ¿qué factores influyen en dichas percepciones? El análisis de los datos para responder a estas preguntas adoptó el procedimiento definido por Glaser y Strauss (1967) como análisis comparativo constante. Por tanto, la recogida y el análisis de datos no fueron fases independientes sino entrelazadas, de modo que el análisis proporcionaba los criterios para el muestreo teórico y para refinar la construcción de teoría a partir de las categorías identificadas.

Después de una organización inicial de los datos en códigos de primer orden como «definición de sí mismo/a» (por ejemplo, médico), «significado de gestión» (por ejemplo, lejos de la realidad), «significado de la asistencia» (por ejemplo, cerca de la realidad), «dificultades percibidas» (por ejemplo, relaciones con la alta dirección), etc., estos datos se integraron en categorías emergentes, sin perder de vista en todo momento aquellos datos que no se ajustaran a dichas categorías.

De este modo, a medida que se procedió del *open coding* al *axial coding* y *selective coding*, nuestro análisis fue evolucionando para explorar diferencias, matices y propiedades de la identidad profesional como categoría clave que emergió del análisis (Strauss y Corbin, 1998). El siguiente paso fue explorar el motivo de esas diferencias, tratando de identificar relaciones de la Identidad Profesional con otras categorías o atributos como la antigüedad en el puesto, los significados construidos en torno a la gestión y la asistencia, así como las emociones expresadas, con el objetivo de descubrir algún patrón. Fue en este punto cuando la investigadora acudió a la literatura para explorar si el patrón emergente había sido ya explicado o se podía enmarcar en alguna teoría ya existente. El enfoque de la Identidad Social parecía encajar con el patrón descubierto, por lo que se adoptó como marco teórico explicativo.

La investigadora se ayudó del programa NVivo para organizar y codificar los datos recogidos. La explicación construida para estos datos fue validada a través del *feedback* obtenido por jefes de servicio, gerentes y directores de hospital que asistieron a un seminario organizado para ellos en la facultad. Poco después se llevó a cabo un *focus group* con médicos y enfermeras dedicados a la gestión para seguir validando la interpretación de los datos en uno de los módulos del Máster en Gerencia de Entidades Proveedoras de Servicios de Salud, en el que la investigadora imparte docencia.

La identidad profesional de los médicos gestores

Para comprender la identidad de los médicos gestores, en primer lugar se exploró cómo se definían a sí mismos en términos profesionales a través de la siguiente pregunta: «¿cómo se define a sí mismo en términos profesionales? Es decir, cómo completaría la siguiente frase: yo soy...». Dado el énfasis empresarial del sector privado en objetivos comerciales y de negocio, se esperaba hallar una mayor identificación con la gestión en el hospital de gestión privada. Sin embargo, no fue así. Ninguno de los MG se definió a sí mismo como «gestor», independientemente del hospital al que pertenecían. En cambio, sí se definían como miembros de una categoría diferente a la de los directores del hospital y gerencia, a quienes se referían como gestores, y a la de sus colegas clínicos:

En sanitat, eh... els caps de servei no som gestors... Assistencialment, cada metge té la seva funció, el seu paper i... això tothom ho té molt clar, jo crec, lo que ha de fer i la seva funció, en quant a l'assistència directa als pacients, eh? I una altra cosa és lo que ens toca fer a nosaltres, organitzar el servei, les coses del treball, contractació de gent que es necessita, de demanar lo que es necessita, les carències que té, intentar solventar-les, i això és el pont que hi ha entre la direcció mèdica i serveis assistencials, que són els que fan la feina, i el director mèdic... que són els gestors. (Dra. V., HA).

Al afirmar esta nueva identidad, era común para los MG utilizar el término *gestor* únicamente para referirse a la alta dirección y gerencia hospitalarias. No solo no percibían este término como propio, sino que intentaban de forma expresa diferenciarse de *los gestores*, enfati-

zando aquellas características que les diferenciaban de este grupo, y estereotipándolos negativamente. La tabla 1 resume las características que los MG utilizaban para afirmar la superioridad de su identidad profesional frente a los gestores, en términos de los significados asignados a «lo que hacían» en contraposición a la «gestión» realizada por gerencia y dirección médica.

Tabla 1: Significados de rol explicitados al comparar con la «gestión pura».

«Gestión» (Gerencia y Alta dirección hospitalarias)	«Lo que hacemos» (Médicos Gestores)
Lejos de la realidad	Cerca de la realidad
Decisiones basadas en criterios económicos y cuantitativos	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

Antes de pasar a detallar cada uno de esos significados, resulta interesante observar que algunos de ellos ni siquiera aceptaban denominar aquello que hacían con el término *gestión*, tal era la aversión a este término, sino que preferían referirlo como «organizar», «liderar» su servicio o «hacer que las cosas funcionaran»:

¿Podries categoritzar d'aquesta feina del dia a dia, quin percentatge de tasques assistencials fas, de gestió...? [Cortándome en seco]: Assistencial ara actualment no faig gaire, eh? Més que de gestió, canvia, a mi no m'agrada gaire aquesta paraula [hace una mueca de rechazo con la cara], serien organitzatives (Dra. S., HB).

Esta aversión al término *gestión* denotaba un alto componente emocional en la construcción de sus identidades como médicos gestores. En este sentido, los significados asociados a la gestión quedaban impregnados por estas emociones y favorecían el proceso de distinción social positiva en la construcción de su propia identidad y de estereotipación negativa del grupo con el que se comparaban para construir dicha identidad (Haslam, 2004), en este caso «los gestores».

El significado de mayor saturación, es decir, que apareció en todas las entrevistas como rasgo diferenciador de la gestión de «los gestores» versus lo que ellos hacían, fue la distancia-proximidad respecto a la realidad. La importancia de esta característica era tal que se utilizaba como un baremo no únicamente para diferenciar su gestión de la de los gestores, sino también para distinguir entre los buenos y los malos MG. A este respecto, la gestión realizada por la alta gerencia y dirección hospitalarias se definía como alejada de la realidad del día a día asistencial:

Ah!, i la gerència... buf! [resoplido muy significativo, como diciendo «estos»] no sé, aquests sembla que visquin molt allunyats de la realitat, molt... (riendo). *¿I per què?* Perquè... a veure, suposo que estan més en el macromón de la macroeconomia de l'hospital i llavontes... no viuen el dia a dia, no viuen els problemes que tens, és a dir, estan molt allunyats de la base treballadora, és a dir, de l'adjunt, del metge... Estan tancats al seu palau i no se n'enteren de res (Dr. B., HA).

Ese alejamiento de la realidad se describió en términos de reproche y burla hacia la alta dirección y gerencia:

Yo algunas veces he pensado, que si aquí en la planta de ginecología ingresáramos y operáramos a hombres, y no hubiera problemas, no se haría nada, no se haría nada... jamás se los ha visto asomar la nariz por aquí, y de eso... encerrados permanentemente en el despacho pidiendo cosas diversas continuamente, cosas pues, bueno, más o menos... ¡idiotas! (Dr. M., HB).

Esto evidencia que el valor de su identidad como MG residía en la proximidad al proceso asistencial. Estar próximo a la realidad asistencial significaba mantener la actividad asistencial. De modo que aquellos jefes de servicio que no lo hacían eran caracterizados como «malos» MG porque habían perdido su contacto con la realidad para poder gestionar bien:

Un metge que no visita, un metge cirurgia que no opera, eeeh... perd la seva pròpia essència i s'allunya molt de la realitat... quan jo només feia gestió em va donar la sensació que m'allunyava del dia a dia i per això ara com a director d'aquest Servei, a més dos dies a la setmana opero i un dia a la setmana visito al dispensari per tocar de peus a terra (Dr.G., HB).

Para ellos, la gestión hospitalaria no requería unas habilidades determinadas. En cambio, su actividad asistencial sí que requería de un conocimiento especialista. Este conocimiento se percibía como fuente de autoridad para gestionar y para relacionarse con el resto de los profesionales médicos, así como con dirección y gerencia. De hecho, se recurría a esta autoridad para enfatizar su superioridad respecto a «los gestores» que no tenían una especialidad médica:

Las... las direcciones médicas están constituidas por... por personas, de vez en cuando hay la excepción que confirma la regla, ¿eh?, pero 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 como tengo que llevar mi servicio, ¿por qué? A mí esto me lo puede contar otro jefe de servicio y... y claro que yo me puedo equivocar y asumir mis errores, pero no puedo estar discutiendo con una persona, que a los tres minutos de estar... que es lo que antes decía, uno no puede respetar a un mando, no puede respetar de ninguna manera pues a un mando, que te das cuenta a la tercera palabra de que... ¡es que no sabe de qué está hablando! (Dr.T., HB).

Los MG también se distinguían a sí mismos de «los gestores» en cuanto a los criterios en los que basaban sus decisiones. Mientras las decisiones de los gestores se percibían como basadas en criterios de negocio y comerciales, las suyas se basaban en proporcionar la mejor opción asistencial. En este sentido, entraban en conflicto con la dirección por su exceso de énfasis en los criterios económicos y porque sus valores interferían con la provisión asistencial que querían proporcionar. Tal y como un MG comenta:

Cuando subo las escaleras (donde está ubicada gerencia del hospital) 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... [con miedo], pero... la realidad económica que ellos tratan es muy distinta de lo que tú necesitas realmente, y necesitan poner distancia para eliminar ese conflicto. 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 (Dra. F., HA).

En los discursos de los MG, las prioridades clínicas y la eficiencia financiera no eran únicamente irreconciliables como dos aproximaciones distintas para gestionar los hospitales, sino que constituían fuentes muy distintas de poder. En la mirada de los MG, la dirección médica y la gerencia tenían el monedero pero carecían del criterio clínico necesario para tomar las decisiones apropiadas para las necesidades del hospital y los pacientes. Para los MG, el papel de gerencia y dirección era el de proporcionar los recursos económicos necesarios a las unidades para que ellos pudieran desarrollar con éxito su trabajo. Desde su perspectiva, las únicas fuentes legítimas de autoridad en las que basaban su práctica clínica y su gestión de los servicios eran las necesidades del paciente y el conocimiento clínico. Este contraste entre los intereses y prioridades entre los gestores y los MG era utilizado también como una característica de diferenciación para construir su identidad. Sus intereses para gestionar los percibían como totalmente legítimos y basados en la mejora de la unidad, de la asistencia o de la especialidad, mientras que la gestión de los gestores se caracterizaba por estar basada en intereses políticos que desaprobaban.

Sembla que els de dalt estan... en un altre món. Suposo que moltes vegades pensen des del punt de vista pura i exclusivament economicista i per interessos polítics... més que tenint en compte les persones, és a dir... els que fem els xurros som nosaltres, si no t'entens no hi han xurros (Dr. C., HA).

Tomados conjuntamente, estos significados atribuidos a su gestión frente a la de «los gestores» ilustran muy bien lo que Haslam *et alii* (1996) definen como comportamiento de distinción positiva. La construcción de estos significados polarizados permite afianzar una identidad profesional positiva como MG que nace de la exaltación de diferencias respecto a un grupo al que no quieren pertenecer y al que categorizan de forma negativa. Según Turner *et alii* (1987), las percepciones sociales de similitud o diferencia son el producto más importante del proceso de auto-categorización. Y, por tanto, en el proceso de desarrollo de la identidad grupal los miembros pueden acentuar expresamente las diferencias respecto a los grupos con los que se comparan para construir esa identidad, con el objetivo de favorecer su propio estatus y autoestima. De este modo, el estereotipo negativo

de «los gestores» era solo posible porque recurrían a su característica diferencial como especialistas médicos que realizaban práctica asistencial. Era esta característica, ausente en el grupo de comparación, la que convertían en fuente de autoridad.

Jo sóc metge, o sigui el metge per definició i perquè ho sent així és metge, una altra cosa és l'estètica, no? El com ho pintis... si fas gestió o no, quan té el malalt davant el metge fa de metge (Dr. G., HA).

Es decir, los MG basaban su fuente de autoestima al construir su identidad profesional en lo que «eran» (médicos) frente a «lo que hacían» (gestión). Ciertamente, la importancia de ser médico era tal que todos los MG se definieron a sí mismos como médicos por encima de cualquier otra categoría profesional, aunque su trabajo implicara un porcentaje muy bajo de actividad asistencial.

Jo per damunt de tot sóc metge, però has de fer de gestor i has de fer-ho bé. O sigui recursos n'hi ha pocs, n'hi ha molt pocs, molt per sota del que necessaries i llavors els has d'administrar molt bé, llavors és imprescindible que siguis un bon gestor, perquè a vegades has de fer miracles amb aquest recursos (Dr. C., HA).

Si tales comparaciones con gerencia y dirección les servían para construir una identidad social positiva basada en los significados asignados a la gestión, la tabla 2 muestra cómo las principales dificultades y limitaciones de la nueva identidad surgían de la comparación con los significados asignados a la práctica clínica. En concreto, mientras el trabajo asistencial se definía teniendo en cuenta los sentimientos de seguridad, control, claridad, autonomía y confianza que proporcionaba, el trabajo de gestión, por el contrario, se definía en relación con los sentimientos de inseguridad, falta de control, ambigüedad e impotencia.

Tabla 2. Significados de rol explicitados al comparar con la asistencia clínica

<i>«Lo que hacemos» (Médicos Gestores)</i>	<i>Trabajo asistencial (Médicos)</i>
Secundario, puede esperar	Prioritario, no puede esperar
Impredecible, no depende de uno	Predecible, rutinario, que depende de uno mismo
Responsabilidad ilimitada	Responsabilidad limitada

De estos significados, el que provocaba mayor aversión a la gestión era el de ser impredecible y el de su responsabilidad ilimitada:

Eeehhh... no sé, jo li explicaré i ho entendra bé. Eeehhh... jo m'he preparat tota la vida per fer el que faig i... i això em dona una seguretat tremenda! Jo diria que em sento segur, segur... però segur i expert és per això, eh? Ara, també em sento a vegades insegur. Insegur pels temes de gestió, vull dir si no tinc suport darrere aquí em dóna la inseguretat de dir bueno, a veure... ara em truca la... la supervisora, no la meva sinó l'altra supervisora que té un problema d'espai i tot això, llavors ara em sento insegur perquè no m'imagino d'on treuré l'espai perquè arriba un moment que dius bueno, és que no està a les teves mans! (Dr. G., HA).

Estos significados explicaban por qué los MG destinaban más tiempo del requerido, según la definición de sus puestos, al trabajo asistencial, incurriendo en muchos casos en una sobrecarga de funciones. En definitiva, la práctica médica les proporcionaba un sentimiento de seguridad y control que les permitía afrontar y compensar el estrés provocado por significados asignados a la gestión. El trabajo clínico era referido como «un refugio» al que 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 solo como fuente de auto-ridad, sino también por su efecto emocional compensatorio. Por tanto, el nuevo papel otorgaba a la práctica clínica nuevos significados. Significados que emanaban de la comparación de estas tareas con las tareas de gestión.

Lo que estos hallazgos sugieren es que la incorporación de algunas características de la identidad clínica era esencial para proteger

la autoestima y seguridad de los MG. Los significados asignados al trabajo asistencial y a la gestión explican que se definieran a sí mismos como médicos y no como gestores, de acuerdo con la afirmación de Abrams y Hogg (1999) de que las personas tienden a identificarse con aquellas identidades sociales que protegen su estatus y autoestima. Mantener la identidad clínica, ciertamente, permite proteger dicha autoestima. Así, puede decirse que la construcción de su nueva identidad como MG se trata de una acomodación del nuevo papel gestor a su identidad clínica previa, y no de una asimilación de este rol gestor (Piaget, 1969). En lugar de rechazar su identidad clínica para construir su identidad como gestores, los MG construyeron una versión híbrida de la gestión a partir de acomodar su función como gestor a las características más valoradas de su identidad como clínicos. En términos de la teoría de la transición de rol de Nicholson (1984), los MG de este estudio reflejan una estrategia de ajuste y no una estrategia de desarrollo personal. Es decir, mientras «ser médico» constituye su identidad profesional y se integra en su identidad personal, «ser gestor» constituye simplemente un rol que asumen pero que no integran en su identidad. Así, en lugar de cambiar su identidad como clínicos para adaptarse a su rol como gestores, construyeron un nuevo significado de gestión para acomodarlo a su identidad como clínicos.

Discusión y conclusiones

Para discutir los principales hallazgos presentados en este capítulo, vamos a considerar en primer lugar cómo contribuye este estudio a la comprensión sobre la construcción de la identidad de los MG. En segundo lugar, discutiremos qué aporta dicho conocimiento a la comprensión de las diferentes actitudes de los MG frente a la gestión. Por último, mencionaremos brevemente qué implicaciones se derivan para la gestión sanitaria.

Lo que muestra este estudio, en concreto, es que las identidades profesionales de los MG no son estáticas sino emergentes y discontinuas, tal y como las definen los enfoques narrativos y discursivos en el estudio de la identidad (Alvesson y Willmott, 2002). Durante el proceso de categorización inicial, las experiencias de nuestros MG indican una clara tendencia a anclar la construcción de su nueva identidad en su identidad clínica previa por la seguridad y las emociones positivas

que esta identidad les proporciona. Esta identidad clínica llega a ser tan importante que, aunque se perciben diferentes de «los gestores» y diferentes de los clínicos a los que gestionan, se definen a sí mismos como «médicos», aunque ya no realicen asistencia clínica. Es decir, lo que les diferencia del grupo de clínicos al que gestionan es lo que hacen, es decir, su rol gestor, y no lo que son, su identidad.

La construcción de esta nueva identidad se fundamenta en la construcción de significados de rol que surgen de la comparación con la asistencia clínica y la gestión pura de gerencia y alta dirección. Entre los significados construidos destaca la proximidad a la realidad a través del trabajo asistencial como fuente de su autoridad para gestionar a los clínicos de su unidad y de defensa de sus valores frente a la alta dirección. Este significado ilustra el principio de meta-contraste (Haslam, 2001) a través del cual cualquier médico que realice gestión es percibido más o menos como prototípico, se le valora positiva o negativamente en función de su proximidad a la realidad.

La comprensión del proceso de construcción de su identidad a través de la construcción de los significados atribuidos a la gestión pura y la asistencia clínica ha permitido comprender el desarrollo de sus actitudes ante la gestión, lo que constituye un nuevo paso con respecto a los estudios existentes, que estereotipan la aversión de los médicos hacia la gestión (Dopson, 1994; Bolton, 2003, 2004; Marnock *et alii*, 2000) sin comprender el porqué de esa actitud. Este estudio muestra que las actitudes negativas hacia la gestión forman parte de un proceso de construcción de significado (Weick, 1995) que da sentido a las experiencias iniciales de los MG en su nuevo rol. Por ello, dicha aversión hacia los valores de gestión no es algo que pueda cambiarse con formación en gestión, como la mayoría de las iniciativas en este ámbito parece promover, puesto que no proviene de una falta de conocimiento de las teorías, objetivos y políticas de gestión, sino más bien de algo mucho más profundo como es la identidad y los significados sobre los que se construye. Por ello, la elevada inversión monetaria en programas de formación en *management* por las organizaciones sanitarias no tiene sentido si antes no se incide de forma específica en sus identidades a través de las relaciones con los grupos de referencia mediante los cuales construyen su identidad, y en particular con el grupo que permite construir los significados de gestión, que es el de gerencia y dirección médica.

En este sentido, se recomienda prestar atención a la dimensión «proximidad a la realidad» como clave para desarrollar intervenciones que incidan en las actitudes de los médicos hacia la gestión. En particular, y con el objetivo de que los MG desarrollen significados más positivos acerca de la gestión que precedan a actitudes positivas hacia esta, se recomiendan intervenciones que permitan a los MG percibir a quienes representan la gestión como próximos a la realidad asistencial, ya sea requiriendo una especialidad médica como requisito para estos puestos, ya sea manteniendo un mínimo de práctica asistencial, etc., u otras intervenciones que mejoren la relación de los MG con los que a sus ojos representan «la gestión», gerencia y dirección.

En conclusión, es infrecuente que un estudio desde la perspectiva de la identidad social explore el contenido y los significados de una particular identidad social, en este caso la de los MG. Por lo común, los estudios desde esta perspectiva exploran las relaciones con los grupos de referencia. Por ello, el valor de este estudio reside en que dirige el foco de atención hacia el contenido de la identidad profesional de los MG para poder comprender mejor el proceso de construcción de esta identidad que subyace tras el desarrollo de sus actitudes ante la gestión. Ciertamente, las inferencias conceptuales de este capítulo pretenden que futuros estudios en otras áreas ocupacionales puedan beneficiarse del grado de comprensión logrado en este estudio acerca de cómo los MG construyen su identidad.

Referencias

- ABRAMS, D. y HOGG, M.A. (1999) *Social Identity and Social Cognition*. Oxford: Blackwell Publishers.
- ACKROYD, S. (1996) «Organization contra organizations: professions and organizational change in the United Kingdom». *Organization Studies*, 17 (4): 599-621.
- ADAMS, A.; LUGSDEN, E.; CHASE, J.; ARBER, S. y BOND, S. (2000) «Skill-Mix Changes and Work Intensification in Nursing». *Work, Employment and Society*, 14 (3): 541-555.
- ALVESSON, M. y WILLMOTT, H. (2002) «Producing the appropriate individual. Identity regulation as organizational control». *Journal of Management Studies*, 39 (5): 619-644.

- BACH, S. (2001) «Rolling back the state? Health sector reform and the restructuring of Employment Relations in Europe». *Competition & Change*, 5 (4): 335-354.
- BALDRY, C.; BAIN, P.; TAYLOR, P.; HYMAN, J.; SCHOLARIOS, D.; MARKS, A.; WATSON, A.; GILBERT, K.; GALL, G. y BUNZEL, D. (2007) *The Meaning of Work in the New Economy*. London: Palgrave.
- BOLTON, S.C. (2003) «Multiple roles? Nurses as managers in the NHS». *The International Journal of Public Sector Management*, 16 (2): 122-130.
- BOLTON, S.C. (2004) «A simple matter of control? Hospital nurses and new management». *Journal of Management Studies*, 41 (2): 317-333.
- BOLTON, S.C. y WAY, R. (2007) «Human Resource Management at the negotiating table». *International Journal of Public Sector Management*, 20 (4): 304-311.
- BRUCE, A. y HILL, S. (1994) «Relationships between doctors and managers: the Scottish experience». *Journal of Management in Medicine*, 8 (5): 49-57.
- CASCÓN-PEREIRA, R. y HALLIER, J. (2012) «Getting that certain feeling: the role of emotions in the meaning, construction and enactment of doctor managers' identities». *British Journal of Management*, 23(1): 130-144.
- COHEN, L. y MUSSON, G. (2000) «Entrepreneurial identities: reflections from two case studies». *Organization*, 7 (1): 31-48.
- CRAIB, I. (1997) *Classical Social Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- CURRIE, G. y PROCTER, S. (2002) «Impact of MIS/IT upon middle managers: some evidence from the NHS». *New Technology, Work and Employment*, 17 (2): 102-118.
- (2005) «The antecedents of middle managers' strategic contribution: The case of a professional bureaucracy». *Journal of Management Studies*, 42 (7): 1325-1356.
- DENT, M. (1998) «Hospitals and new ways of organising medical work in Europe: standardisation of medicine in the public sector and the future of medical autonomy». En THOMSON, P. y WARHURT, C. (eds.) (1998) *Workplaces of the future*. London: Macmillan.

- DOOLIN, B. (2002) «Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians». *Organization Studies*, 23 (3): 369-390.
- DOPSON, S. (1994) «Management: the one disease consultants did not think existed». *Journal of Management in Medicine*, 8 (3): 26-36.
- EISENHARDT, K.M. (1989) «Building theories from case study research». *Academy of Management Review*, 14 (4): 532-550.
- ELSTON, M.A. (1991) «The politics of professional power: Medicine in a changing health service». En GABE, J.; CALNAN, M. y BURY, M. (eds.) (1991) *The sociology of the health service*. London: Routledge.
- FITZGERALD, L. (1995) «Clinical management: the impact of a changing context on a changing profesión». En LEOPOLD, J.; HUGHES, M. y GLOVER, I. (eds.) (1995) *Beyond reason? The National Health Service and the limits of management*. Aldershot: Avebury.
- FITZGERALD, L. y FERLIE, E. (2000) «Back to the future?» *Human Relations*, 53 (5): 713-739.
- FITZGERALD, L. y STURT, J. (1992) «Clinicians into management: on the change agenda or not?» *Health Services Management Research*, 5 (2): 137-146.
- FLYNN, R. (1992) *Structures of control in health management*. London: Routledge.
- FREIDSON, E. (1994) *Professionalism reborn: Theory, prophesy and policy*. Cambridge: Polity Press.
- GALLEGO, R. (2000) «Introducing purchaser/provider separation in the Catalan health administration: a budget análisis». *Public Administration*, 78(2): 423-442.
- GARCIA-ARMESTO, S.; ABADÍA-TAIRA, M.B.; DURÁN, A.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. y BERNAL-DELGADO, E. (2010) «Spain: Health System Review». *Health Systems in Transition*, 12 (4): 1-295.
- GATRELL, J. y WHITE, T. (1996) «Doctors and management: the development dilemma», *Journal of management in medicine*. 10(2): 6-12.
- GLASER, B.G. y STRAUSS, A.L. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- HALLIER, J. y FORBES, T. (2004) «In search of theory development in grounded investigations: Doctors' experiences of managing as an example of fitted and prospective theorizing». *Journal of Management Studies*, 41 (8): 1379-1410.

- HALLIER, J. y FORBES, T. (2005) «The role of social identity in doctors' experiences of clinical managing». *Employee Relations*, 27 (1): 47-70.
- HAM, C. y DICKINSON, H. (2008) «Engaging doctors in leadership: What we can learn from international experience and research evidence». *NHS Institute for Innovation and Improvement*, Warwick, UK.
- HARRISON, S. y POLLITT, C. (1994) *Controlling Health Professionals*. Buckingham: Open University.
- HARRISON, R. y MILLER, S. (1999) «The contribution of clinical directors to the strategic capability of the organization». *British Journal of Management*, 10 (1): 23-39.
- HARRISON, S. y AHMAD, W. (2000) «Medical autonomy and the UK state 1975-2025». *Sociology*, 34 (1): 129-146.
- HASLAM, S.A. (2001) *Psychology in organizations: The social identity approach*. London: Sage Publications Ltd.
- (2004) *Psychology in organizations: The social identity approach*. London: Sage Publications Ltd.
- HASLAM, S.A.; OAKES, P.J.; TURNER, J.C. y MCGARTY, C. (1996) «Social identity, self-categorization and the perceived homogeneity of ingroups and outgroups: the interaction between social motivation and cognition». En SORRENTINO, R.M. y HIGGINS, E.T. (eds.) (1996) *Handbook of motivation and cognition* (Vol.3). New York: Guilford Press.
- HOQUE, K.; DAVIS, S. y HUMPHRIES, M. (2004) «Freedom to do what you are told; senior management team autonomy in an NHS acute Trust». *Public Administration*, 82 (2): 355-376.
- HOOD, C.; SCOTT, C. y JAMES, C. (1999) *Regulation inside government: waste-watchers, quality police and sleaze-busters*. Oxford: Oxford University Press.
- HUNTER, D. (1994) «From tribalism to corporatism: the managerial challenge to medical dominance». En GABE, J.; KELLEHER, D. y WILLIAMS, G. (eds.) (1994) *Challenging Medicine*. London: Routledge.
- JACKSON, A. y LAPSLEY, I. (2003) «The diffusion of accounting practice in the new "managerial" public sector». *International Journal of Public Sector Management*, 16 (5): 359-372.

- JACOBS, K. (2005) «Hybridisation or polarisation: doctors and accounting in the UK, Germany and Italy». *Financial Accountability and Management*, 21 (2): 135-161.
- LEOPOLD, J.; HUGHES, M. y GLOVER, I. (1996) *Beyond reason? The National Health Service and the limits of management*. Aldershot: Avebury.
- LEWELLYN, S. (2001) «Two-way windows: clinicians as medical managers». *Organization Studies*, 22 (4): 593-623.
- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (B.O.E. nº 102/1986 de 29-04-1986).
- Llei 15/1990, de 9 de Juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya (D.O.G.C. nº 1324 de 30-7-1990)
- LOCKE, K. (2001) *Grounded Theory in Management Research*. Thousand Oakes, CA: Sage.
- MACDONALD, K.M. (1995) *The sociology of the professions*. London: Sage Publications Ltd.
- MARNOCK, G.; MCKEE, L. y DINNIE, N. (2000) «Between organisations and institutions legitimacy and medical managers». *Public Administration*, 78 (4): 967-987.
- MCCONVILLE, T. y HOLDEN, L. (1999) «The filling in the sandwich: HRM and middle managers in the health sector». *Personnel Review*, 28 (5/6): 406-424.
- MCDONALD, R.; HARRISON, S. y CHECKLAND, K. (2008) «Identity, contract and enterprise in a primary care setting: an English general practice case study». *Organization*, 15 (3): 355-370.
- MCGIVERN, G. (2007) «Strategic and incidental clinicians in management: their identity, role enactment and implications for professional re-stratification». 23rd EGOS Conference in Vienna.
- MCHUGH, M.; JOHNSTON, K., y MCCLELLAND, D. (2007) «HRM and the management of clinicians within the NHS». *International Journal of Public Sector Management*, 20 (4): 314-324.
- NEWMAN, K.; PAYNE, T. y COWLING, A. (1996) «Junior doctors and management: myth and reality». *Health Manpower Management*, 22 (1): 32-38.
- NICHOLSON, N. (1984) «A theory of work role transitions». *Administrative Science Quarterly*, 29 (2): 172-191.
- PIAGET, J. (1969) *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Madrid: Aguilar.

- ONG, B.N. (1998) «Evolving perceptions of clinical management in acute hospitals in England». *British Journal of Management*, 9 (3): 199–210.
- ONG, B.N.; BOADEN, M. y CROPPER, S. (1997) «Analysing the medicine-management interface in acute trusts». *Journal of Management in Medicine*, 11 (2): 90–97.
- REED, M.I. (1996) «Expert Power and control in late modernity: an empirical review and theoretical synthesis». *Organization Studies*, 17 (4): 573–598.
- SKINNER, Q. (1985) *The Return of Grand Theory in the Human Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- STARKEY, K. (1990) «Review essay: studies on transition: meanings and method». *Journal of Management Studies*, 27 (1): 97–110.
- STRAUSS, A. y CORBIN, J. (1998) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory, Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- TURNER, J.C. (1996) «Henri Tajfel: An Introduction». En ROBINSON, W.P. (Ed.) (1996) *Social Groups and Identities: The Developing Legacy of Henri Tajfel*. Oxford; Butterworth: Heinemann.
- TURNER, J.C.; HOGG, M.A.; OAKES, P.J.; REICHER, S.D. y WETHERELL, M.S. (1987). *Rediscovering the social group: a self-categorization theory*. Oxford: Blackwell.
- WEICK, K.E. (1995) *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- WILLCOCKS, S. (1994) «The clinical director in the NHS: Utilising a Role-theory perspectiva». *Journal of Management in Medicine*, 8 (5): 68–76.
- ZUBOFF, S. (1988) *In the age of the smart machine: the future of work and power*. Oxford: Heinemann.