

Opiniones de los gestores de la atención primaria sobre las fuentes de influencia en la práctica médica. Diferencias con la opinión de los médicos asistenciales

L.A. López / J.M. Jiménez / J. de D. Luna^a / O. Solas / J.I. Martínez / E. de Manuel

Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Granada.

^aFacultad de Medicina. Universidad de Granada.

Correspondencia: Luis Andrés López Fernández. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja, s/n. 18080 Granada
Correo electrónico:luisandres@easp.es

Investigación financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), expediente n.º 93/0530, y por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (97/33).

Recibido: 2 de octubre de 2001.

Aceptado: 18 de junio de 2002.

(Opinions of primary care managers on sources of influence on medical practice. Differences with physicians' opinions)

Resumen

Objetivos: Los objetivos del estudio son: conocer la opinión de los gestores de atención primaria acerca de la importancia y legitimidad de distintas fuentes de influencia en la práctica médica, y comparar estos resultados con la opinión de los médicos asistenciales de los equipos de atención primaria.

Material y métodos: Diseño de estudio transversal. Población: gestores de atención primaria pertenecientes a la Red del INSALUD (gerentes de área, directores médicos y de enfermería) y al Servicio Andaluz de Salud (directores de distrito, coordinadores de enfermería y coordinadores de epidemiología y programas). La muestra se corresponde con la población total y fue de 302. Como variables dependientes se consideró un conjunto de preguntas que recogían las opiniones de los entrevistados sobre distintas estrategias, instituciones y/o colectivos que ejercen algún tipo de influencia en la práctica médica. El grado de «importancia» de cada una de ellas se sintetizó en un conjunto de 9 ítems que se pedía que se puntuaran desde 1 (el más importante) hasta 9 (el menos importante). Para valorar la «legitimidad» de las mismas se presentaron 16 ítems medidos mediante una escala tipo Likert de 7 puntos (1: nada legítimo; 7: muy legítimo). Se utilizó un cuestionario autoadministrado enviado por correo. Para el análisis estadístico de los datos se emplearon test no paramétricos (Friedman y Kruskal-Wallis).

Resultados: La tasa de respuesta fue del 79,8%. El análisis de los rangos medios de cada ítem, mediante el test de Friedman para una escala ordinal de 9 puntos, puso de manifiesto que entre las fuentes de influencia más importantes para los gestores sanitarios de atención primaria estudiados destacan: la elaboración de protocolos de actuación por los propios médicos; la discusión con los colegas; recibir retroalimentación de los pacientes atendidos, y la asistencia a cur-

Summary

Objectives: To determine the opinion of primary healthcare managers on the importance and legitimacy of different sources of influence in medical practice, and to compare the results with the opinions of physicians in healthcare teams.

Material and methods: Design: cross-sectional study. Population: primary healthcare managers in the Spanish public health system (area managers, medical and nursing directors) and in the Andalusian health service (district director, nursing coordinators and epidemiology and program coordinators). The sample comprised the total population of 302. As dependent variables, a series of questions was designed to gather the interviewees' opinions on different strategies, institutions and/or collectives that exert some kind of influence on medical practice. The degree of «importance» of each factor was summarized into a set of 9 items. The subjects were asked to score each item from 1 (most important) to 9 (least important). To assess the «legitimacy» of these scores, 16 items were presented measured using a Likert-type 7-point scale (1: not at all legitimate; 7: very legitimate). A self-administered questionnaire was used, sent by mail. Non-parametric tests (Friedman and Kruskal-Wallis) were used for statistical analysis of the data.

Results: The response rate was 79.8%. Using the Friedman test for an ordinal 9-point scale, analysis of the mean ranges for each item revealed that the most important sources of influence for the primary healthcare managers interviewed were: the devising of management protocols by the doctors themselves; discussion with colleagues; feedback from patients, and attending training courses, and reading articles and scientific journals. The institutions or groups with the greatest legitimacy to influence medical practice were: users or citizens; internal audits; peers; scientific associations, and the managers themselves.

Los de formación, lectura de artículos e informes científicos. Las instituciones o colectivos con mayor legitimidad para influir en la práctica médica son: los usuarios o ciudadanos, las auditorías internas, los compañeros de trabajo médicos, las organizaciones científicas y los propios gestores.

Conclusiones: Las fuentes de influencia que se consideran más importantes y legitimadas para influir en la práctica médica se sitúan en torno al denominado «sistema profesional médico». Respecto a las principales diferencias entre la opinión de los gestores y la de los médicos asistenciales, hay que señalar que entre los primeros cuentan con una mayor aceptación los mecanismos de gestión empresarial y las influencias en la práctica médica procedentes de los distintos actores del contexto social. Este hecho podría expresar la existencia de diferencias en los *sistemas de valores* entre los profesionales asistenciales y los gestores de la atención primaria.

Palabras clave: Patrones de práctica médica. Atención primaria. Variaciones en la práctica médica. Gestión sanitaria.

Conclusions: The sources of influence considered to have the greatest importance and legitimacy in influencing medical practice concern the «professional medical system» (self-defined protocols, discussion with colleagues, etc.). Managers accept the use of business managerial tools as well as the influence of social actors to a greater extent than do physicians. This finding could indicate differences in the value systems between primary healthcare physicians and managers.

Key words: Medical practice patterns. Primary healthcare. Variations in medical practice. Health management.

Introducción

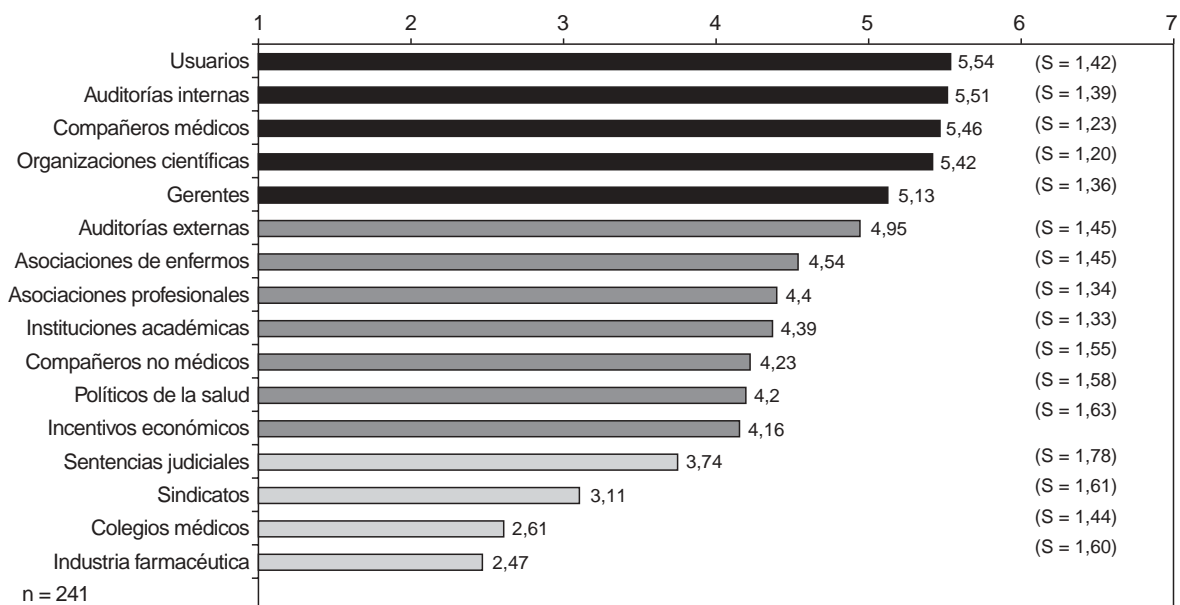
El estudio de las fuentes de influencia en la práctica médica es un tema de creciente interés en la investigación sobre servicios sanitarios, especialmente por su trascendencia en términos de eficiencia en el uso de recursos y calidad de la atención¹. Este interés se ha visto incrementado de forma especial a partir de la constatación y análisis del fenómeno de las variaciones en la práctica médica²⁻⁵. Los médicos actúan de forma sistemáticamente diferente en el abordaje diagnóstico y terapéutico de pacientes con situaciones clínicas similares; o dicho de otra forma, «nunca habrá dos cirujanos que apliquen los procedimientos de forma idéntica»⁶. Esto pone de manifiesto la necesidad de indagar cuáles son los factores principales que influyen en las prácticas profesionales —y por tanto en su génesis y variación— como un elemento clave para orientar la gestión de los servicios sanitarios. Conocer los factores o variables que influyen en las variaciones de la práctica médica abre una perspectiva dentro de la gestión sanitaria, ya que algunos de los factores citados pueden utilizarse para orientar y modificar la práctica profesional.

En la bibliografía científica se encuentran distintas clasificaciones de estos factores: las características del paciente, del propio médico y del entorno organizacional y asistencial⁷⁻⁹. Sin embargo, a pesar de esta amplitud de fuentes de influencia en la práctica médica, la mayor parte de la investigación se ha venido centrando en los sistemas de pago¹⁰⁻¹³, dejando de lado la investigación de determinantes más estructurales o globales¹⁴.

El marco teórico en el que se basa esta investigación parte de la consideración de las relaciones profesional/usuario como eje central en torno al cual se estructura el funcionamiento de los servicios sanitarios. En el marco espacio-temporal de la consulta, en el que interactúan y se relacionan los distintos intereses en juego, es donde se producen las grandes decisiones que afectan al uso de recursos de un sistema sanitario. Este conjunto de relaciones —y por tanto las variaciones en las prácticas médicas a que puedan dar lugar— viene condicionado por una diversidad de fuentes de influencia que se pueden sintetizar en tres grandes áreas: el sistema organizacional, que regula las condiciones básicas para el desarrollo del ejercicio profesional; el contexto social en el que se realiza la prestación de servicios, y el «sistema profesional médico»¹⁵, definido como el conjunto compartido de normas, instituciones y valores que define y regula el «correcto» desempeño profesional (fig. 1). Así, se establece el control sobre el contenido de la profesión a través tanto de mecanismos formales (organizaciones científicas, libros de texto, artículos científicos, etc.) como de mecanismos informales (discusiones con colegas, influencia de líderes de reconocido prestigio profesional, consenso entre profesionales, etc.)^{16,17}.

El objetivo de esta investigación es conocer la opinión de los gestores sanitarios acerca de la importancia y legitimidad de distintas fuentes de influencia en la práctica médica. Adicionalmente se comparan estas opiniones con los resultados de otra investigación llevada a cabo con médicos asistenciales de atención primaria¹⁸.

Figura 1. Legitimidad de distintas estrategias y/o colectivos para influir en la práctica médica



1= nada legítimo; 7= muy legítimo.

Material y métodos

Diseño y sujetos

Se realizó un estudio transversal de carácter descriptivo y tomando como unidad de análisis a cada uno de los profesionales de la gestión.

La población de estudio la constituyen todos los gestores sanitarios de atención primaria pertenecientes a la Red INSALUD (gerentes de área, directores médicos y de enfermería) y al Servicio Andaluz de Salud (SAS) (directores de distrito, coordinadores de enfermería y coordinadores de epidemiología y programas). La muestra, por tanto, se corresponde con la población total, y fue de 302 sujetos (Insalud: 171; SAS: 131).

Fuentes de información

Como variables dependientes («fuentes de influencia» en la práctica médica) se consideró un conjunto de preguntas que recogían las opiniones de los gestores entrevistados sobre distintas estrategias, instituciones y/o colectivos que ejercen algún tipo de influencia en la práctica médica. Se les pidió que expresaran su opinión tanto en términos de «importancia» de las distintas fuentes de influencia para provocar cam-

bios reales en el trabajo de los médicos, como en términos de su «legitimidad» a la hora de influir en la práctica médica. En el primer caso (importancia) se les presentó una tabla con 9 estrategias o fuentes de influencia y se les pidió que puntuaran priorizando del 1 al 9 según la importancia, siendo el 1 la estrategia más importante y el 9 la menos importante. Para conocer su opinión sobre la legitimidad se les presentó una tabla con 16 ítems que hacían referencia a otras tantas fuentes de influencia. En este caso, el nivel de medida se estableció a través de escalas tipo Likert de 1 a 7 puntos (1: nada legítimo; 7: muy legítimo).

Como variables independientes se tuvieron en cuenta la edad, el género, la titulación académica, haber ejercido como profesional sanitario o no (y tiempo de ejercicio, en su caso), cargo ejercido y servicio de salud (SAS/INSALUD).

La recogida de información se realizó a través de un cuestionario autoadministrado enviado por correo, que constaba de un total de 21 ítems. Dicho instrumento se sometió a un proceso de validación en un estudio anterior realizado con médicos¹⁸. La validez de contenido se estableció a partir de: a) revisiones bibliográficas que permitieron identificar las fuentes de influencia en la práctica médica más relevantes, y b) una prueba de expertos en la que participaron 14 profesionales del ámbito sanitario que efectuaron una revisión de los ítems propuestos. Se realizó un pilotaje del cuestionario con

124 médicos de varias comunidades autónomas para determinar las propiedades psicométricas de cada uno de los ítems mediante la frecuencia de endose, descartándose ítems con acumulación de porcentajes en alguna de sus categorías de respuesta fuera del rango 0,20-0,80.

Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos se han empleado pruebas no paramétricas. Se utilizó el test de Friedman para el cálculo de los rangos medios de puntuaciones de cada ítem y para comparar esos rangos entre sí. Para la comparación de las puntuaciones entre grupos se usó el test de Kruskal-Wallis. En cualquier caso, se presentaron las medias de las puntuaciones por grupos con el fin de facilitar la interpretación de los resultados.

Resultados

Descripción de la población de estudio

Respondieron a la encuesta un total de 241 gestores (131 del INSALUD y 110 del SAS), lo que supone una tasa de respuesta del 79,8%. La distribución de los que respondieron según el servicio de salud fue un 54,4% de gestores del INSALUD y un 45,6% para el caso del SAS. La edad media de la población entrevistada fue de 39,2 años ($s = 5,5$); un 65,1% eran varones y un 34,9% mujeres. En cuanto a la titulación académica, la mayoría de los gestores entrevistados eran médicos (65,1%), un 33,2% diplomados en enfermería y un 1,7% con otro tipo de titulación. La mayoría (95%) había desempeñado labores asistenciales con anterioridad, situándose la media de años de trabajo asistencial en torno a los 7,5 años ($s = 4,5$). El 37,1% de los entrevistados eran gerentes de área o directores de

distrito; un 29,6%, directores médicos o coordinadores de epidemiología y programas y un 32,9% directores o coordinadores de enfermería.

Valoración de la «importancia» de las diferentes fuentes de influencia en la práctica médica

En la tabla 1 se recoge la opinión de los gestores entrevistados acerca de la importancia de cada una de las fuentes de influencia propuestas para modificar la práctica de los médicos.

El análisis bivalente de los datos permitió identificar algunas diferencias en la opinión de los gestores según las variables sociodemográficas y profesionales. Así la instauración de protocolos procedentes de los niveles superiores de gestión presenta diferencias según el género de los gestores, considerándose una estrategia más importante por parte de los varones (media: 5,12) que por parte de las mujeres, con una media de 6,01 ($p = 0,007$). Según la titulación de los distintos gestores, también se ha observado que es significativamente más importante para los licenciados en medicina (media: 5,20) que para los diplomados en enfermería, con una media de 5,96 ($p = 0,03$). La asistencia a cursos de formación, lectura de artículos e informes es más importante para los gerentes que han ejercido más tiempo como asistenciales ($p = 0,05$) y menos importante para los gestores de mayor edad ($p = 0,01$). La visita del representante farmacéutico es considerada más importante por los gestores que cuentan con un menor tiempo de ejercicio profesional como asistenciales ($p = 0,01$).

Valoración de la «legitimidad» de las diferentes fuentes de influencia en la práctica médica

En la figura 1 se presenta la distribución de medias y desviación típica en relación con la «legitimidad» que otorgan los gestores entrevistados a las vías de influencia en la práctica médica propuestas en el estudio.

Tabla 1. Importancia de las distintas fuentes de influencia en la práctica médica (n = 241)

«Expresa la importancia que otorga a cada una de las estrategias siguientes para provocar, en los profesionales asistenciales, un cambio en su manera de manejar un determinado problema de salud»	Rango medio
Instauración de un protocolo elaborado por los propios profesionales del centro	4,11
Discusión con otros colegas sobre la forma de manejar a los pacientes con ese problema de salud	4,40
Recibir retroalimentación de los pacientes a los que ha tratado sobre un determinado problema	4,47
Asistencia a cursos de formación, lectura de artículos e informes	4,49
Estrategias de evaluación y control de calidad	4,52
Instauración de un protocolo procedente de niveles superiores	5,34
Existencia de incentivos económicos	5,66
Demandas de los pacientes	5,66
Información aportada por visitantes de compañías farmacéuticas	6,34

Teniendo en cuenta que la escala de medida iba de 1 (nada legítimo) a 7 (muy legítimo), y considerando el valor 4 como «punto de corte de legitimidad», se observa que el grupo de gestores considera como legítima la gran mayoría (12 ítems de un total de 16) de las fuentes de influencia propuestas.

Asimismo, se han encontrado algunas diferencias de legitimidad otorgada a los distintos ítems según las variables sociodemográficas y profesionales de la población de estudio. Según el género, se observa que las mujeres consideran más legítimas que los varones las auditorías internas ($p = 0,05$). Por otra parte, los gestores que no han ejercido como asistenciales antes de ocupar cargos de gestión consideran las auditorías externas más legítimas que los que sí lo han hecho ($p = 0,001$). Los colegios médicos, los compañeros de trabajo no médicos, los políticos del campo de la salud, las sentencias judiciales y los sindicatos también presentan distinto grado de legitimidad según la titulación académica de los gerentes entrevistados: los diplomados en enfermería los consideran más legítimos que los licenciados en medicina ($p < 0,05$, en todos los casos). Teniendo en cuenta otras variables, se ha observado que los gestores de mayor edad consideran más legítimos a los compañeros de trabajo no médicos ($p = 0,03$) y a los propios gerentes, es decir, a ellos mismos ($p = 0,05$). Los directores y coordinadores de enfermería son los que más legítimos consideran a los colegios médicos ($p = 0,009$) y a los compañeros de trabajo no médicos ($p = 0,003$), así como las sentencias judiciales y los sindicatos ($p = 0,01$, en ambos casos).

Discusión

Se realizó un análisis comparativo entre los que respondieron a la encuesta y quienes no lo hicieron teniendo en cuenta las variables género y cargo ejercido, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas respecto a estas variables. La tasa de respuesta (79,8%) es alta en un cuestionario por correo.

El alto valor de la distribución de rangos medios (puntuaciones) en las respuestas relativas a la «importancia» (tabla 1), por encima de 4 en todos los casos, indica una gran diversidad o variabilidad de opiniones respecto a cuál o cuáles son las fuentes de influencia más importantes. Así, por ejemplo, los protocolos de actuación elaborados por los propios profesionales de cada centro son, globalmente, la estrategia que se considera más importante, la primera de todas las propuestas; sin embargo, aproximadamente sólo uno de cada 4 gestores (22,8%) coincide en ello. Este predominio de puntuaciones intermedias para todos los ítems, que oscilan entre 4,11 y 6,34 en un rango de 1

a 9 puntos, podría indicar que hay otras fuentes de influencia en la práctica médica que son consideradas más importantes por los gestores y que no están reflejadas en nuestro estudio (tipo de relación contractual, titulación, variaciones geográficas u otras). O también que no existe un alto grado de acuerdo entre el colectivo de gestores estudiados respecto a las vías más importantes de influencia en el ejercicio profesional médico.

Las estrategias que los gestores consideran más importantes para modificar la práctica de los médicos forman parte de lo que en el marco conceptual de esta investigación se define como «sistema profesional»; así ocurre con las 4 estrategias consideradas más importantes, mientras que la instauración de protocolos desde niveles superiores o los incentivos económicos («sistema organizacional»), por ejemplo, ocupan el sexto y séptimo lugar de importancia, respectivamente. De esta forma se destaca la relevancia otorgada al papel del «sistema profesional» como determinante del uso de recursos¹⁹ en relación con otras estrategias.

Por otra parte, tres de las 5 fuentes de influencia consideradas más legítimas también pertenecen al ámbito del sistema profesional (auditorías internas, compañeros médicos y organizaciones científicas), estando por encima –y a una distancia casi insignificante– solamente la legitimidad de los usuarios. Esto pone de manifiesto una vez más la importancia del «sistema profesional»²⁰. Que tanto los usuarios del sistema sanitario como los propios gestores sean considerados colectivos con un alto nivel de legitimidad se comprende desde la perspectiva de un grupo profesional (gestores) que ve legitimada su función, en un sistema sanitario público, al actuar de intermediarios entre recursos del sistema y necesidades y demandas de sus usuarios²¹. Por último, que los gestores consideren legítimas casi todas las estrategias e instituciones presentadas se explica en parte por la razón anterior, pero también por el hecho de que el nivel de complejidad actual de las organizaciones sanitarias ha hecho necesaria la entrada de nuevos actores que, junto a los médicos, contribuyen de forma colectiva a la generación del producto sanitario final; en este marco, los gestores son uno más de esos «nuevos» actores^{22,23}, de esa «nueva legitimidad».

Las opiniones de los gestores entrevistados se sometieron a una comparación con las opiniones expresadas por los médicos asistenciales en el estudio antes señalado¹⁸ con objeto de enriquecer la discusión de los resultados de la investigación.

La distribución global de la importancia de las distintas fuentes de influencia es similar en los dos casos. Se constató que las 4 estrategias más importantes son las mismas, aunque varía el orden de importancia de cada una de ellas; así, por ejemplo, la asis-

Tabla 2. Diferencia de medias de importancia para cada estrategia entre gestores y médicos asistenciales (n = 241)

	Gestores	Médicos	p*
Instauración de un protocolo elaborado por los propios profesionales del centro	4,21	3,26	0,000
Discusión con otros colegas sobre la forma de tratar a los pacientes con ese problema de salud	4,50	3,55	0,000
Recibir retroalimentación de los pacientes a los que ha tratado sobre un determinado problema	4,57	4,50	0,684
Asistencia a cursos de formación, lectura de artículos e informes	4,59	1,96	0,000
Estrategias de evaluación y control de calidad	4,62	4,61	0,974
Instauración de un protocolo procedente de niveles superiores	5,44	5,04	0,029
Existencia de incentivos económicos	5,76	7,43	0,000
Demandas de los pacientes	5,76	6,93	0,000
Información aportada por visitantes de compañías farmacéuticas	6,44	7,64	0,000

*Para la diferencia de medias se han empleado tests paramétricos con objeto de presentar los datos de forma más fácilmente interpretable. El valor de p expresado en la tabla corresponde a resultados de tests no paramétricos.

Tabla 3. Diferencia de medias de legitimidad para cada estrategia entre gestores y médicos asistenciales (n = 241)

	Gestores	Médicos	p
Usuarios o ciudadanos	5,54	4,53	0,000
Auditorías internas	5,51	4,84	0,000
Compañeros médicos	5,46	5,57	0,306
Organizaciones científicas	5,42	5,51	0,367
Gerentes	5,13	3,88	0,000
Auditorías externas	4,95	3,91	0,000
Asociaciones de enfermos y grupos de autoayuda	4,54	4,42	0,313
Asociaciones profesionales	4,40	4,58	0,101
Instituciones académicas	4,39	4,87	0,000
Compañeros de trabajo no médicos	4,23	3,38	0,000
Políticos	4,20	2,75	0,000
Incentivos económicos	4,16	3,23	0,000
Sentencias judiciales	3,74	3,19	0,000
Sindicatos	3,11	2,42	0,000
Colegios médicos	2,61	3,61	0,000
Visitadores de la industria farmacéutica	2,47	2,72	0,001

*Para la diferencia de medias se han empleado tests paramétricos, con objeto de presentar los datos de forma más fácilmente interpretable. El valor de p expresado en la tabla corresponde a resultados de tests no paramétricos.

tencia a cursos y lectura de artículos científicos es significativamente lo más importante para los médicos asistenciales, mientras que para los gerentes ocupa el cuarto lugar de importancia.

Por otro lado, al analizar las diferencias de puntuaciones medias entre ambos grupos se han encontrado discrepancias relevantes. Como se puede observar en la tabla 2, la diferencia de rangos medios entre los dos grupos es estadísticamente significativa en todos los casos, a excepción de los ítems «retroalimentación de los pacientes» y «estrategias de evaluación y control de calidad». De esta forma, se observa, por ejemplo, que los gestores consideran significativamente más importante que los médicos asistenciales la existencia de incentivos económicos, la influencia de la industria farmacéutica y las demandas de los pacientes. Ninguno de estos mecanismos de influencia tiene que ver con

el sistema profesional; el primero constituye una de las estrategias de gestión predominantes en el enfoque actual de gestión sanitaria, corresponde por tanto a la cultura gerencial y organizacional antes que a la perspectiva o sistema profesional médico. Los otros dos se sitúan dentro del ámbito de influencia del orden social^{24,25}.

Según la opinión de los médicos asistenciales, las 5 vías de influencia que cuentan con mayor legitimidad son los propios compañeros médicos, las organizaciones científicas, las instituciones académicas, las auditorías internas y las asociaciones profesionales. Los colectivos con menos legitimidad son los sindicatos, la industria farmacéutica y los políticos¹⁸.

Los médicos asistenciales otorgan mayor legitimidad que los gestores (tabla 3) a las instituciones académicas, los colegios médicos y la industria farmacéutica. Con respecto a las demás vías de influencia,

los gestores otorgan valores medios de legitimidad significativamente mayores que los de los médicos. Las organizaciones científicas, asociaciones profesionales, compañeros médicos y grupos de autoayuda de enfermos no han presentado diferencias estadísticamente significativas. El hecho de que los médicos asistenciales consideren legítimos sólo 7 ítems del total de 16 es una evidencia más de la existencia del sistema profesional: muy pocos actores, que no estén dentro del ámbito de la profesión, estarán legitimados para influir en la práctica médica²⁶⁻²⁹.

En síntesis, esta investigación pone de manifiesto que: a) tanto los médicos asistenciales como los gestores reconocen la importancia y la legitimidad que tiene el sistema profesional para influir en el ejercicio médico, y b) una de las principales diferencias «culturales» entre médicos y gestores es la mayor aceptación por parte de estos últimos tanto de los mecanismos de gestión empresarial como de la «legítima» influencia que diversos actores del contexto social puedan ejercer sobre la profesión médica³⁰. Así ocurre, por ejemplo, con la mayor relevancia que los gestores conceden a las acciones o demandas de los propios usuarios.

Algunas líneas de trabajo pueden ser de especial interés como propuestas para futuras investigaciones. En especial, podemos señalar la identificación de las prácticas de gestión auténticamente eficaces que implican el reconocimiento del sistema profesional como ámbito de elaboración de las prácticas profesionales

reales. En este punto, es especialmente relevante la modificación de los programas de formación de los gestores. También se debería colocar en su «justo lugar» el papel de los métodos de origen empresarial para entresacar los elementos válidos, modificar los que sean procedentes y rechazar los ineficaces.

Otro campo de profundización en esta línea de trabajo es la aplicación al ámbito hospitalario de estudios de este tipo, así como a otros profesionales sanitarios, en especial de enfermería.

Esta investigación pone de manifiesto la necesidad de incorporar el concepto de sistema profesional a la cultura «explícita» de los gestores. Se trataría de proponer un cambio cultural encaminado a que los gestores asuman y «utilicen» el hecho de que en una organización de servicios sanitarios, el control sobre el proceso de producción de la «empresa sanitaria» está, fundamentalmente, en manos de los propios profesionales. Esto, que en el discurso teórico habitualmente se acepta, necesitaría convertirse en una práctica real en la gestión sanitaria cotidiana. Es preciso conceder una mayor importancia a la utilización de instrumentos y herramientas que incorporen el hecho de que el ejercicio profesional se regula, fundamentalmente, a través del sistema profesional, y no tanto por la empresa, y que el sistema de valores de la profesión médica no se corresponde necesariamente con los valores que fundamentan las «reformas» que en esta última década se han venido aplicando.

Bibliografía

1. Eisenberg JM. Physician utilization. The state of research about physicians' practice patterns. *Med Care Rev* 1985;23:461-83.
2. Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Aff* 1984;4:74-85.
3. McPherson K. International differences in medical care practices. En: *Health care systems in transition. The search of efficiency*. Paris: DECA, 1990.
4. Gittelsohn A, Powe NR. Small area variations in health care delivery in Maryland. *Health Serv Res* 1995;30:295-317.
5. Roos NP, Roos LL. Variaciones entre zonas pequeñas, estilo de práctica y calidad asistencial. En: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editores. *¿Por qué alguna ente está sana y otra no?* Madrid: Díaz de Santos, 1996; p. 253-75.
6. Mintzberg H. *El poder en la organización*. Barcelona: Ariel, 1992.
7. Pineault R, Maheux B, Lambert J, Béland F, Lévesque A. Characteristic of physicians practicing in alternative primary care settings: a Quebec study of local community service center physicians. *Int J Health Serv* 1991;21: 49-58.
8. Horder J, Bonaquet N, Stocking, B. Ways of influencing the behaviour of general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1986;36:517-21.
9. Henry RC, Ogle KS, Snellman LA. Preventive medicine: physician practices, beliefs, and perceived barriers to implementation. *Fam Med* 1987;19:110-3.
10. Danzon PM, Manning WG, Marquis MS. Factors affecting laboratory test use and prices. *Health Care Financing Rev* 1984; 5:23-32.
11. Dowd BE, Johnson AN, Madson RA. Inpatient length of stay in Twin Cities health plans. *Med Car* 1986;24:694-710.
12. Calnan M, Groenewegen P, Hutten J. Professional reimbursement and management of time in general practice. An international comparison. *Soc Sci Med* 1992;35: 209-16.
13. Flierman HA, Groenewegen PP. Introducing fees for services with professional uncertainty. *Health Care Financing Rev* 1992;14:107-15.
14. Ortún Rubio V. Gobierno de la sanidad y práctica clínica: ¿las instituciones olvidadas? *Gac Sanit* 1997;11:111-3.
15. Freidson E. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península, (homo sociologicus 17), 1978.
16. Rodríguez JA, De Miguel J. *Salud y poder*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, (Monografías, 112), 1990.
17. López Fernández LA, Jiménez Martín JM. Diferencias entre los sistemas de valores de los gestores sanitarios y los profesionales asistenciales. *Gestión Hospitalaria* 1997; 1:34-9.
18. López Fernández LA, Jiménez Martín JM, Luna del Castillo JD, Solas Gaspar O, Martínez Millan J, De Manuel Keenoy E. Sources of influence on medical practice. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:623-30.

19. McNamee P, Parkin D, Allen D, Steen N, Hutchinson A. Measuring outpatient resource use and case mix in ophthalmology in north east England. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:247-52.
 20. Rodríguez JA, Guillén M. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. REIS Madrid 1992;59:9-18.
 21. Irigoyen J. La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica. Granada: Universidad de Granada, 1997.
 22. Garmendia JA, Parra Luna F. Sociología industrial y de los recursos humanos. Madrid: Taurus Universitaria, 1993.
 23. Lucas Marín A, coordinador. Sociología para la empresa. Madrid: McGraw-Hill, 1994.
 24. McPherson K. Why do variations occur? En: Mooney G, Anderson TF, editors. The challenges of medical practice variations. London: McMillan, 1990; p. 16-34.
 25. Bensing JM, Dronkers J. Instrumental and affective aspects of physician behavior. *Med Car* 1992;30:283-98.
 26. Geertsma RH, Parker RC, Krauss S. How physicians view the process of change in their practice behavior. *J Med Educ* 1982;57:752-61.
 27. Calnan M. Images of general practice: the perceptions of the doctor. *Soc Sci Med* 1988;27:579-86.
 28. Kralewski JE, Wingert TD, Barbouche MH. Assessing the culture of medical groups practice. *Med Car Rev* 1996;34:377-88.
 29. Inglehart R. El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1991.
-