

DEL CONCEPTO A LA PRÁCTICA EN SALUD (APUNTES PARA UNA ÉTICA DEL DESEMPEÑO)

FROM CONCEPTS TO HEALTH PRACTICES (NOTES FOR A PERFORMANCE ETHIC)

Carlos Enrique Fuentes Bolaños¹

Recibido: 26/3/08 Revisado: 6/5/08 Aprobado: 25/6/08

Resumen

El artículo analiza dos conceptos: la tecnología en salud y el servicio a las personas. En esta relación dicotómica se examinan algunos factores que crean brechas en la comunicación entre quienes están llamados a aplicar la tecnología y las personas que demandan sus servicios. El análisis se realiza a partir de una revisión teórica de lo planteado por algunos autores sobre estos dos conceptos muy vinculados con el quehacer organizacional en materia de atención de la salud.

Una de las tesis propuestas es que la tecnología en la práctica sanitaria debe contar con mecanismos que resguarden los valores éticos en las relaciones con los ciudadanos.

Palabras claves: práctica sanitaria, ética en salud, bioética, profesiones, organización del trabajo en salud, tecnología en salud.

Abstract

The article analyzes two concepts: technology in health vrs. service to the people. In this relationship some factors are reviewed, which create communication gaps between those called to apply the technology and those that demand their services. The analysis is based on a theoretical review of by various authors.

One of the proposed theses is that health technology must protect ethical values in its

relationship with the citizens.

Key words: health practice, ethics in health, bioethics, professions, health work organization, health technology.

La visión antropológica de la evolución de la atención clínica nos la presenta Michel Foucault en el libro **El Nacimiento de la Clínica (1)**, desde una perspectiva estructuralista de su génesis. Mientras que en **Historia de la Locura en la Época Clásica (2)**, plantea una tesis sobre la evolución de los espacios en donde se desarrolla la atención de la salud y sus implicaciones sociales, políticas y técnicas. Ambas obras, son un aporte desde una mirada antropológica del significado de la atención a las personas, en distintos espacios y tiempos del desarrollo del conocimiento humano, que desde su óptica estructural, los explica en planos y líneas que se intersecan en distintos puntos de la historia de la humanidad, especialmente a partir del siglo XVII y XVIII, que son épocas desde las cuales parte para su análisis.

Estos puntos, que se entrecruzan en los intersticios de la historia de la humanidad, están vinculados con la visión que los agentes de la salud poseen sobre la presencia de la enfermedad en el cuerpo humano (individuo) y en el cuerpo social (familia y comunidad) y las múltiples relaciones que se establecen para explicar el fenómeno de la

¹ CENDEISSS - UCR, cfuentes@ccss.sa.cr

salud, el de enfermarse o el de morir. De ahí parte para realizar un análisis estructuralista de lo que ha sido la práctica médica y sus vinculaciones con las formas de educación, trato a las personas e investigación en esta área del conocimiento.

Foucault deriva en su análisis distintas etapas de la formación médica, como las relacionadas con una posición eminentemente de observación de los fenómenos biológicos (inicios de los estudios anatómicos) para seleccionar y describir síntomas y signos a partir de la dinámica o la estática que se obtiene del objeto observado. Es una etapa de la selección y de la descripción, para explicar fenómenos mórbidos, en donde al paciente se le pone entre paréntesis dentro de un marco de observación (tal como el observador que mira un cuadro, para descifrar en él sus mensajes), sin mayor participación que ser convertido en un objeto de estudio (objeto al cual se mira).

Otra etapa importante es el momento en que se abandona el análisis simple del cuadro y se observa desde un campo mayor: el enfermo ya no sólo es un dato, sino un ser humano que vive en sociedad y que al formar parte de ella, su salud o su enfermedad se explicaría a partir de esas múltiples relaciones que se establecen entre los individuos y el ambiente. Son espacializacionesⁱ para explicar momentos históricos por los cuales ha transitado la práctica clínica médica y, diríamos desde un punto de vista más integrador, el ejercicio de la salud pública en general.

Desde esa perspectiva estructural, la tesis de Foucault es que la formación médico-sanitaria también ha ido evolucionando conforme se centra la visión en el ser humano como sujeto con necesidades, expectativas, autonomía y esperanzas. Los centros de enseñanza y de práctica han evolucionado en razón de esas necesidades y esos derechos inherentes a las personas. La persona, de constituirse en un simple medio que es observado clínicamente, pasa a convertirse en un sujeto con opinión propia que interactúa con el sujeto que le ha de brindar la atención. El monólogo del clínico que observa y clasifica a partir del dato extraído de la persona disminuida (materia inerte, cadáver, flujo, imagen digitalizada, muestra biológica o tejido), pasa a un diálogo entre iguales, en el tanto son dos personas en comunicación, la cual se entabla entre la que posee un determinado saber y la que busca una respuesta a su estado físico y anímico a partir del saber que tiene la primera, pero conservando ambas partes su autonomía, en el tanto son seres

con deberes y derechos.

En la historia del ejercicio de la producción social de la salud la estructura de comunicación varía. De una estructura plana se pasa a una gran esfera, que es el espacio social (económico, cultural, político y tecnológico), en donde se explica el proceso de la salud y de la enfermedad como dos elementos que mantienen fronteras difusas en el momento de su explicación o de su intervención.

Esto nos lleva a otra tesis, que es la del ejercicio de la práctica médicaⁱⁱ en la era de la tecnología, tal como la plantea K. Jaspers (3). Este médico y filósofo alemán examina, a la luz del desarrollo tecnológico, las relaciones de humanidad que se deben establecer entre el personal de la salud y las personas que demandan sus servicios. En la era tecnológica lo que ocurriría en caso de una conciencia limitada de su uso, es el establecimiento de fronteras entre el agente de la salud y la persona que requiere una atención. Estas fronteras o limitación de espacios, se puede presentar por el apego acrítico del personal con su objeto de trabajo (la máquina, el instrumental médico) con total incomunicación con quien es tratado por medio de esa máquina o instrumento diagnóstico, sea como se llame.

De esto confluimos en un primer espacio de la práctica médica señalada por Foucault y sería aquel en donde al paciente se le mete entre paréntesis mientras se le observa desde un plano distante. La tecnología podría tener la fuerza necesaria de meter entre paréntesis al sujeto observado para convertirlo en mero objeto de estudio. La imagen o el reporte digitalizado enfoca una parte del paciente y esa parte se convierte en reporte. El profesional o tecnólogo que reporta no vuelve a tener noticias del objeto reportado, porque detrás de este viene otro al cual hay que practicarle lo mismo y así sucesivamente. El paciente no es informado de inmediato de los resultados por la persona que practica el diagnóstico, sino que por lo general es

ⁱ Espacialización, desde la perspectiva estructural es un concepto relacionado con la conformación de espacios para explicar la ocurrencia de un fenómeno, que en este caso es la relación que vincula al sujeto que observa y el objeto que es observado: objeto último que luego se rebela para convertirse en sujeto que reclama su autonomía y que puede expresar su propia opinión.

ⁱⁱ Práctica médica, en los párrafos precedentes como en los que siguen ha de entenderse como ejercicio de la práctica del personal de salud, con lo cual se abarca a las personas que tienen la potestad de prestar un servicio sea técnico, especializado o de apoyo y no solo desde la óptica de quien ejerce la profesión de médico.

un tercero el que lo interpreta y se lo comunica, aspecto que alarga el nivel de angustia por la espera. Desde el punto de vista de mercado, esta práctica podría resultar exitosa si de lo que se trata es de una producción en serie, en la cual la salud es un factor de mercado bastante rentable.

Desde una perspectiva humana, es la transformación de la relación personal en un mero reporte de signos y síntomas, que da pie al discurso y a la práctica del distanciamiento. Desde el ámbito del ejercicio profesional, el médico se convierte en un técnico especializado, tal la calificación dada por Jaspers, si se queda en la sola labor de emitir el reporte que obtiene de un equis instrumento de trabajo.

La tesis de Jaspers obliga a tratar sobre la ética en el ejercicio de la práctica sanitaria y el reconocimiento del individuo con su carácter autónomo, en donde no son válidas las prácticas y el discurso del distanciamiento (de cuyos orígenes plantea M. Foucault) que se daba entre quien sabía y el que acudía o lo hacían acudir a ese saber. El empleo de tecnología obliga a revivir continuamente el espacio para el diálogo y el consentimiento. Verse sujeto a tratamientos, aparatos que penetran en el cuerpo, dietas desacostumbradas, ayunas, ingesta de medicamentos, aparatos que iluminan ante una determinada reacción del cuerpo, cables de múltiples colores para controlar signos y agujas, crean un mundo del cual el paciente es completamente ajenoⁱⁱⁱ.

En ese mundo tecnológico, se imponen dos situaciones: el diálogo o el silencio. Si priva el primero, éste se funda en la información y en la explicación detallada del procedimiento al paciente o a sus allegados, con sus riesgos y beneficios. Si se impone el segundo, el resultado es la aplicación técnica per se, por personal ampliamente especializado que concentra su saber y su criterio en una práctica cuyo horizonte es la práctica misma. Lo que le es útil al personal para realizar su labor, se convierte en sí mismo en un obstáculo contra la propia entidad de su práctica.

Simone de Beauvoir, durante la agonía de su madre en el hospital, dice:

En efecto. Uno está dentro de un engranaje y es impotente ante el diagnóstico de los especialistas, sus previsiones y sus decisiones. El enfermo se ha convertido en propiedad de ellos: ¡vaya uno a quitárselo!. (4)

Engranaje como “Enlace, trabazón de ideas, circunstancias o hechos”, según lo define en su cuarta acepción el Diccionario de la Real Academia Española. El paciente está en medio de circunstancias y hechos que se entran, lo cual lo hace aparecer como impotente (carácter de incapaz en un mundo que le es ajeno). La persona enferma, si el personal no observa una distancia con ese quehacer meramente técnico, pierde su identidad para pasar a ser propiedad de quien la atiende, propiedad de sus decisiones. Esta conducta da relevancia suma a la burocracia profesional en simbiosis con la burocracia máquina, tal dos de los significados reconocidos para este término. La burocracia profesional regida por estándares de desempeño; la máquina, regida por procedimientos engranados, previsibles, automáticos...taylorianos.

En un centro hospitalario, el paciente queda sujeto al personal inclusive hasta en la forma de vestir, así como sujeto a horas de alimentación, a exámenes, a palpaciones, a colocación de instrumentos sobre su cuerpo o a conexión a máquinas. Respetar su intimidad, su individualidad, es una vía de carácter primario referente a la ética en salud. La indiferencia ante situaciones que al personal de salud le parecen comunes por rutinarias (insensibilidad por contacto permanente), deja una brecha entre la calidad y la calidez de un servicio. Se podría ejecutar una intervención en salud exitosa por su calidad, pero con escasa comprensión por el sentir del ser humano que recibe esa atención, lo cual es una paradoja que podría hacerse realidad en la cotidianidad y que despoja a la atención de uno de sus más nobles valores humanos: el don de servicio.

Se queja una paciente que sufría un dolor postoperatorio por herida abierta, a quien trasladan a una sala para que le practicasen un ultrasonido; luego de una hora de espera una funcionaria se compadeció de ella y llamó para que le dieran asistencia:

A los pocos minutos entró una doctora, como una tromba al consultorio “contaminado” y esperó a que yo sola, con grandes esfuerzos, me subiera a la camilla.(5)

El ciudadano queda en la trampa del saber

ⁱⁱⁱ “El enfermo se ve en un mundo de aparatos en el cual es procesado, sin comprender el sentido de los procedimientos a los cuales es sometido. Se ve enfrentado a facultativos de los cuales ninguno es su médico. Entonces, el médico mismo se transforma en técnico.” (3:66)

técnico. Hemos llegado a la época en que la técnica supera al humanismo en la atención de las personas. Los procedimientos se practican con poca comunicación con las personas, simplemente porque el depositario del saber los ejecuta como una práctica de rutina, y en cuyo caso quien ejerce el poder sobre el paciente es a quien le corresponde dar el servicio; en otras palabras, el técnico crea mayor incertidumbre a quien se presume debe recibir los posibles beneficios de la tecnología empleada. Es el paciente una entidad ausente de las decisiones, tal lo planteado por Grant Gillett (6) quien refiere a Foucault en el artículo "Medical science, culture, and truth".^{iv}

Sirva la reflexión anterior como ejemplo de la sordidez profesional que muchos imponen en esta distorsionada relación. No hay diálogo. Es una relación sin contacto personal. Silencio y mirada ausente, falta de calor humano por parte de la profesional: "... me hizo el ultrasonido sin dirigirme la palabra ni la mirada" (7). En este caso, la paciente puesta entre el paréntesis foucaultniano, y la mirada de quien la atendía posiblemente fija en la máquina diagnóstica. Mirada verticalizada, sin puntos de contacto con quien sufre el dolor. La palabra, ese natural don del ser humano, ausente; se impone el silencio como barrera entre quien sabe (la doctora que apareció como una tromba) y la que se supone que no sabe (la paciente con su dolor), y que por tal no entiende, pero que es presa de su sufrimiento.

Un paciente, quejándose de la atención en un hospital, narra que se le toman muestras de sangre sin que el técnico le dirigiera la mirada y fuera inmune a sus protestas:

"...todo lo cual se practicó sin que se tuviera la cortesía de tan siquiera verme a los ojos y la consideración de explicarme la razón de esos procedimientos..." (8)

De nuevo la mirada puesta en otra parte, el silencio ante la queja y la puesta en marcha de un protocolo de trabajo en donde el paréntesis de Foucault se estrecha aún más. Es el olvidarse del sujeto de la atención, es la aplicación técnica como medio y como fin:

Los usuarios de los hospitales aspiran a una atención de calidad y esa calidad en su dimensión técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología para que les reporte el máximo beneficio. Aspiran así mismo (sic.) a recibir una atención sanitaria más humana que lleve implícito

el respeto a "su dignidad". Ello implica armonizar calidad tecnológica y calidad humana. La ciencia sanitaria, las investigaciones sobre el cáncer, las investigaciones en genética, en transplantes (sic.) de órganos, se encuentran hoy en un momento de formidable crecimiento cuantitativo. Hoy prima el impacto social, la cualificación de las técnicas, las estadísticas, es decir la tecnología en sí misma como medio y como fin y se olvida el sujeto y objeto de todo este engranaje: el hombre en sí mismo. (9)

Plutarco Naranjo plantea una crítica respecto de los currículos de la enseñanza médica^v, que orientan al profesional a atender al enfermo en su dolencia específica:

Las facultades de medicina se esmeran en ofrecer el conocimiento técnico y científico llevado al más alto nivel posible. Con cuánta precisión y abundancia de detalle se enseña, por ejemplo, el serotipo de colibacilo causante de la diarrea de un niño, la alteración genética de un discapacitado o el deterioro inmunológico del fumador que desarrolla una neoplasia; pero no se analizan, o apenas se mencionan de paso, las causas sociales de estas enfermedades. (10)

De lo comentado, cabe la siguiente reflexión atinente a la presión que ejerce el desarrollo tecnológico sobre la enseñanza en salud:

La presión que generan los desarrollos tecnológicos y científicos, ha llegado a establecer culturas institucionales y currículos que no pocas veces definen la formación médica como aplicación de tecnologías en la práctica clínica y no como investigación para la generación y adopción crítica de conocimientos para resolver problemas de salud. (11)

La aplicación tecnológica acrítica ejerce presión también sobre varios componentes de la atención de la salud: las estructuras organizacionales, los sistemas internos de capacitación de personal, así

^{iv} "Foucault argues that power and relations of power control the legitimation of statements within any given discourse. This applies a fortiori in medical discourse where a set of power relations confer an exalted status on the conceptualizations and validated judgments of doctors as distinct from others. Doctors decide "what is really going on", "the good of the patient," "good evidence for this or that", "a reasonable therapeutic option", and so on. The story of the patient may be left out of this set of discursive constructions and, even more radically, the privileged discourse excludes the patient's opinion whether the medical story actually fits his illness."

^v También puede realizarse una crítica similar a los currículos de otras áreas de la salud, tanto técnicas como profesionales y no necesariamente solo a los de la enseñanza médica.

como en los sistemas de remuneración e incentivos al personal. En la parte de los servicios privados ejerce presión sobre los costos de atención y la segmentación de los mercados (acude quien pueda pagar el servicio o quien esté cubierto por una póliza de aseguramiento).

Sobre el tema de la especialización, hacemos acopio de una opinión de José Ortega y Gasset (12)^{vi}, que se refiere a su influencia, en cualquier dominio del conocimiento. Si bien la especialización se ha convertido en nuestra era tecnológica en una necesaria forma de división del trabajo, también podría ser en sí misma una barrera que limita la comunicación entre personas y profesiones.

El especializado en cualquier área del conocimiento, por la calidad de tal, interpretando a Ortega y Gasset, se alza como voz autorizada en otros campos para los cuales no está siempre preparado, pero finge dominarlos para imponer su presencia, en cuyo caso también establece barreras en la comunicación con las personas a las que debe sus servicios: altos costos o baja tolerancia, según sea el locus de su desarrollo profesional.^{vii}

La ética obliga a allanar estos caminos de incomunicación. El "locus de los altos costos" se caracteriza por la atención individualizada que participa del mercado restrictivo de quienes tienen acceso según ingresos o seguros individualizados pre pagados; el "locus de la baja tolerancia" se presenta en los servicios, en donde el profesional y el técnico se desenvuelven rutinariamente en funciones estandarizadas y afiliativas^{viii}. Dejar fuera de control estas funciones perjudica el alcance del interés público.

El poder del personal especializado en una materia, llámese médica, legal o de ingenierías, hace que lo haga decisor de los recursos a su alcance. El médico decide los recursos que ha de consumir su paciente, o los que no ha de consumir: medicamentos, dietas, aparatos... También decide sobre horarios, visitas y referencias y días de incapacidad por enfermedad (*deus ex machina*). Es el poder aplastante de una burocracia profesional que ha aprendido a realizar procedimientos por repetición durante un extenso periodo de entrenamiento y el cual genera sus propios estándares de trabajo, de afiliación profesional y de atención:

Son trabajadores calificados que utilizan procedimientos que aunque estén bien definidos, son difíciles de aprender. (13)

Sus juicios, según Mintzberg, están influenciados por la capacitación profesional y la afiliación. La afiliación es el sentido de grupo dentro de sus relaciones de trabajo y profesionales, de tal forma que se reglamenta la actuación de los miembros según la especificidad de su quehacer. Se establecen fronteras de responsabilidad que quedan fijadas por ley, no obstante la estandarización de la rutina, una buena parte de las decisiones queda en el campo de su discreción personal. De ahí que dos profesionales, con la misma capacitación, pueden tener actuaciones diferentes o guardar criterios distintos ante un mismo hecho, en tanto personas con capacidad de discernimiento. Estas delimitaciones se extienden a otras actividades como las de apoyo o asistenciales: cada grupo de trabajo fija límites de actuación y se apega a la descripción del cargo para, en lo posible, solamente desempeñar las tareas que están especificadas en un manual de puestos.^{ix}

La estandarización se presenta en la propia organización del trabajo: las instituciones se organizan por disciplinas. Los centros de salud como los hospitales se organizan por áreas especializadas de trabajo, siendo la departamentalización un ejemplo de ello. Las personas deben transitar por esas vías de especialización para recibir atención. Son las relaciones de espacio de las cuales trata Foucault, mediante las que se establece el tipo de vinculación con los pacientes: relaciones espaciales de dependencia, en donde se aplican distintos procedimientos tecnológicos con algunas líneas de trabajo que se intersecan.

La práctica profesional se ejerce en esa deli-

^{vi} "Al especializarlo, la civilización le ha hecho hermético y satisfecho dentro de su limitación; pero esta misma sensación íntima de dominio y valía le llevará a querer predominar fuera de su especialidad." (12:174)

^{vii} Locus, lat. Lugar: espacio en donde se desenvuelve el sujeto, social, organizacional, familiar, etc. El locus profesional es el espacio en donde el individuo desarrolla sus conocimientos pero que le permite abarcar otras ramas no dominadas pero que se autoimponen en razón de su especialización: "...se alza en voz autorizada de cualquier cosa sin inmutarse por su ignorancia. Juzgan en política, arte y religión." (J. Ortega y Gasset)

^{viii} La baja tolerancia es no aceptar otros criterios o prácticas que no sean los de los mismos miembros afiliados al grupo de trabajo especializado.

^{ix} La Carta Iberoamericana de la Función Pública, 2003 (Bolivia, Santa Cruz de la Sierra), XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado, contrario a las rígidas posiciones en materia de diseño de cargos, dispone entre ciertos criterios, la necesaria flexibilidad en la organización y la gestión del empleo público, para una mejor adaptación a las transformaciones del entorno y a las necesidades cambiantes de la sociedad.

mitación de espacios de la organización moderna, con reglas estandarizadas de actuación. El saber técnico organiza y desorganiza la atención, con pocas posibilidades de que el ciudadano pueda tener algún tipo de intervención. El propio profesional de la salud encuentra sus propios límites en esa delimitación espacial; así como está sometido a estándares de desempeño, también está regido por pautas funcionales que no puede transgredir: reglas de tiempo máximo para atender una consulta, para dispensar o no un medicamento, para utilizar o no una sala o un equipo, para realizar o no una entrevista, para enviar o no un examen diagnóstico o para tomar una decisión.

La tecnología, por razones funcionales, compartimenta la práctica en servicio (imágenes médicas, audiología, patología, fisioterapia...), lo cual ha hecho que la atención a las personas sea también compartimentada. La propia organización de los servicios se fundamenta en una visión patológica de la persona: un Servicio de Medicina, por ejemplo, se divide en gastroenterología, reumatología, cardiología, entre otros, lo cual obliga a que una persona con una necesidad específica tenga que pasar por cada uno de esos estamentos administrativos para que le traten sus dolencias.

En una exacerbada división del trabajo, se tiende a que al paciente se le niegue su identidad. El cirujano en la mañana dirá "debo hacer tres apendicitis", o "tengo que realizar una cesárea". En la tarde, el técnico dirá "hice tres enemas" o "saqué diez placas". La persona deja de ser Pedro, Oscar o Ana... para convertirse en un CA, una hepatomegalia o un VIH/SIDA. Para el Administrador o el Contador, posiblemente sea "una cuenta a cobrar" o un dato que se ha de anotar en sus múltiples registros. Para el sistema de información, las dolencias humanas se convierten en tasas, indicadores, cuadros y gráficos, conductas que por sí mismas no guardan relación lógica con el propio sentido de la atención de la salud.

La ética del desempeño orienta hacia una atención más humanizante, de mayor comunicación y apertura.

Referencias

1. Foucault, M (1963). **El Nacimiento de la Clínica, una arqueología de la mirada médica**, Argentina, Siglo veintiuno editores, 1ª reimpresión, 2003.
2. Foucault (1964). **Historia de la Locura en la Época Clásica II**, México, Fondo de Cultura Económica, 1998.
3. Jaspers, Karl (1986). **La práctica Médica en la Era Tecnológica**, Gedisa editorial, Barcelona, 1988.
4. Beauvoir, Simone de. **Una muerte muy dulce**, México, Editorial Hermes, tercera reimpresión, abril de 1987: 65
5. González C. Flora M. "Diferencia entre vida y muerte", *La Nación*, Foro, 26 de enero del 2008: p.29ª
6. Gillet, Grant. "Medical science, culture, and truth", en **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, 2006, 1:13doi:10.1186/1747-5341-1-13 (19 December 2006)
7. González C. Flora M. Op.cit.
8. Castillo, Gerardo "Cama N° 549", *La Nación*, Opinión, 29 de diciembre del 2007; disponible en http://www.nacion.com/In_ee/2007/diciembre/29/opinion.html
9. Hospital Ibáñez, Mª Luz y Guallart Calvo, Reyes. **Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida**. *Index Enferm.* [online]. 2004, vol. 13, no. 46 [citado 2008-01-31], pp. 49-53. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.
10. Naranjo, Plutarco. "Del juramento hipocrático a la ética de la Salud Pública" (Editorial). En **Educación Médica y Salud**. Vol.28, N.1, OPS,1994:: 3:6.
11. Conferencia Mundial de Educación Médica. Documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica. Edimburgo, Escocia. Agosto de 1993. "Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica". En **Educación Médica y Salud**, Vol.28, N.1, OPS 1994:: 125:147.
12. Ortega y Gasset, José (1929) **La rebelión de las masas**, 4ª. Edición, Madrid, 1973.
13. Mintzberg, Henry. "La organización profesional", en **El proceso estratégico, conceptos, contextos y casos**, Segunda edición, Prentice Hall, México, 1993. p. 794