

5.11 Estructuras Asistenciales y Buen Gobierno de las Innovaciones Tecnológicas y Organizativas



Bajo el paradigma de las jerarquías tradicionales, que muchos consideran funcionalmente agotadas para gestionar economías sociales basadas en el conocimiento, posiblemente quede poco espacio para que se exprese la innovación organizativa emprendedora, la autogestión cooperativa responsable, así como el ingenio y la noble tarea de servicio público del mejor profesionalismo sanitario. Necesitamos por ello activar algunas iniciativas de cambio orientadas hacia una gestión antiburocrática que permita responder a la complejidad y dilemas organizativos, sin adelgazar en el proceso de transición las propias competencias esenciales de los servicios sanitarios públicos.

Autor: Luis Angel Oteo Ochoa

Jefe Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios. ENS. ISCIH

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Oteo Ochoa LA. Estructuras Asistenciales y Buen Gobierno de las Innovaciones Tecnológicas y Organizativas [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado día mes año]. Tema 5.11. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada



Resumen:

Como factor determinante del proceso de globalización, la dinámica del cambio tecnológico en las últimas décadas no tiene precedentes en la historia de la humanidad, y más específicamente, su impacto en, la cadena de valor de la atención sanitaria con sus funciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras, que representa uno de los sectores económicos e industriales más implicados en los ciclos de innovación disruptiva.

Los efectos de la tecnología dependen por tanto de su eficacia competitiva (tecnologías base, claves y emergentes), del grado de radicalidad de la innovación, del tipo de transformación

que genera en los métodos, procedimientos, productos y servicios, así como de las propias capacidades y competencias internas de la organización para convertir el cambio tecnológico en una oportunidad estratégica.

Introducción

1.- La innovación tecnológica en los servicios sanitarios

2.- Innovaciones en la cadena de valor asistencial

3.- La nueva gobernanza y la sostenibilidad de las instituciones sanitarias

3.1.- El marco general del buen gobierno

3.2.- Los órganos y funciones del SNS y sus instituciones

3.3.- La ética pública y social en el gobierno de las instituciones sanitarias

3.4.- Visión de futuro para el buen gobierno sanitario.

4 Transformaciones organizativas en el sector sanitario

- *Anexo 1: Desarrollo de la innovación en España o Glosario y lecturas recomendadas*

- *Anexo 2: Competencias esenciales y activos estratégicos en las organizaciones sanitarias*

Referencias Bibliograficas

La transición desde economías administradas a economías gestionadas en los servicios sanitarios públicos viene reflejando opciones de diseño organizativo y formas de gestión diversos, incluso dilemática, desde integraciones verticales completas sin resquicio alguno hacia prácticas antiburocráticas, hasta estrategias de desintegración de la cadena de valor sanitaria.

Un criterio bien aceptado en las ciencias de la empresa es que las acciones orientadas a fortalecer la integración de procesos de valor estratégico y de competencias centrales contribuyen a sostener en el tiempo las ventajas competitivas, y por el contrario, se socavan los cimientos organizativos cuando las decisiones vulneran este principio. De hecho, es constatable que la posición distintiva y de vanguardia del

sector sanitario público se ha basado históricamente en este fundamento que ha contribuido esencialmente a consolidar sus redes de servicios integrados en la cadena de valor asistencial.

Los sistemas y servicios sanitarios, como organizaciones basadas en el conocimiento, precisan gestionar eficientemente desde una visión global de la cadena asistencial, para así mejorar la integración de los ciclos de innovación tecnológica, la capacidad de aprendizaje organizativo y la creación de valor social en comunidades de práctica profesional.

La calidad del servicio asistencial está directamente relacionada con el grado de consistencia e integración de las competencias profesionales, tecnológicas, organizativas, personales y sociales. La buena combinación y gestión de estas competencias contribuye a la creación de valor en la arquitectura estratégica y en las funciones de la cadena de valor prestacional determinando la calidad del servicio y los resultados económicos y sociales.

Frente a la ortodoxia burocrática y a las estrategias políticas de desintegración de las redes de servicios sanitarios públicos, se plantea potenciar una tercera vía reformista, ya iniciada en algunas Comunidades Autónomas, que apuesta por el diseño organizativo horizontal e integrado, la gestión por competencias esenciales y procesos estratégicos, la flexibilización de las políticas de personal orientadas a la evaluación de resultados, la gestión de recursos sustentada en evidencias, la cooperación competitiva y el buen gobierno institucional y social.

La convergencia entre las corrientes vanguardistas de la administración pública, el buen gobierno institucional, el desarrollo de los principios del federalismo socialmente integrador, la gestión basada en la evidencia y un profesionalismo humanista renovado, pueden constituir los vectores que impulsen la modernización de las instituciones sanitarias.

El modelo organizativo antropológico o humanista basado en la integración, el aprendizaje cooperativo y la cohesión social necesita para su legitimación impulsar estrategias simultáneas a diferentes niveles: A nivel de management; a nivel de estrategia y a nivel organizativo.

El sector sanitario público debiera plantearse crecimientos orgánicos a través de modelos intraempresariales que pudieran combinar competencias y activos propios para crear nuevos servicios y/o mejorar procesos esenciales en la cadena

asistencial. También se puede promover lo que se ha venido a denominar “producción colaborativa” para prestar servicios de especialización y calidad, como resultado de la conjunción complementaria y eficiente de recursos públicos y privados, sustentada en unas relaciones de mutua confiabilidad.

Introducción

El nuevo entorno sanitario está marcado por la dinámica de factores estratégicos económicos, tecnológicos y sociales¹. El cambio es hoy parte inherente a la propia naturaleza económica y social de las organizaciones sanitarias, y por consiguiente es preciso institucionalizarlo.

En el sector sanitario, el acortamiento de los ciclos de difusión tecnológica, la discontinuidad en los procesos de innovación, la dificultad de intercambiar el factor trabajo por capital (tecnología), el mantenimiento simultáneo de tecnologías obsoletas y disruptivas en el ciclo productivo, el uso inapropiado de este factor esencial de producción y el impacto de la disrupción en la organización de los servicios de salud, produce alteraciones fundamentales e irreversibles en todo el sistema de valor asistencial, tanto en los procesos organizativos como de gestión, afectando críticamente tanto al funcionamiento eficiente de las unidades y servicios, como al modelo de productividad y empleabilidad.

Por consiguiente, las visiones reformistas en el sector sanitario para adaptarse a esta incierta realidad están motivadas no sólo por los determinantes económicos, demográficos y tecnológicos, sino también por elementos culturales, sociales, antropológicos y éticos, todos ellos interdependientes.

Si bien las estructuras modernas tradicionalmente centradas en la producción, se han ido reorientando hacia organizaciones basadas en los servicios, la información y el conocimiento, en el sistema sanitario español este cambio disruptivo está teniendo un lento proceso de transformación. De hecho, los viejos modos de funcionamiento de las burocracias públicas, permanecen sin modificaciones sustantivas en los servicios de salud.

El cambio es hoy parte inherente a la propia naturaleza económica y social de las organizaciones sanitarias, y por consiguiente es preciso institucionalizarlo.

A decir verdad, el modelo burocrático de administración general ha perdido credibilidad en el sector sanitario por la rigidez de sus instrumentos que dificultan dar una respuesta eficiente a los nuevos imperativos que exige una sociedad moderna.

En el presente trabajo se plantean estrategias de cambio reformistas que ayuden a proteger desde los diferentes estratos y niveles de autogobierno sanitario, los activos estratégicos de la organización (capital humano, tecnológico, reputacional y social), los modelos de experiencia y aprendizaje colaborativo, las bases estructuradas del conocimiento operacional y los mecanismos y redes de cohesión e integración organizativa.

Los centros sanitarios deberán diseñar una estrategia para ganar la batalla por el talento, a través de políticas eficientes en el gobierno de las personas que motiven y promuevan atracción profesional. Algunos autores proponen el uso de la responsabilidad social emprendedora como atributo ético del profesionalismo sanitario para conseguir una mejor custodia del talento, y aconsejan iniciativas para vincular a los empleados mediante estrategias de compromiso con la sociedad, así como una buena gestión de cartera de servicios que contribuya a satisfacer necesidades reales y estimular la creatividad a través de medidas de justa compensación en función de rendimientos y resultados².

El buen gobierno de las instituciones sanitarias requiere dotarse para su ejercicio de nuevas competencias y capacidades para asegurar una gestión eficiente y sostenida. El contenido de la misma deberá resolver los dilemas implícitos en la organización de los servicios sanitarios, facilitando una revisión permanente de la estrategia, analizando las necesidades sociales preferentes, protegiendo la reputación institucional, promoviendo la confianza entre los agentes, difundiendo información significativa y veraz, y dotando a la organización de instrumentos de coordinación y participación social.

Por consiguiente, debemos preguntarnos: Cómo agrupamos personas, procesos, tecnologías y unidades operativas en entornos descentralizados, al tiempo que se mantiene la cohesión y la coherencia interna dentro de las organizaciones sanitarias. Esta formulación interrogante representa uno de los dilemas a

El buen gobierno de las instituciones sanitarias requiere dotarse para su ejercicio de nuevas competencias y capacidades para asegurar una gestión eficiente y sostenida

gestionar en las institución es complejas.

No olvidemos que es precisamente a través de este trabajo colaborativo de los procesos, donde las personas pueden aprender, promocionarse, compartir experiencias en iniciativas emprendedoras y “humanizar” las transacciones y desarrollos fundamentales.

1. La innovación tecnológica en los servicios sanitarios

La tecnología^a desde una categorización amplia y como recurso estratégico, configura una base de conocimientos para la acción, es decir, busca soluciones a retos y problemas. Por tanto, su objeto es el Know-how, “saber hacer y cómo hacerlo” para crear valor.

La dinámica del cambio tecnológico en las últimas décadas no tiene precedentes en la historia de la humanidad. Esta transformación de los ciclos de innovación en la economía y en los sectores productivos, ha tenido un impacto relevante en las últimas décadas en nuestro País. (Anexo 1).

Más concretamente, en la cadena de valor del sector sanitario las innovaciones de diferente naturaleza, han afectado a sus funciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras.

Está bien documentado que determinados agentes económicos, industria proveedora, grupos de presión, gremios corporativos y otras fuerzas verticales actúan introduciendo barreras insuperables para preservar el actual “status quo” y el posicionamiento estratégico, lo cual frena este tipo de innovaciones tecnológicas que pudieran producir una mejora sustantiva de la calidad sanitaria para la gran mayoría de usuarios a través de alternativas prestacionales de bajo coste y con potenciales beneficios para la sociedad en su conjunto³.

Las fuerzas económicas dominantes que se resisten a este

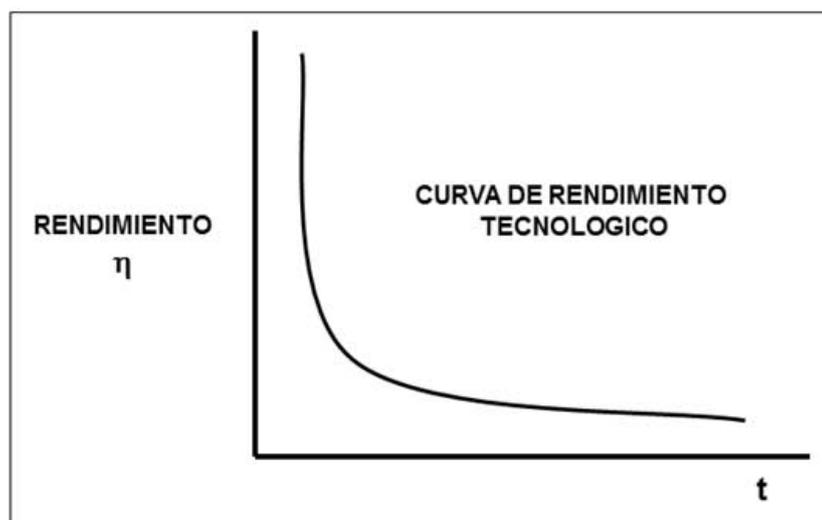
^a La tecnología o know-how es el conjunto de conocimientos que posee la sociedad y que en su aplicación crean riqueza económica y valor social.

La dinámica del cambio tecnológico en las últimas décadas no tiene precedentes en la historia de la humanidad.

patrón de cambio tecnológico no sólo bloquean determinadas innovaciones en la industria de la salud, sino también el potencial avance profesional y social impulsado por el cambio tecnológico y el desarrollo de nuevas competencias y mayores derechos de decisión. Por ello, es preciso impulsar más intensamente las innovaciones con mayor proyección social, a través de procedimientos regulatorios que modulen las barreras de entrada, garanticen la más alta calidad y seguridad, a la vez que menos costosa; y por ello, la disrupción no solamente debe ser tecnológica, sino también institucional, organizativa, profesional y cultural.

La tecnología es además un factor estratégico en el proceso de globalización, si bien su rendimiento es decreciente. **(Figura 1).**

Figura 1: Curva L de la tecnología.



En el sector sanitario, el acortamiento de los ciclos de difusión tecnológica, la discontinuidad en los procesos de innovación, la no intercambiabilidad del factor trabajo por capital (tecnología), el mantenimiento simultáneo de diferentes tipos de tecnologías en el ciclo productivo, el uso inapropiado de este factor esencial de producción y el propio impacto tecnológico en la organización de los servicios de salud, está produciendo cambios fundamentales e irreversibles en todo el sistema de valor asistencial, así como en los procesos organizativos y de gestión. Conocer los efectos de la disrupción tecnológica en términos de eficiencia,

Conocer los efectos de la disrupción tecnológica en términos de eficiencia, o productividad y empleabilidad ayuda a planificar y gestionar este activo estratégico en las instituciones y servicios sanitarios.

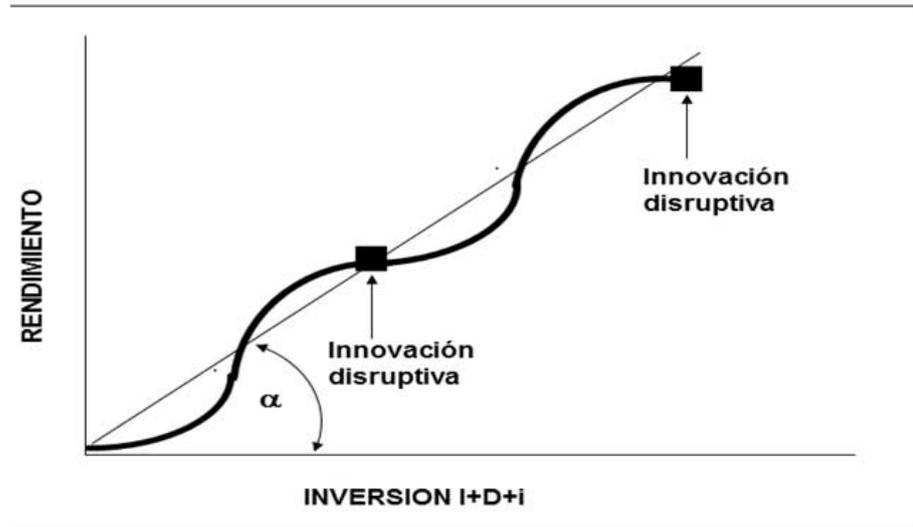
o productividad y empleabilidad ayuda a planificar y gestionar este activo estratégico en las instituciones y servicios sanitarios.

Sabemos que la tecnología es un factor muy relevante en la propulsión del gasto sanitario, lo cual obliga a racionalizar los mecanismos operativos para la introducción, aplicación y transferencia de este componente esencial de la producción. Es por tanto necesario que todos los procedimientos técnicos y desarrollos de aplicación médica, deben ser evaluados para conocer su impacto y relevancia clínica y social, así como su valor añadido global en los procesos y servicios sanitarios.

El desajuste temporal entre el ciclo de innovación (se acorta dramáticamente en sectores dinámicos como el sanitario) y los modelos de evaluación (procedimientos operativos y protocolos de uso tutelado), genera incertidumbre en los sistemas de salud por las dificultades técnicas y de recursos disponibles para evaluar el impacto global de las tecnologías con potenciales aplicaciones médicas. De hecho, no más de un 25% de las tecnologías aplicadas en este sector han sido evaluadas en todos sus determinantes principales (económicos, biológicos, medioambientales, profesionales, organizativos, sociales,...) por las agencias estatales y regionales de los sistemas sanitarios modernos.

Paradójicamente, es necesario evitar el "corte" o la discontinuidad de los procesos de innovación tecnológica en sectores estratégicos como el sanitario, gestionando adecuadamente la denominada curva de difusión tecnológica (curva S), lo cual determina el grado de desarrollo y consolidación de la base de conocimiento operacional de las organizaciones sanitarias*. La pendiente de la curva (α) viene a indicar el nivel de posicionamiento estratégico de base tecnológica de la organización, y por tanto la posible ventaja competitiva que proporciona este factor de producción en el sector. **(Figura2).**

Figura 2: Curva S de difusión tecnológica.

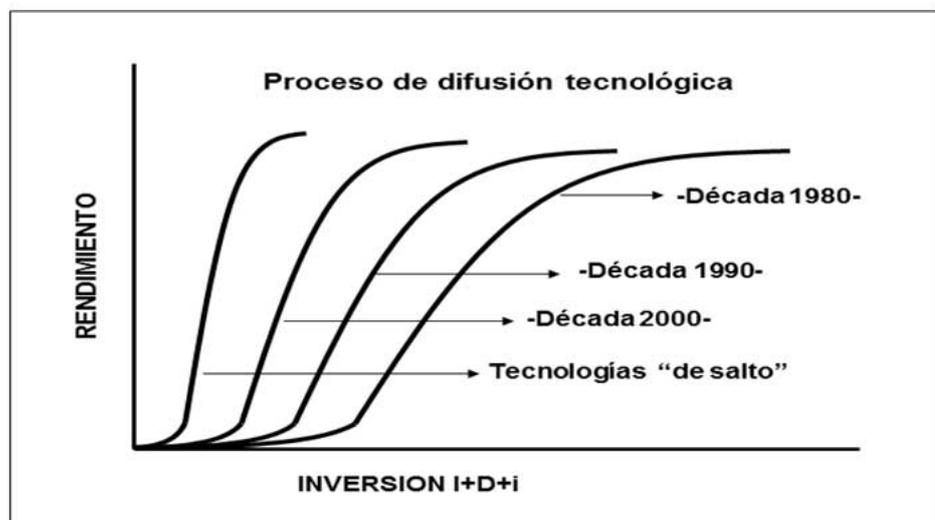


El fuerte acortamiento de los ciclos de innovación tecnológica en las últimas décadas, infiere nuevos patrones en las políticas de inversión y financiación, determinando los procesos y competencias esenciales de la organización.

Cuando en la fase de meseta de la curva S –en el proceso continuo de aplicación y uso de la tecnología- no se capitaliza (inversión productiva real) apropiadamente la organización sanitaria, a través de un proceso eficiente de renovación/reposición ordinaria, se limita la posible mejora de la productividad, así como de la performance y desempeño tecnológico.

Por otra parte, el fuerte acortamiento de los ciclos de innovación tecnológica en las últimas décadas, infiere nuevos patrones en las políticas de inversión y financiación, determinando los procesos y competencias esenciales de la organización. **(Figura 3).**

Figura 3: Acortamiento de los ciclos de innovación tecnológica.

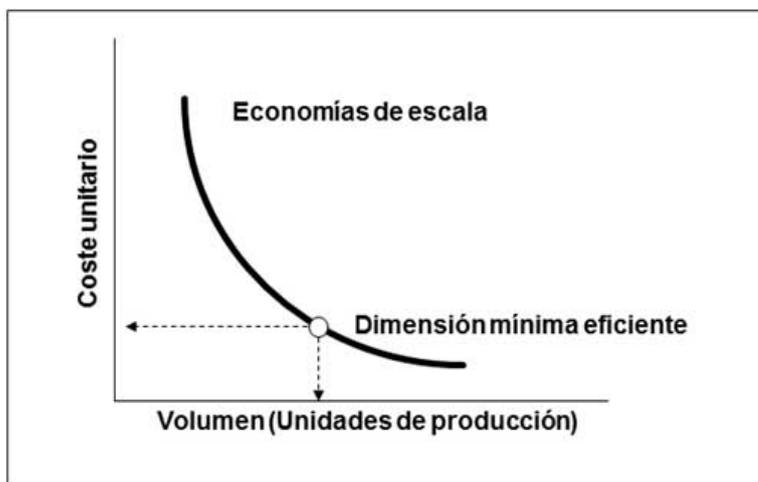


Una parte sustantiva en la modernización de los servicios sanitarios está estrechamente vinculada al cambio tecnológico y a la gestión de la innovación, porque es a través de este factor de producción global como se incrementan las bases del conocimiento organizativo y operacional.

La innovación tecnológica continua en el sector sanitario está directamente relacionada con la posición de excelencia competitiva, la calidad de los servicios (diagnósticos y terapéuticos) y los procesos de aprendizaje organizativo.

La curva de experiencia permite conocer la dimensión mínima eficiente (economías de escala) en la función de producción que garantiza la sostenibilidad y el rendimiento financiero de la inversión productiva, ayudando a la toma de decisiones para la renovación y/o reposición de la cartera tecnológica en las instituciones y servicios sanitarios. **(Figura 4).**

Figura 4: Curva de experiencia o aprendizaje organizativo.



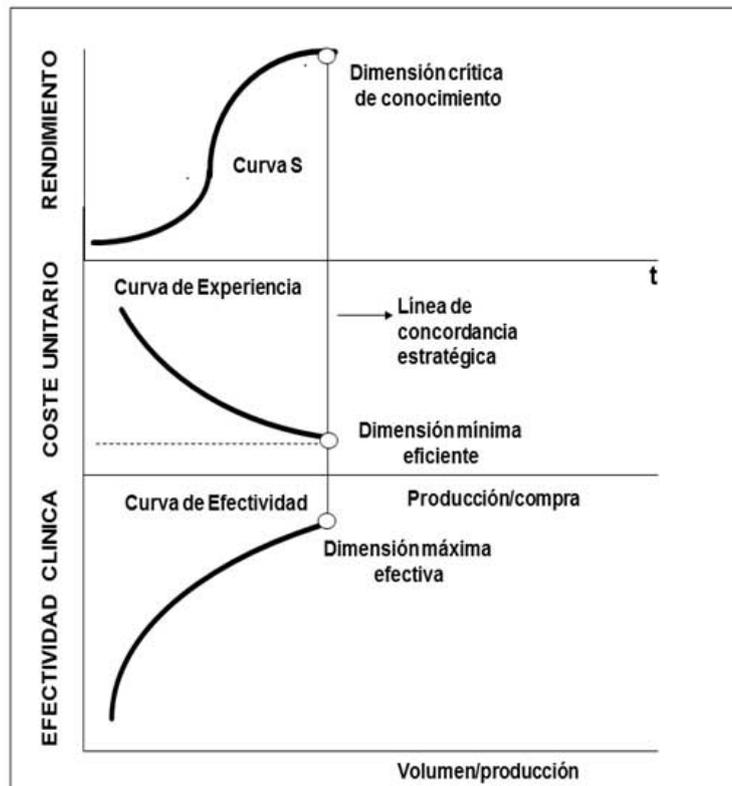
El nivel de eficiencia productiva estimada en costes unitarios, es uno de los factores clave en la calidad de la gestión de las instituciones sanitarias. En la situación actual de crisis económica y corte en el crecimiento del gasto, es vital para la sostenibilidad del sistema gestionar desde dimensiones de producción eficientes, lo que nos lleva a plantear modelos de colaboración y alianzas inter-centros para integrar (compartir) recursos tecnológicos e

El nivel de eficiencia productiva estimada en costes unitarios, es uno de los factores clave en la calidad de la gestión de las instituciones sanitarias.

infraestructuras y mejorar las curvas de experiencia organizativa y práctica.

La concordancia entre la dimensión mínima eficiente, (menor coste operativo por unidad de producción), el punto óptimo de rendimiento (máximo conocimiento conseguido en la explotación y uso apropiado de la tecnología) y la escala de efectividad clínica (mejores resultados en la calidad asistencial estandarizada y comparable-benchmarking operativo-), marcan críticamente el grado de excelencia de los procesos asistenciales y organizativos **(Figura 5)**.

Figura 5: Integración de factores estratégicos.



La ruptura de los procesos de continuidad tecnológica ha sido una constante en la política de inversión sanitaria en las últimas décadas (posiblemente se acentuará en el actual ciclo económico recesivo) y que junto a la insuficiente capacidad de gestión de los procesos de evaluación de las innovaciones emergentes, ha creado un desajuste estructural tecnológico en el conjunto del

SNS, parcialmente corregido en los últimos años en la mayoría de las CC.AA.; sin embargo, este cambio no ha sido suficiente para corregir los déficit del ciclo completo de innovación disruptiva (en productos y procesos) ni tampoco la incompleta arquitectura de competencias esenciales en la organización sanitaria.

A este respecto, los factores esenciales a tener presente en el proceso de evaluación del impacto tecnológico en las organizaciones y en los procesos críticos se señalan brevemente a continuación (**Cuadro 1**).

Cuadro 1: Determinantes para evaluar el impacto tecnológico.

- **Crecimiento de las competencias profesionales.**
- **Grado de integración y difusión tecnológica en la organización.**
- **Evaluación del ciclo de proceso tecnológico en los procesos de valor organizativo.**
- **Nivel de interdependencia entre tecnología y organización.**
- **Posición competitiva de base tecnológica.**

El efecto de la tecnología depende por tanto de su impacto organizativo y profesional (considerando tecnologías base, claves y emergentes), del grado de radicalidad de la innovación, del tipo de transformación que genera en los métodos, procedimientos, productos y servicios, así como de las propias capacidades y competencias internas para convertir el cambio tecnológico en una oportunidad estratégica de posicionamiento competitivo.

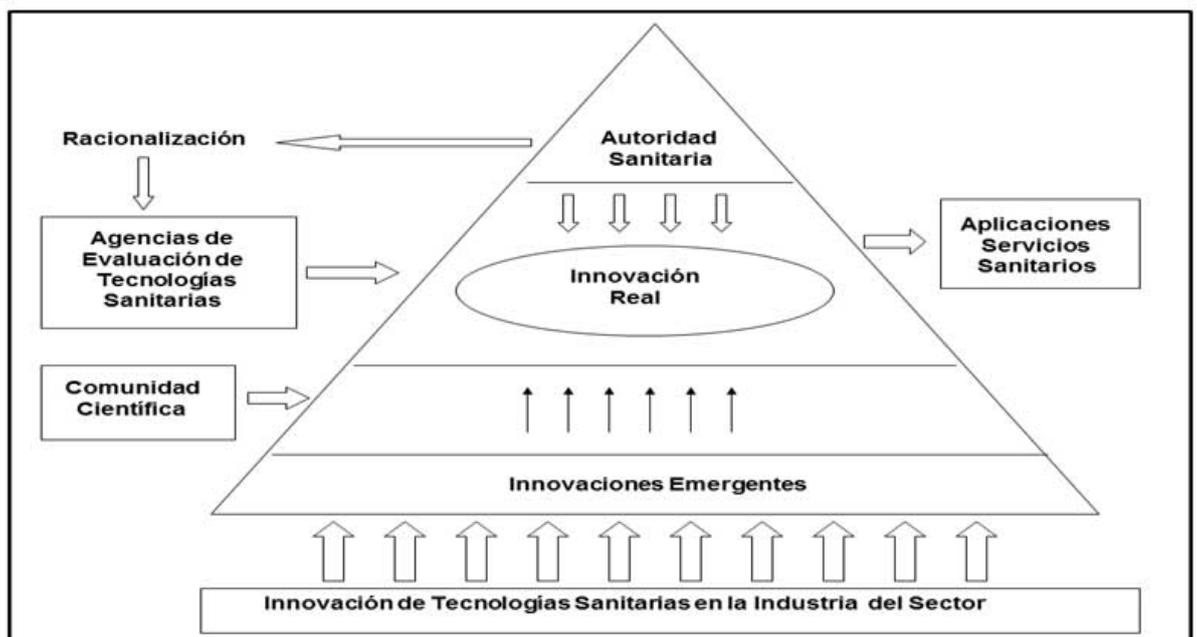
La innovación en el sector de la salud está estrechamente vinculada al progreso de la ciencia médica y de las tecnologías sanitarias. Este último concepto de "Tecnologías Sanitarias", incluye el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención o servicio sanitario, así como los sistemas organizativos y de soporte dentro de los cuales se proporciona dicha atención. Desde una visión global, incluiría cualquier tipo de intervención con impacto en la salud de las personas o poblaciones, y en un sentido amplio de la propia sociedad.

La innovación en el sector de la salud está estrechamente vinculada al progreso de la ciencia médica y de las tecnologías sanitarias

Desde esta perspectiva la misión de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (**ver minitema de Investigación y evaluación de servicios sanitarios 2.1**), es proporcionar información y conocimiento sobre resultados y conocimientos globales (outcomes), 1.- estableciendo la contribución relativa de diferentes intervenciones en salud a través de la evaluación comparada de alternativas (incluyendo la de no intervenir), 2.- determinando la utilidad de las pruebas diagnósticas (impacto real en el proceso asistencial a los pacientes), 3.- valorando la eficacia, el coste, el coste-efectividad y el coste-utilidad de las tecnologías emergentes sometidas a consideración y escrutinio para cobertura sanitaria, y 4.- difundiendo guías de práctica clínica fiables y disponibles para su uso apropiado individual y colectivo, todo ello desde una jerarquía de valores que integra la bioética (**Figura 6**).

Los agentes intervinientes en la cadena evaluativa: mercado, autoridad sanitaria, agencias de evaluación y expertos (comunidad profesional y científica), gestores y sociedad civil, tienen la responsabilidad de actuar con patrones de buen gobierno institucional y eficiencia social, en razón, al interés general.

Figura 6.- Complejidad en las interacciones entre agentes



Sería relevante para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios impulsar la innovación de naturaleza tecnológica y no tecnológica (profesional, social,...), como sucedió por ejemplo con la técnica de angioplastia para la revascularización coronaria frente a la cirugía del baypass. El outcome del proceso, la eficiencia en costes y el impacto social justificaron la necesidad de solvencia y racionalidad de este cambio tecnológico disruptivo en los servicios de salud.

La investigación biomédica deberá orientarse preferentemente hacia tecnologías disruptivas, en un ciclo de constante actualización de los conocimientos científicos, fijando desde la responsabilidad pública y la ética profesional las prioridades a integrar en el contrato social del sistema sanitario y sus instituciones con la sociedad.

No debe olvidarse por su relevancia e importancia que la sostenibilidad de los sistemas sanitarios viene determinada no sólo por el impacto económico de la innovación de naturaleza tecnológica, sino también por los factores no tecnológicos (profesionales, organizativos, culturales y sociales).

Señalar por último, que en la sociedad de la innovación las TICs y sus aplicaciones en las organizaciones sanitarias y en los procesos esenciales de la cadena de valor asistencial, están contribuyendo de forma progresiva a mejorar la calidad estandarizable de las actividades clínicas, evaluar los activos de capital intelectual y a "romper" las barreras temporales geográficas, integrando datos, intercambiando información y orientando la gestión del conocimiento operacional en la práctica asistencial.

2. Innovaciones en la cadena de valor asistencial

Las tendencias hacia sistemas asistenciales integrados son la respuesta consecuente a los cambios tecnológicos y no tecnológicos (que determinan nuevas competencias organizativas y profesionales), y a los nuevos patrones y segmentos de demanda en cuanto a su estructura, complejidad, cualificación y especificidad.

La investigación biomédica deberá orientarse preferentemente hacia tecnologías disruptivas

Desde el ámbito de responsabilidad de la planificación sanitaria, la estratificación de los niveles asistenciales desde la alta especialización y/o terciarización en hospitales y centros punteros monográficos, hasta la singular hospitalización en domicilio, precisa de un rediseño funcional de la cadena de valor asistencial.

Desde el ámbito de responsabilidad de la planificación sanitaria, la estratificación de los niveles asistenciales desde la alta especialización y/o terciarización en hospitales y centros punteros monográficos, hasta la singular hospitalización en domicilio, precisa de un rediseño funcional de la cadena de valor asistencial. En este marco general de reorganización de los niveles de servicio y de las prestaciones sanitarias, toman relevancia diferentes esquemas de ordenación e integración de recursos, así como otras formas de agrupamiento de factores de producción, tales como: 1.- modelos de colaboración entre instituciones y alianzas en red; 2.- sistemas o subsistemas de multiprevisión; 3.- holding multihospitales; 4.- conglomerados tecnológicos para gestionar la innovación; 5.- clusters verticales y horizontales entre centros para integrar la gestión de funciones y procesos de valor (logística; I+D+i;...) y todo ello, con una visión de racionalismo organizativo que ayude a concentrar la casuística compleja para conseguir escalas de eficiencia (costes unitarios, dimensiones óptimas, tiempo de respuesta...) y una gestión operativa basada en la experiencia y aprendizaje colaborativo.

Las instituciones terciarias hospitalarias de referencia por su alto nivel de especialización de cartera de servicios e infraestructuras tecnológicas, deberán rediseñarse (ya lo están desarrollando...) bajo formatos organizativos de naturaleza federalista (descentralización, horizontalización, integración en red....) para gestionar por procesos y competencias esenciales.

Los conglomerados organizativos dentro de la estructura federada estarán formados por sistemas, subsistemas o agregados de funciones homogéneas (áreas de especialización, institutos, polos, unidades funcionales de patología compleja,...) y concentrarán las grandes instalaciones y sofisticados equipos de soporte diagnóstico /terapéutico y la innovación biomédica (alta especialización; robotización quirúrgica, trasplantes, terapia génica, bioimplantes, radiología digital intervencionista,...).

Un segundo nivel de complejidad en infraestructuras y cartera prestacional, lo deberán constituir los centros hospitalarios generales de ámbito territorial o comarcar planificados y reordenados con criterios de accesibilidad y de alta resolución, soporte tecnológico avanzado (digitalización, telemedicina,...) e

integración en red con centros de referencia, unidades de alta resolución, centros de atención primaria y entes socio-sanitarios.

Un tercer nivel prestacional, lo vienen ya constituyendo los denominados centros socio-sanitarios, que sin dejar de cumplir su función socio-asistencial preferente, deberán evolucionar hacia una mayor especialización diagnóstica y terapéutica para centrarse también en demandas generales de patologías crónicas y reagudizaciones, lo cual va a precisar de nuevas competencias profesionales y tecnológicas de soporte asistencial.

Los dispositivos de hospitalización a domicilio con servicios programados de atención continuada -24 horas-, estarán conectados con otros niveles asistenciales por medio de las TICs (telemedicina, conexiones vía internet y soporte con otros componentes electrónicos) y con una organización propia constituida por equipos multiprofesionales (enfermería comunitaria, red coordinada de atención primaria y socio-sanitaria), proporcionando terapias específicas y cuidados especializados, así como tratamientos por medios telemáticos (cuidados postquirúrgicos, control y seguimiento de procesos clínicos complejos, revisión de casos a través de la historia clínica digital, protocolización y estandarización de procesos,...).

Señalar por último, el nivel de servicios de atención primaria y comunitaria en conexión funcional con todos los centros y redes asistenciales sanitarias y socio-sanitarias, que deberá articularse bajo una gobernanza nodal coordinada desde este ámbito de la asistencia sanitaria.

3. La nueva gobernanza y la sostenibilidad de las instituciones sanitarias

3.1.- El marco general del buen gobierno

La noción o concepto de gobernanza tal como lo vienen promoviendo instituciones multilaterales como el Banco Mundial, la OCDE, así como la propia Comisión de las Comunidades

Europeas o la Organización Mundial de la Salud, es equiparable semánticamente al de buen gobierno, y nos propone el logro de un desarrollo institucional, económico y social sostenido en base a un equilibrio armónico entre los estados, el mercado de la economía y la sociedad civil^{b, c, d}.

Para muchas instituciones gubernamentales, este pensamiento sociológico, epistemológico y ontológico renovado integra: 1.- las nuevas modalidades de regulación, supervisión y arbitraje que deben permitir reconocer la interdependencia entre los sectores público y privado; 2.- un conjunto de instrumentos para evaluar la performance y conformance en la interacción de los agentes económicos y sociales; 3.- los mecanismos competenciales en las estructuras multinivel que permitan alcanzar una mayor eficiencia social en la prestación de servicios a la sociedad; y 4.- los sistemas de control que faciliten la instauración de los principios de transparencia y rendición de cuentas.

Los principios generales que soportan este buen gobierno institucional se expresan en los siguientes términos. **(Cuadro 2)**.

Cuadro 2: Principios del buen gobierno institucional

- 1.- Cumplimiento de las normas legales**
- 2.- Integridad moral, equidad y transparencia en todas las actividades y transacciones**
- 3.- Escrutinio positivo en funciones de naturaleza pública y preferencia social.**
- 4.- Regulación y control de los conflictos de interés.**
- 5.- Marco de responsabilidad social.**

b World Health Organization. *Good governance for health*. WHO/CHS/HSS/98.2 Geneva: WHO; 1998.

c OECD. *Public sector modernisation: Open government*. OECD Observer. February; 2005.

d Comisión de las Comunidades Europeas. *La gobernanza europea*. Libro blanco. COM; 2001.

El análisis del buen gobierno debe integrar y reconocer determinados elementos y perspectivas para la adopción de decisiones en situaciones de complejidad e incertidumbre; así:

1. El buen gobierno como conjunto de instituciones y agentes que interactúan en entornos gubernamentales, de mercado y de la propia sociedad civil.
2. El buen gobierno con capacidad para reconocer las limitaciones e identificar las responsabilidades de las instituciones y agentes haciendo frente a los problemas económicos y sociales^{5,6,7}.
3. El buen gobierno para entender la complejidad de las relaciones institucionales entre los agentes que intervienen en acciones colectivas orientadas al bien común.
4. El buen gobierno que constata las imperfecciones de las burocracias públicas y del mercado, proponiendo la creación de redes sociales autónomas con capacidad de intermediar entre las instituciones y la sociedad⁸.
5. El buen gobierno que admite que el poder y la autoridad son competencias insuficientes para dirigir y guiar por sí mismas las grandes transformaciones sociales.

El buen gobierno como conjunto de instituciones y agentes que interactúan en entornos gubernamentales, de mercado y de la propia sociedad civil.

La teoría del buen gobierno se despliega y perfecciona gestionando las siguientes funciones:

1.- **La función política**, que hace referencia al ejercicio del poder de las organizaciones en el ámbito político y en la sociedad. Esta teoría integra el denominado constitucionalismo, que vincula el poder de las instituciones a la responsabilidad social y desarrolla el ideario del contrato social integrador inspirado en la filosofía de Locke, que implica una base de acuerdo tácito o explícito en la comunidad entre los agentes contrayentes del compromiso, que comprende entre otras acciones de valor, la inversión social para proteger los derechos sustantivos de ciudadanía.

2.- **La función integradora**, que basa su legitimidad y reputación en la capacidad de respuesta de las instituciones a las demandas sociales. En este desempeño se integran las

políticas sociales de las organizaciones, así como la gestión de los grupos implicados (stakeholders) en la sostenibilidad y crecimiento de las instituciones a partir de prácticas de servicio a la comunidad; todo ello bajo el principio de responsabilidad pública que representa un modelo general de dirección social con requisitos legales y aplicaciones para la sociedad.

3.- **La función ética**, que está fundamentada en la responsabilidad social emprendedora de las instituciones para con la propia sociedad. En ella se incluyen las referencias de moralidad colectiva kantiana y de justicia social para todos aquellos agentes implicados en la comunidad; los derechos humanos universales, laborales, sociales y medioambientales; el desarrollo sostenible global; y por último, el modelo de contribución de las instituciones al bien común mediante la creación de riqueza y su justa redistribución.

Todas estas dimensiones funcionales del buen gobierno participan en un nuevo eje transformador de las instituciones públicas y privadas: se trata en último término de asegurar que las organizaciones respondan con inteligencia, eficiencia y lealtad a los intereses de aquellos que ostentan los derechos de propiedad y le otorgan la verdadera legitimidad: en nuestro caso hablamos de ciudadanía sanitaria, que entronca en un debate más amplio de democracia, transparencia, derechos sustantivos y cohesión política, territorial y social.

En el sector sanitario, bajo el concepto de gobernanza debemos integrar además de la nueva gestión pública, los procesos de interacción entre el sector público y privado, los instrumentos de coordinación y regulación en los órganos corporativos y colegiados, los nuevos diseños funcionales organizativos, las formas de profesionalismo socialmente responsable, los mecanismos de cohesión y participación social, los derechos y garantías de la ciudadanía sanitaria, el ejercicio de la auctoritas formal e informal y las competencias para el desarrollo del principio de subsidiariedad.

La gobernabilidad sanitaria debe ejercerse en todos los niveles operacionales del sistema, bajo los principios de corresponsabilidad y participación institucional y social: a nivel macro, a través de las políticas de salud y rectoría política, económica y social; a nivel meso, ejerciendo los derechos de

La gobernabilidad sanitaria debe ejercerse en todos los niveles operacionales del sistema

propiedad en todas las funciones esenciales de la cadena de innovación y de valor de las instituciones sanitarias; y a nivel micro, gestionando eficientemente los subsistemas clínicos para garantizar la calidad asistencial y los resultados coste/efectividad.

Los principios que dan valor al gobierno de las instituciones sanitarias hacen referencia a la transparencia como factor generador de confianza, a la unidad que implica coherencia y visión compartida, a la eficiencia, como garantía para la consecución de los fines de la organización, a la división de responsabilidades para que las decisiones sean apropiadas a los objetivos establecidos y a la colaboración para asegurar el compromiso con las decisiones colegiadas y la misión institucional.

El ejercicio de la responsabilidad social sobre la base del buen gobierno debe ajustarse no sólo a un patrón legalista, sino a unos determinantes éticos compartidos que deben identificarse en la calidad de los procesos organizativos y de gestión, en la evaluación de resultados globales de las instituciones sanitarias, y en la cultura para involucrar a todos los agentes en un proyecto común y sensible a los intereses de la sociedad.

3.2.- Los órganos y funciones del SNS y sus instituciones

En el SNS es el Consejo Interterritorial (CI) el órgano colegiado para el buen gobierno sanitario; es por tanto el instrumento permanente de coordinación y cooperación de la Administración del Estado Central y los Servicios de Salud de las CC.AA. (Ley 16/2003)^e.

Para que este mandato institucional promueva el buen gobierno y la cohesión social, garantizando la equidad de los derechos a las prestaciones y servicios sanitarios a los ciudadanos en todo el territorio del Estado Español, es imprescindible articular la función de rectoría como guía directriz de la estrategia común del SNS.

Desde esta perspectiva y si bien la misión, estructura, régimen de funcionamiento, así como las instancias de apoyo al CI están

El ejercicio de la responsabilidad social sobre la base del buen gobierno debe ajustarse no sólo a un patrón legalista, sino a unos determinantes éticos compartidos que deben identificarse en la calidad de los procesos organizativos y de gestión

^e Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cap. X-Art 69. 2003.

Creemos necesario profundizar en la función de gobernabilidad institucional del SNS

bien contempladas en el desarrollo del articulado de la Ley 16/2003 (Cap. X, Arts. 69 a 75, respectivamente), el proceso de gobierno institucional del sistema sanitario carece hoy de los mecanismos, competencias e instrumentos efectivos para asentar su modelo operativo, que posibilite la gestión política de las interdependencias entre gobiernos, instituciones y agentes, así como los equilibrios internos que todo sistema social complejo multinivel precisa para su funcionamiento.

Creemos necesario profundizar en la función de gobernabilidad institucional del SNS, entendiendo que la misión esencial del CI es custodiar e impulsar los valores universales y sustantivos que fortalecen su legitimación social, garantizando desde una coordinación democrática y compartida la sostenibilidad interna y externa^f del propio sistema.

Por ello consideramos preferentes, entre otras, las siguientes actuaciones:

- 1.- Desarrollo desde una visión estratégica de los instrumentos horizontales efectivos para la coordinación de las políticas comunes en el conjunto del SNS.

Ello implica que el marco regulatorio del CI debe estar en consonancia con los valores fundacionales de este órgano de gobierno. Si la estrategia global del SNS no está alineada con un pensamiento político de unidad de principios e intereses compartidos, no será posible su funcionamiento adecuado.

- 2.- Establecimiento del marco general de la responsabilidad social del CI en el conjunto del SNS.

La responsabilidad social de este órgano de gobierno es consustancial para un adecuado desarrollo y liderazgo institucional de las políticas sanitarias.

Los principios de buena práctica de gobierno deben asentarse en la capacidad de autorregulación, transparencia, seguridad jurídica, diligencia política, lealtad institucional

^f Foro Sanitario. 2004. www.ccoo.es

y ética pública frente a los conflictos de interés. Junto a ello, la calidad del proceso de toma de decisiones de los miembros del órgano de gobierno es una precondition para la mejora de la reputación social y la democracia interna participativa.

3.- Definición de la entidad jurídica y de los elementos de la arquitectura de gobierno del CI.

Este desarrollo es fundamental para co-dirigir las actuaciones competenciales en el conjunto del SNS, poniendo en valor colegiado la orientación política y estrategia de los procesos de cambio en lo referido a: 1.- información sanitaria, 2.- reformas estructurales, 3.- objetivos comunes, 4.- cohesión social, 5.- participación democrática y 6.- modelo operacional coordinado para mejorar la calidad y eficiencia en los servicios sanitarios desde claves de sostenibilidad.

Para ejercer las funciones de rectoría, coordinación y buen gobierno, se viene proponiendo la creación de una Agencia o Comisionado del SNS, con personalidad jurídica y recursos propios, y con distribución de competencias, funciones y servicios distribuidos entre el Gobierno Central y las CCAA, desarrollando de forma unificada y coordinada las políticas sanitarias esenciales⁹.

Las competencias asentadas en la arquitectura estratégica para el gobierno institucional del SNS se expresan a continuación. **(Cuadro 3).**

Cuadro 3 : Competencias y elementos de la arquitectura estratégica del SNS

<p>1.- Prácticas de rectoría política para la gestión de las interdependencias entre ámbitos territoriales agentes y redes multinivel.</p> <p>2.- Políticas de cohesión territorial y social sustentadas en fondos estructurales específicos y vinculantes (corrección de desigualdades en salud; mejora del capital tecnológico y social...).</p> <p>3.- Actuaciones supra e inter sectoriales para incrementar el capital global del conjunto del SNS, protegiendo las competencias esenciales y activos estratégicos públicos (profesionales, tecnológicos, organizativos y sociales).</p> <p>4.- Integración y custodia de las funciones competentes de la cadena de valor y de innovación del SNS.</p> <p>5.- Gobernanza pública de la cuaterna del conocimiento estratégico, del capital social y del modelo formativo para el aprendizaje organizativo y profesional del SNS.</p> <p>6.- Ordenación de los criterios preferentes sanitarios y sociales para jerarquizar y ordenar la asignación de los recursos públicos.</p>
--

Para ejercer las funciones de rectoría, coordinación y buen gobierno, se viene proponiendo la creación de una Agencia o Comisionado del SNS

El buen gobierno institucional sanitario requiere dotarse para su ejercicio de nuevas competencias y capacidades para asegurar una rectoría y gestión eficiente y coherente con la misión del SNS

Es necesario progresar en reformas institucionales para rediseñar los órganos de gobierno y sus funciones, reimplantar las estructuras de participación profesional y social en el conjunto del sistema y establecer una arquitectura estratégica para la coordinación y establecimiento de políticas comunes; justamente todo ello para ejercer el buen gobierno multinivel, que lleve consigo la asunción de responsabilidades, buenas prácticas y rendición de cuentas. Porque sin rectoría política ni instrumentos de cohesión sanitaria no hay ningún sistema social que pueda ser sostenible ni consolidable, menos aún en situaciones de contracción económica y de ajuste en las finanzas públicas.

Por ello, el buen gobierno institucional sanitario requiere dotarse para su ejercicio de nuevas competencias y capacidades para asegurar una rectoría y gestión eficiente y coherente con la misión del SNS. El contenido de la misma deberá resolver los dilemas implícitos en la organización de los servicios sanitarios, facilitando una revisión permanente de la estrategia, analizando las necesidades sociales preferentes, protegiendo la reputación institucional, promoviendo la confianza entre los agentes, difundiendo información significativa y veraz, dotando a la organización de instrumentos de coordinación y participación social y garantizando el cumplimiento del "Contrato de Ciudadanía" ante la sociedad.

Una concepción renovada en el gobierno del SNS exige no solo ajustar las prácticas institucionales a los principios de legitimación social "conformance", sino también mejorar el proceso de lealtad y transparencia en la toma de decisiones de los agentes sanitarios "performance".

En síntesis, un buen patrón de gobernabilidad en el conjunto del SNS debemos identificarlo fundamentalmente en: 1.- las competencias y funciones ejecutivas definidas con garantías públicas en un marco de seguridad jurídica e institucional; 2.- la calidad del capital informativo para orientar las decisiones en el órgano de gobierno; 3.- la reputación y grado de legitimación política de la autoridad sanitaria en el ejercicio de la responsabilidad pública; 4.- los instrumentos efectivos de participación ciudadana y social; 5.- la fortaleza del proyecto sanitario para el conjunto del sistema (las tres c: consistencia,

coherencia y concordancia) y 6.- los valores que sustentan todas las actuaciones públicas (ejemplaridad, lealtad institucional, responsabilidad social, sabiduría práctica y ética pública).

3.3.- La ética pública y social en el gobierno de las instituciones sanitarias.

Para el conjunto de las instituciones y servicios de salud entendemos que son prácticas de buen gobierno las que se sustentan en el respeto, ejemplaridad, dedicación, integridad, veracidad, lealtad, prudencia y liberalidad en los comportamientos de todos los agentes con derechos de decisión. Es decir, la ética institucional debe formar parte de la estrategia de la organización por medio de un conjunto de valores internalizados por todos sus miembros.

Porque ética y organización sanitaria constituyen "entidades en íntima conexión"; la ética se constituye para orientar de forma apropiada las actividades humanas y la organización se crea y legitima a través de su misión para producir valor en las actividades y servicios de salud, de acuerdo con sus fines, normas y valores esenciales.

Las motivaciones para una actuación ética en las organizaciones sanitarias deben sustentarse en cinco pilares principales: 1.- en los valores intrínsecamente valiosos e intemporales que contribuyan al desarrollo en plenitud de las personas y promuevan una cultura moral en las decisiones de los agentes sanitarios; 2.- en la responsabilidad social, identificada en el desarrollo de los principios de subsidiaridad y sociabilidad, así como en las características y credenciales del modelo de sistema de salud; 3.- en la organización, para mejorar el funcionamiento y la eficiencia de los servicios sanitarios, creando un clima profesional y una cultura organizacional orientada a mejorar los resultados en salud; 4.- en la reputación institucional, ayudando a reforzar la visibilidad y el valor del servicio sanitario, garantizando las prestaciones en condiciones de igualdad y 5.- en la gestión pública, legitimando las políticas económicas y sociales, protegiendo los derechos de ciudadanía y de participación de la sociedad civil "empowerment ciudadano". El grado de compromiso con estas actuaciones y la integridad comportamental de los stakeholders sanitarios con estos valores que hemos aceptado en una sociedad

La ética institucional debe formar parte de la estrategia de la organización por medio de un conjunto de valores internalizados por todos sus miembros

plural y pluralista, forman parte de la cultura y de la visión de nuestra civilización occidental.

La concreción de los contenidos de la ética como ciencia normativa práctica no puede hacerse independiente de la función social de las instituciones, o de los contenidos técnicos de las acciones; todas las decisiones y acciones humanas tienen dimensiones éticas, porque la ética es una parte integrante del mismo proceso de actuación de los seres humanos y de sus organizaciones. Así mismo, la ética económica, integra el principio de eficiencia y el principio de equidad como una unidad de valor indisociable en todos los intercambios que practican y gestionan los agentes implicados.

Una institución es ética cuando los miembros que la integran se comportan -siempre y en toda ocasión- con valores objetivos que han sido internalizados y compartidos (veracidad, prudencia, respeto a la libertad de las personas, recto ejercicio profesional, liberalidad,...). En las organizaciones sanitarias la ética práctica está representada por los conocimientos, la experiencia, los modelos de práctica y aprendizaje, y preferentemente, por los valores y la cultura social.

Por consiguiente, ser ético en la práctica política, profesional y social, implica actuar con criterios y métodos de eficiencia social, comportarse de forma prudente y ecuánime para discernir entre realidades complejas e interdependientes, coherente en el compromiso de la tarea pública y hacedor del humanismo científico y social.

En los servicios sanitarios públicos, la piedra angular de su gestión debe orientarse bajo un liderazgo ético y un compromiso incondicional ante la sociedad. Sin estas premisas se vulnera la confianza social que es un prerrequisito para la solidaridad democrática y ciudadana. La integridad y la honestidad en el comportamiento y en las acciones de las personas que constituimos los organismos de salud son el fundamento que garantiza la fortaleza moral de la función pública para el cumplimiento de sus fines⁹.

⁹ Comisión Europea. Libro verde: Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas, nº 20;2001.

En las organizaciones sanitarias la ética práctica está representada por los conocimientos, la experiencia, los modelos de práctica y aprendizaje, y preferentemente, por los valores y la cultura social.

El mayor exponente de vulnerabilidad de una institución sanitaria se presenta cuando deja de ser confiable y respetada, es decir, cuando declina su reputación ante la sociedad y sus ciudadanos. Es entonces cuando cualquier contingencia o crisis puede poner en riesgo su sostenibilidad y exigir un nuevo liderazgo político, profesional y social para restituir sus credenciales ante sí misma y ante la sociedad.

3.4.- Visión de futuro para el buen gobierno sanitario

Las políticas de buen gobierno sanitario son hoy más que nunca necesarias porque la sostenibilidad, la equidad, la calidad y la eficiencia social no están garantizadas por las normas, los procedimientos o los credos ideológicos. Por ello hay que revitalizar las estructuras de participación profesional y social en el conjunto del sistema. Es también socialmente responsable buscar acuerdos o pactos estables sobre políticas básicas necesarias para el conjunto del SNS, incluso bajo condiciones adversas políticas y sociales, máxime en situaciones como la actual de crisis económica y de tensiones financieras en el presupuesto sanitario, que comprometen su sostenibilidad.

Este compromiso debe gestionarse, no sólo para garantizar las prestaciones y servicios sanitarios públicos a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad de acceso, de bienestar y de salud (maximizando la función de utilidad y de efectividad según necesidades de salud y mejorando la eficiencia social), sino además proyectando una cultura y unas normas éticas de referencia para la sociedad (iniciativas sociales emprendedoras, protección del entorno y medio ambiente, cohesión y redes de valor social, revitalización del contrato social con la comunidad, externalización del capital social, mejora de la transparencia de los procesos,...)¹⁰.

Por otra parte, existe una cultura humanista implícita en la misión del sistema sanitario que deberá orientar las conductas, los hábitos, las decisiones y la práctica asistencial en los centros y servicios de salud. Las características que identifican una cultura organizativa legitimada por sus valores son: **1.-** el reconocimiento de la persona basado en sus credenciales de ciudadanía, dignidad intrínseca, principio de igualdad y sociabilidad; **2.-** el respeto por los derechos humanos y por el

El mayor exponente de vulnerabilidad de una institución sanitaria se presenta cuando deja de ser confiable y respetada, es decir, cuando declina su reputación ante la sociedad y sus ciudadanos

La sostenibilidad interna y externa, los resultados de la gestión y el acervo cultural y social de la organización sanitaria se garantizan con el cumplimiento de la misión del sistema, la calidad prestacional y el escrutinio social

desarrollo integral de las personas; **3.-** el servicio incondicional, como garantía pública para satisfacer las necesidades humanas y la promoción del crecimiento personal; **4.-** la confianza, como atributo para impulsar acciones y comportamientos deliberados y libres conducentes a adquirir virtudes y hábitos morales; y **5.-** la primacía del bien común, es decir, la gestión centrada en el valor social y colectivo a la comunidad por encima de los legítimos intereses individuales¹¹.

La sostenibilidad interna y externa, los resultados de la gestión y el acervo cultural y social de la organización sanitaria se garantizan con el cumplimiento de la misión del sistema, la calidad prestacional y el escrutinio social; también con la buena gestión de los conflictos de interés, la transparencia en las actividades y transacciones y la integridad moral de los agentes decisores; y en suma, con el ejercicio práctico de la responsabilidad social de las instituciones. Todo ello debe conducir a mejorar la eficiencia en los servicios sanitarios, maximizando el valor para la sociedad, autorregulando el comportamiento humano y progresando en la calidad de los procesos organizativos y de gestión.

Los nuevos criterios de gobernanza sanitaria pública deben incorporar parámetros y dimensiones coherentes con la naturaleza del bien a proteger; tales como: **1.-** la sostenibilidad (productividad, crecimiento y eficiencia social); **2.-** la ética (ejemplaridad y responsabilidad profesional y social); **3.-** la confiabilidad (relaciones internas y externas...); **4.-** la conformance (cumplimiento de las normas y prácticas de buen gobierno); **5.-** la performance (transparencia y rendición de cuentas,...) y **6.-** la sociabilidad (redes convergentes de capital social, humanista, dialógico y cívico).

También necesitamos avanzar desde el buen gobierno de las instituciones hacia una concepción renovada del federalismo funcional sanitario que implica –revisar críticamente jerarquías y mercados- gestionar políticamente redes sociales complejas multinivel. Este sistema organizativo socialmente cohesionado se sustenta en los siguientes elementos: Norma común; lealtad institucional; equilibrio de roles; participación social democrática; autonomía responsable; rendición de cuentas; subsidiariedad y cohesión territorial y social.

En síntesis, se considera necesario instrumentar el buen gobierno en el sector sanitario para lograr una toma de decisiones más consistente y socialmente responsable, contribuyendo a perfeccionar los procesos democráticos y la participación social, cívica y política. Ello significa:

- Promover la transparencia, rendición de cuentas y la cooperación social.
- Implantar estructuras colegiadas de gobierno (Consejos de Gobierno /Administración o Patronatos) a todos los niveles del sistema sanitario; estos órganos deben representar la máxima autoridad de los centros e instituciones y ante ellos responderán los gestores ejecutivos.
- Dotar de profesionalidad y estabilidad la función directiva. Todos los cargos ejecutivos y de alta dirección deberán ser realizados por un procedimiento reglado de selección en el que exista concurrencia pública e intervención de los órganos colegiados de gobierno correspondientes.
- Potenciar las buenas prácticas y los códigos de conducta específicos para todos los miembros de los órganos colegiados de gobierno y gestores ejecutivos del sistema sanitario.
- Avanzar hacia un nuevo paradigma de gestión pública – nueva gestión pública basada en la evidencia-, que ha demostrado garantizar los derechos laborales y sociales, otorgando además carta de naturaleza a los principios de ciudadanía sanitaria.
- Rediseñar la organización de los Servicios de Salud Autonómicos con esquemas de buen gobierno y eficiencia social.
- Impulsar desde la Administración Sanitaria –como garantía pública- un sistema de regulación y acreditación de competencias independiente para todas las instituciones y agentes que operan en el sector (sociedades científicas, asociaciones profesionales y sociales, entidades económicas, grupos gremiales o corporativos...) ¹².

4. Transformaciones organizativas en el sector sanitario

Plantear preguntas con respecto a las creencias más fundamentales de las organizaciones, requiere un pensamiento abierto y reflexivo sobre las funciones y actividades que constituyen el propio sistema de producción creado para cumplir con los objetivos y fines establecidos.

Sabemos que desde la revolución Industrial la gran mayoría de las organizaciones se han gobernado a través de jerarquías. Los derechos de decisión transferidos o delegados hacia la base desde el vértice de la pirámide de gobierno, lo que tradicionalmente se ha venido denominando descentralización funcional, ha venido siendo una constante en las últimas décadas en los rediseños organizativos para conseguir una mayor autonomía de gestión y resultados más productivos; sin embargo, los trabajadores del conocimiento del siglo XXI custodian y gestionan los activos principales de las instituciones, y este hecho inequívoco predetermina un nuevo diseño organizativo y funcional basada en la autonomía de gestión y el trabajo en equipos cooperativos.

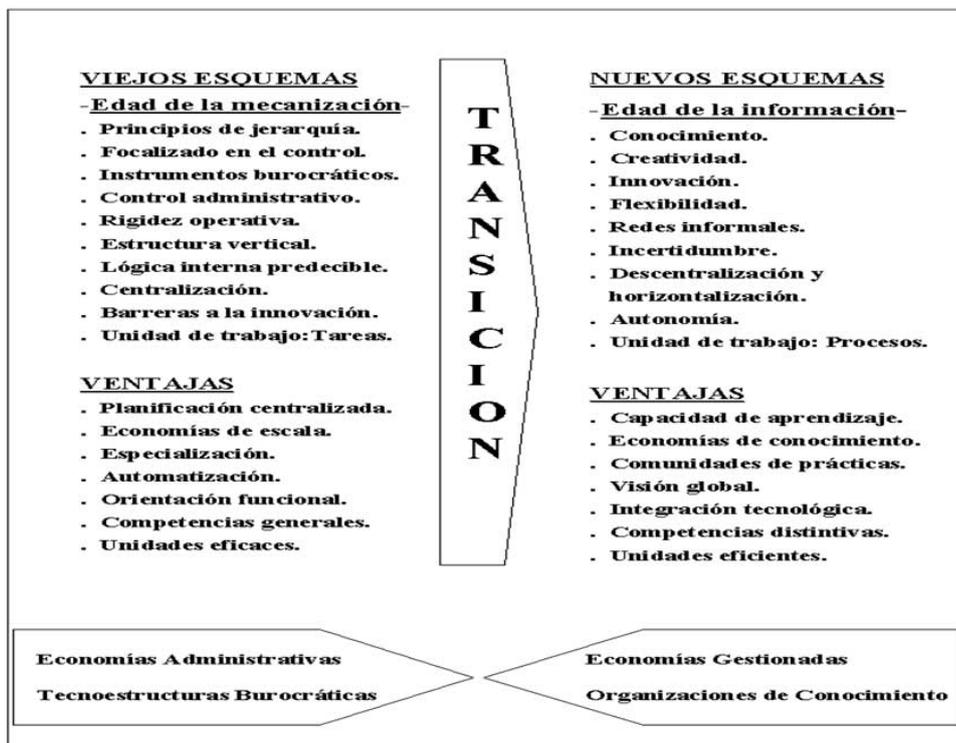
El cambio organizativo viene inducido por fuerzas propulsoras económicas, tecnológicas y sociales, que obligan inexorablemente a las empresas a rediseñar sus procesos esenciales y a posicionarse estratégicamente en los nuevos escenarios generalmente de mayor complejidad.

Si bien las organizaciones modernas tradicionalmente centradas en la producción, se han ido reorientando hacia organizaciones basadas en los servicios, la información y el conocimiento, en el sistema sanitario español, este cambio está teniendo un lento proceso de crecimiento. De hecho, los viejos modos de las tecnoestructuras funcionales burocráticas, que se rigen por principios de jerarquía, controles administrativos, especialización funcional, rigidez operativa, centralización de decisiones y tareas predecibles en la estructura, permanecen sin modificaciones sustantivas en las organizaciones sanitarias públicas. Sin duda, este modelo verticalmente integrado, tiene por contra algunas ventajas en cuanto a la planificación centralizada, orientación funcional, economías de escala y especialización idiosincrásica, en el balance general las formas administrativas tradicionales son

El cambio organizativo viene inducido por fuerzas propulsoras económicas, tecnológicas y sociales

limitativas en un contexto de globalización e interdependencias creciente. **(Cuadro 4).**

Cuadro 4: La transformación organizativa sanitaria.



Los sistemas y servicios sanitarios, como organizaciones basadas en el conocimiento, precisan gestionar eficientemente la cadena de valor asistencial con una visión global, para así mejorar la integración de los ciclos de innovación tecnológica, la capacidad de aprendizaje organizativo y la creación de comunidades de prácticas profesionales.

Conceptualmente la economía organizacional define un sistema productivo como el conjunto de actividades y tareas secuencialmente integradas –procesos- que integra recursos, capacidades y conocimientos en las unidades asociadas y en el trabajo colectivo; allí donde las personas pueden aprender, promocionarse, compartir experiencias e iniciativas emprendedoras y “humanizar” las transacciones, servicios y desarrollos fundamentales. Por consiguiente, debemos preguntarnos: ¿cómo agrupamos personas, procesos, tecnologías en unidades operativas descentralizadas, al tiempo que se mantiene la cohesión y coherencia interna en el conjunto de la

Es generalmente aceptado que el desarrollo de la especialización funcional en las unidades y servicios verticalmente integrados, que caracteriza a las tecnoestructuras burocráticas, autolimita el trabajo multidisciplinario, transversal e interdependiente que es la cuna de la innovación.

organización o sistema? Esta formulación representa uno de los dilemas a gestionar en las organizaciones sanitarias modernas. La gestión de esta paradoja en el diseño organizativo debe ser abordada gestionando la integración simultánea de todos los elementos de la función de producción –el denominado sistema de operaciones–, es decir: los flujos, los procesos, las capacidades, las personas, las tecnologías de información y comunicación (TICs) y las políticas activas.

Es generalmente aceptado que el desarrollo de la especialización funcional en las unidades y servicios verticalmente integrados, que caracteriza a las tecnoestructuras burocráticas, autolimita el trabajo multidisciplinario, transversal e interdependiente que es la cuna de la innovación.

Este sistema organizativo tradicional del sector sanitario público viene dificultando las iniciativas emprendedoras basadas en el principio de responsabilidad y autonomía profesional; tampoco ha facilitado el alineamiento de los incentivos vinculados a dimensiones de calidad, coste y capacidad de respuesta.

Las tecnoestructuras clásicas se perpetúan en su propia lógica de uniformidad y de normas administrativas estancas, imposibilitando la integración de procesos, la incorporación de nuevas corrientes culturales y tecnológicas, así como toda forma de organización creativa orientada a la diferenciación y competencia; como resultante, se generan desequilibrios poco virtuosos para el funcionamiento del conjunto del sistema.

La arquitectura organizativa burocrática del sector sanitario público no concilia con “el modelo de contingencia”, es decir, con el ajuste de las funciones y procesos estratégicos a los cambios de un entorno dinámico, disruptivo y global, que ha mostrado su validez para gestionar el desarrollo de nuevos patrones de cooperación, alianzas estratégicas y redes de valor compartidas¹³. Como señaló atinadamente Mintzberg, las estructuras burocráticas no garantizan una gestión socialmente eficiente y de calidad, miran más hacia dentro que hacia fuera y sólo buscan perpetuarse¹⁴.

El pensamiento moderno de la empresa considera como desarrollo de la teoría de la contingencia que las organizaciones son más

eficaces cuando sus características de diseño se ajustan mejor al entorno¹⁵, confirmando que la relación entre estrategia y diseño organizativo es recíproca.

Las instituciones sanitarias, bajo estrategias institucionales de buen gobierno, deben evolucionar necesariamente por razones de eficiencia económica y social desde los esquemas tecnocráticos funcionales hacia modelos organizativos más autónomos, cohesionados, interactivos y comprometidos con la mejora continua de la cadena asistencial, acomodándose a las nuevas realidades sociales, expectativas y necesidades de los usuarios. Es preciso considerar que la implantación de estrategias que mejoren la eficiencia y efectividad en los servicios sanitarios públicos requiere establecer claramente una estrategia de diferenciación competente en el desarrollo del conocimiento y en el gobierno de las personas. Estos son los potenciales generadores de renovación y creación de nuevas capacidades¹⁶.

Los principios y los dilemas básicos de la ciencia organizativa permanecen hoy vigentes y su eficacia gestora radica en la apreciación de esta realidad subyacente. Sin duda son difíciles de gestionar de forma simultánea: Centralización (descentralización); desintegración funcional (cohesión); jerarquía (autogestión), diversificación (concentración); control (empowerment), estandarización (personalización); estrategia macro (micro); dependencia (emancipación) e incentivación individual (equipo). La competencia básica en una organización avanzada representa los valores y excelencias que surgen del aprendizaje cooperativo, integrando conocimiento individual y colectivo, coordinando procesos y técnicas de producción y transfiriendo múltiples corrientes tecnológicas. (Anexo 2).

Este tipo de competencia –denominada esencial– forma parte de un sistema a través de un proceso agregado de experiencias relevantes, y cuya inserción profunda, tácita e idiosincrásica, hace muy difícil su desintegración o fragmentación en las organizaciones basadas en el conocimiento. Los elementos principales que componen esta competencia esencial son la tecnología, el modelo de aprendizaje colectivo y la organización social de soporte (**Cuadro 5**).

El pensamiento moderno de la empresa considera como desarrollo de la teoría de la contingencia que las organizaciones son más eficaces cuando sus características de diseño se ajustan mejor al entorno, confirmando que la relación entre estrategia y diseño organizativo es recíproca.

Cuadro 5: Diferencia entre competencia y tecnología

TECNOLOGIA	COMPETENCIA ESENCIAL
<ul style="list-style-type: none"> - Elemento aislado - Conocimiento explícito - Posesión limitada - Copiable/adquirible con facilidad - Proceso discontinuo - Capacidad de invención - Personas 	<ul style="list-style-type: none"> - Parte de un sistema - Conocimiento tácito - Inserción profunda - Difícil de descomponer y transferir - Proceso continuo - Capacidad de innovación - Comunidades
Competencia esencial = Tecnología x Organización Social x Aprendizaje Colectivo	

Este concepto representa la base de una evolución fundamental en la concepción de la empresa moderna, al entender que la mejora de los procesos organizativos y de gestión precisa de un desarrollo continuo de competencias profesionales y tecnológicas (que constituyen la base de las competencias esenciales), siendo éstas el activo o recurso estratégico primordial para lograr la excelencia operativa y la posición sostenible de liderazgo transformador. La distinción competente y la calidad de nuestro SNS se han basado fundamentalmente en el desarrollo de este principio organizativo avanzado.

Cuando los equipos profesionales sanitarios con un modelo de trabajo cooperativo pueden reconciliar la capacidad de respuesta ajustando el ciclo de demanda, contener los costes operativos y optimizar los estándares de calidad asistencial, estas comunidades de prácticas han adquirido competencias esenciales (tecnológicas, profesionales y organizativas), y que hoy representan el valor distintivo más importante de las organizaciones modernas.

Como refieren Cooper y Markus (1995)¹⁷, acuñando el término de "reingeniería humana", para la revitalización organizativa es una precondition que el cambio impulse el desarrollo y promoción de las personas y refuerce sus actitudes y compromisos.

En los servicios de salud, por su naturaleza económica y social,

Para la revitalización organizativa es una precondition que el cambio impulse el desarrollo y promoción de las personas y refuerce sus actitudes y compromisos

sabemos que el capital humano, tecnológico y social ha contribuido a desarrollar las competencias básicas del actual sistema burocrático y administrativo

En todo caso, sabemos que el capital humano, tecnológico y social ha contribuido a desarrollar las competencias básicas del actual sistema burocrático y administrativo. En este modelo verticalmente integrado, lúbil a su vez en los mecanismos de cohesión interna, avanzar en las políticas profesionales para dar respuesta a las nuevas exigencias de la organización viene siendo una tarea compleja dentro de la gestión sanitaria pública, en concordancia con la teoría de la contingencia y del ajuste para el gobierno de las personas¹⁸. Sin embargo, y a pesar de las barreras tecnoestructurales, los centros asistenciales han promovido nuevos diseños organizativos en las unidades funcionales, involucrando a los profesionales en los procesos de mejora, evaluación del desempeño y programas pro-eficiencia. Este capital intelectual creado en el ciclo de aprendizaje de los servicios sanitarios públicos, sigue siendo hoy una garantía para sostener prácticas de excelencia y gestionar los procesos de valor.

Junto con el modelo de diversificación de competencias profesionales y tecnológicas que promueve crecimientos estratégicos, la integración horizontal permite expansiones organizativas internas, dentro de la propia empresa sanitaria

Junto con el modelo de diversificación de competencias profesionales y tecnológicas que promueve crecimientos estratégicos, la integración horizontal permite expansiones organizativas internas, dentro de la propia empresa sanitaria; explotando economías y factores de producción, alineando recursos, gestionando cooperativamente entre niveles asistenciales y proporcionando el continuo de la asistencia a través de redes de valor organizativas y equipos de excelencia profesional integradas en los microsistemas clínicos. Así han podido ser revitalizadas nuevas competencias organizativas creando modalidades asistenciales con un alto valor añadido en la cadena de prestación del servicio: consultas de alta resolución, hospital de día, unidades de cuidados paliativos, equipos de atención domiciliaria y otros dispositivos que cohesionan el proceso longitudinal de la asistencia sanitaria.

Es también conocido que el sistema sanitario público sólo puede proteger el conocimiento tácito socializado resultante de la interacción de personas y equipos funcionales, cuando es internalizado y materializado en los procesos clave de la cadena asistencial, constituyendo los activos estratégicos que son la base de las competencias esenciales de la organización.

Consideramos que la conjunción de la organización horizontal

y en red constituye el diseño funcional más apropiado para las organizaciones sanitarias. La cohesión horizontal de las unidades funcionales mediante la gestión por procesos, la dilución de las demarcaciones internas, la disminución de los niveles de jerarquía y la coordinación colaborativa entre agentes profesionales y sociales son algunos de los elementos que configuran este diseño organizativo. Además, la red de relaciones (networking) informales que se han ido tejiendo e hilvanando en la historia de los centros sanitarios del SNS en las últimas décadas, ha promovido, no sólo la transferencia de conocimiento operacional y la colaboración entre profesionales y unidades funcionales, sino también el propio modelo de aprendizaje del sector público cuya reputación es innegable y constituye un valor institucional identitario^{19,20,21}.

La elección de este modelo organizativo viene determinada por la necesidad de integrar la cultura, los valores, la información y el conocimiento en comunidades de prácticas profesionales con derechos de decisión y visión emprendedora.

Desde este soporte conceptual, el desarrollo de un forma de estructura federativa requiere de un marco institucional regulado específicamente para todas las fórmulas jurídico-organizativas de naturaleza pública " la denominada nueva gestión", presentes hoy en el SNS, que no solo dotaría de garantías, instrumentos y coherencia interna a los procesos de cambio, sino que además facilitaría la profundización en las estrategias de descentralización operativa en los microsistemas de la empresa sanitaria y un renovado dinamismo contractual para liderar las políticas de desarrollo profesional y de innovación.

el desarrollo de un forma de estructura federativa requiere de un marco institucional regulado específicamente para todas las fórmulas jurídico-organizativas de naturaleza pública

Anexo 1:

Desarrollo de la innovación en España

En el proceso histórico de desarrollo económico moderno podemos definir varias transiciones. En una primera etapa, la economía fue estimulada por factores, siendo sus características esenciales, una mano de obra no cualificada, recursos naturales en el proceso productivo, creación de productos básicos y una productividad en el conjunto de los factores baja. En una segunda etapa, que podemos denominar economía promovida por la eficiencia, los elementos diferenciales con respecto a la anteriormente descrita fueron los salarios incrementales, mayor competencia, calidad/precio, producción con mayor valor añadido y eficiencia. Hoy nos encontramos en una tercera etapa, definida como economía impulsada por la innovación, en donde priman los procesos disruptivos en bienes y servicios, nuevos negocios basados en las TICs y mayor productividad y competencia global.

Cuando analizamos los pilares de la economía del conocimiento (educación tecnológica; sistema de innovación; TICs y modelo económico y productivo) sobre la base de la competitividad, la situación de nuestro país en los índices de conocimiento y de economía del conocimiento ponderado por la población, no es relevante. Así, en comparación con las economías más avanzadas, el índice de conocimiento (KI) ponderado por la población de España se sitúa en 2008 en el puesto (26) y el índice de la economía de conocimiento (KEI) en este mismo año, también ponderado por la población, ocupa en el ranking la posición (23)^h.

Por otra parte, cuando se comparan los índices de innovación y competitividad de España con los países más desarrollados del mundo, así como con el grupo de países miembros de la UE-27 y asociados, nuestra posición en el ranking global es también claramente baja.

El retraso histórico de España en competitividad, innovación

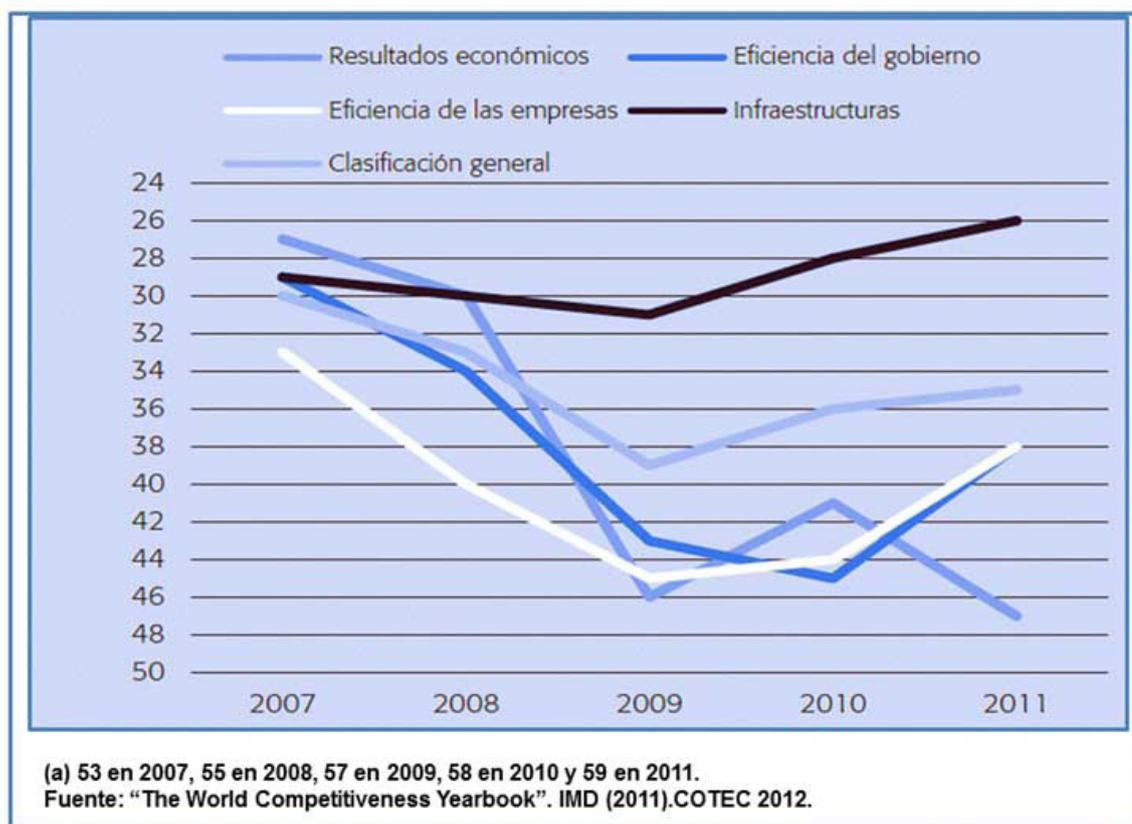
^h Fuente: *Knowledge Assessment Methodology (KAM) Instituto del Banco Mundial (2008)*.

y productividad se ha ido ampliando en los últimos seis años (2005-2011), perdiendo posiciones relativas en todos los índices y métricas que evalúan y comparan internacionalmente estas dimensiones de modernización de nuestra economía:

1.- Índice de Competitividad elaborado por el IMD (International Management Development, 2011). Posición 35 en el ranking de las 59 economías seleccionadasⁱ (**Gráfico 1**).

Gráfico 1: Indicadores sintéticos de competitividad según IMD en

2.- Índice de Competitividad Global (ICG) del Foro Económico



Mundial (Foro de Davos-2011). Posición 36 en el ranking entre las principales economías del mundo^j. (**Tabla 1**).

ⁱ Fuente: The World Competitiveness Yearbook IMD (2009-2011). COTEC 2012. <http://www.worldcompetitiveness.com/online/login.aspx>.

^j Fuente: The Global Competitiveness Report -2011-2012- Foro Económico Mundial. Ginebra 2011. <http://www.weforum.org/en/initiatives/gcp/index.htm>

Tabla 1: Índice de competitividad global del Foro Económico Mundial, 2006-2011 y subíndice de factores de innovación 2011.



Fuente: "Innovation Union Scoreboard 2011". Comisión Europea (2012). COTEC 2012

3.- El Índice Sintético de Innovación (ISI) a partir de 24 indicadores (0,406) nos sitúa en 2011 en la posición 22 en el ranking entre los Países Europeos UE-27 y asociados (valor medio, 0,539) **(Gráfico 2)**.

Gráfico 2: Índice sintético de innovación (ISI) 2011 en la UE-27 y estados asociados, entre paréntesis diferencia de posición respecto a 2011.



Fuente: "Innovation Union Scoreboard 2011". Comisión Europea (2012). COTEC 2012

4.- El Nuevo Índice Global Innovation Scoreboard 2011 (GIS-2011) nos sitúa en el ranking de las economías avanzadas en la posición 21^k.

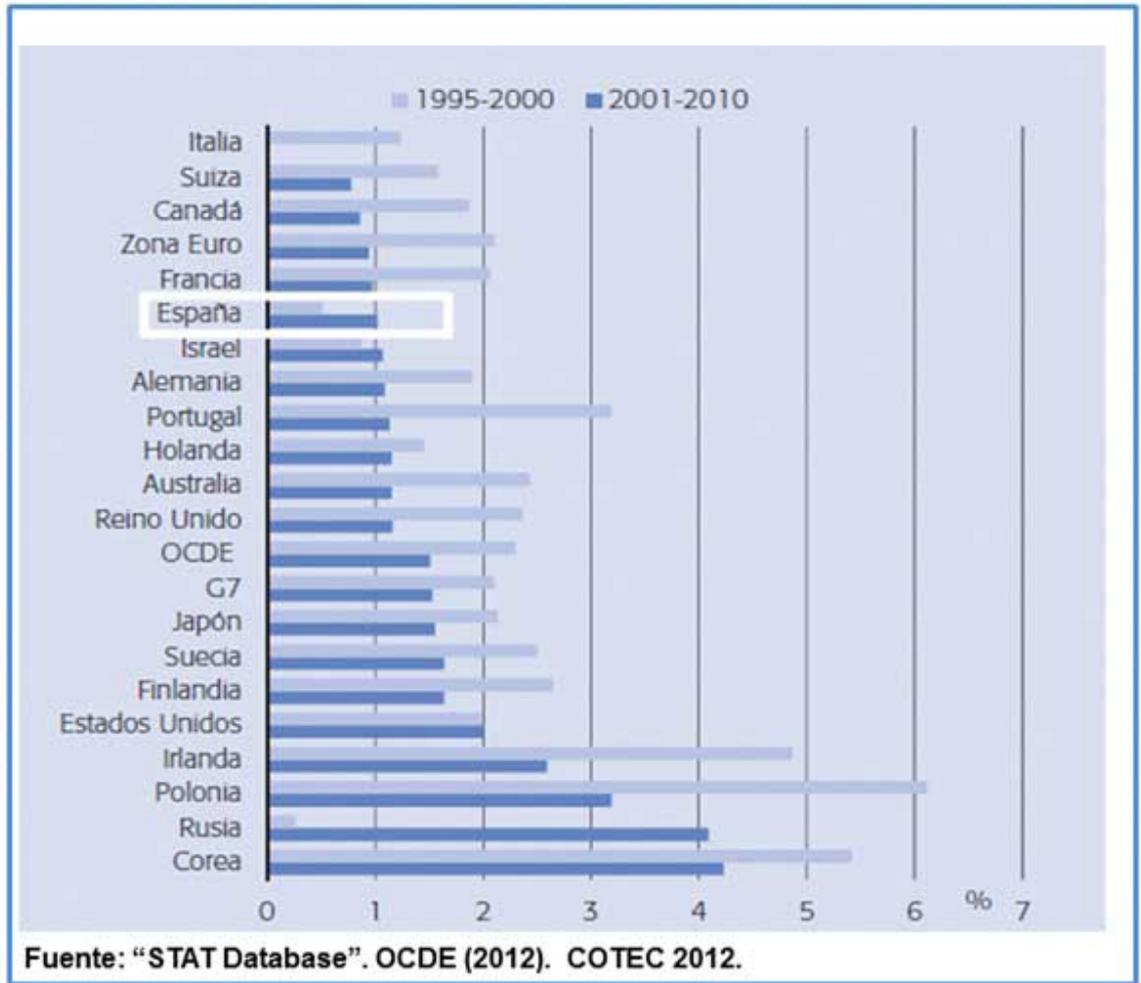
5.- En relación a los indicadores sobre la evaluación de las tasas interanuales de productividad del trabajo (expresada en PIB por hora trabajada), España ha duplicado su ritmo (del 0,5% entre 1995-2000 al 1% en el periodo 2001-2010), por encima de la zona euro (0,9%) y por debajo del promedio de la OCDE (1,5%). Sin embargo, todavía ocupa en el ranking de países OCDE la posición 17 (2001-2010). La productividad del capital ha sido la más baja de la OCDE en este último quinquenio^l (**Gráfico 3**).

^k Fuente: E Innovation Union Scoreboard 2011. European Commission. 2012.

<http://www.proinno-europe.eu/> Portal EUROSTAT: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

^l Fuente: Compendium of Productivity Indicators 2008 y Productivity Database 2009. OCDE 2009.

Gráfico 3: Evolución de las tasas interanuales de productividad del trabajo en los períodos 1995-2000 y 2001-2010.



La evolución del gasto en políticas de I+D en nuestro País, si bien ha experimentado crecimientos muy notables, está todavía muy por debajo de otros países con economías avanzadas, lo que justifica nuestra posición en la economía del conocimiento. Algunos indicadores ilustran el proceso evolutivo del Sistema Español de Innovación (INE-2012 y COTEC 2012). **(Tabla 2).**

Tabla 2: Principales indicadores del sistema español de innovación

RECURSOS GENERALES					Tasa acumulativa anual		Variación anual
	2000	2005	2009	2010	2000-2005	2005-2010	2009-2010
Gastos en I+D							
- Millones de euros corrientes	5 719	10 197	14 582	14 588	12,26	7,43	0,05
- Millones de euros constantes 2010	7 860	11 413	14 723	14 588	7,74	5,03	-0,91
Esfuerzo en I+D							
- Gasto interno total ejecutado en I+D/PIBpm (%)	0,91	1,12	1,39	1,39	4,34	4,38	0,00
- Gasto interno ejecutado en I+D por el sector empresarial/PIBpm (%)	0,50	0,61	0,72	0,72	4,09	3,54	0,00
- Gasto interno ejecutado en I+D por el sector público/PIBpm (%)	0,41	0,52	0,67	0,67	4,63	5,32	0,00
Personal en I+D (en EJC)							
- Sobre la población ocupada (‰)	6,8	9,2	11,7	11,8			
Investigadores (en EJC)							
- Sobre la población ocupada (‰)	4,3	5,8	7,1	7,1			
- Sobre el personal en I+D (en EJC)	63,6	62,8	60,6	60,6			

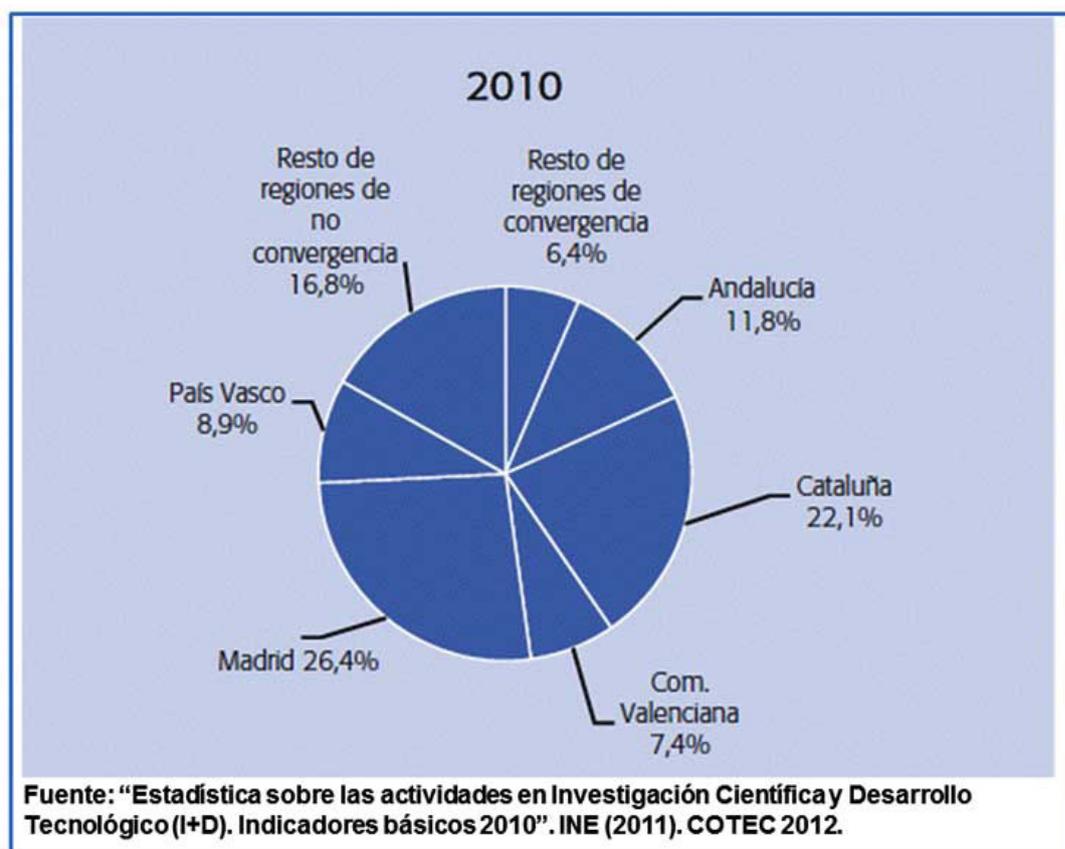
Fuente: INE (2012), COTEC 2012.

Sabemos que tanto en períodos de ciclo expansivo o de bonanza como en etapas como la actual de crisis económica, la capacidad de innovación tecnológica de un país se asienta en su esfuerzo de inversión en I+D, en su capacidad de adquisición de tecnologías, conocimientos y equipos, así como en la calidad de su capital humano dedicado a I+D. El gasto de España en I+D fue de 14.588 millones de euros en 2010. Este gasto total español en I+D ha pasado de representar el 0,91% del PIB en 2000 al 1,38% en 2010 (el esfuerzo del sector público del 0,67% PIB y del 0,72% PIB del sector privado, respectivamente), siendo en todo caso notablemente inferior a la UE-27(1,92%) y OCDE (2,40%), lo que representa en gasto/percápita, un valor de 447 millones de US\$ppc, en comparación con los 598 millones de US\$ppc (UE-27) y 790 millones de US\$ppc (OCDE)^m.

La contribución de las CC.AA. al gasto total en I+D se expresa en el siguiente gráfico. **(Gráfico 4)**.

^m Main Science and Technology Indicators. Volume 2011/2.OCDE (2012)

Gráfico 4: Gasto en I+D de las comunidades autónomas en porcentaje del total nacional en 2010



Las diferencias de gasto interno en I+D (euros por habitante) por CC.AA. es muy notable, superando los 550 euros per cápita las CC.AA. de País Vasco, Navarra y Madrid y estando por debajo de los 150 euros per cápita las Comunidades de Extremadura, Castilla la Mancha, Canarias, Baleares y Ceuta Melillaⁿ. **(Gráfico 5).**

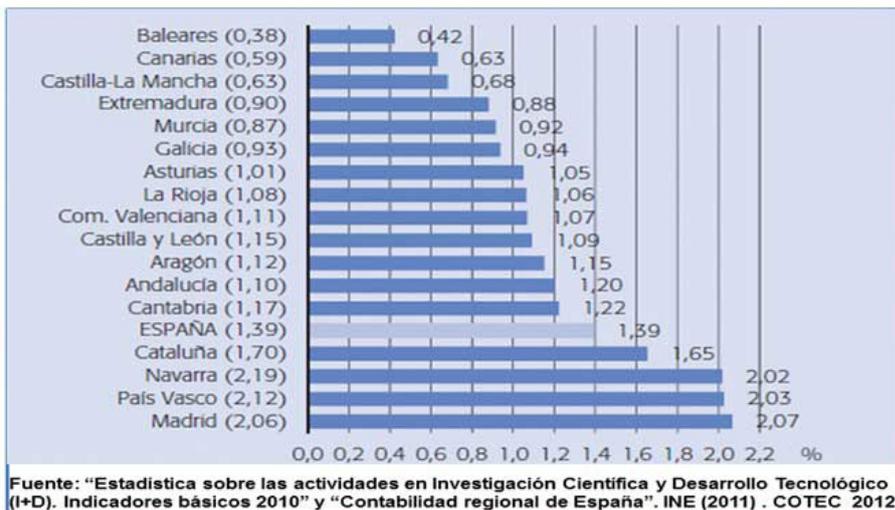
Gráfico 5: Gasto interno en I+D por habitante por Comunidades Autónomas en 2010 (euros por habitante)

ⁿ Fuente: "Estadística sobre las actividades en Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico (I+D). Indicadores básicos 2010" y "Padrón municipal". INE (2011). COTEC (2012).



Además, la desigual distribución del gasto en I+D por Comunidades Autónomas, pone también de relieve el que nuestro modelo productivo siga contribuyendo de una forma limitada a la distribución del valor añadido y a la integración de políticas de desarrollo, unidad de mercado y cohesión social. En % del PIB regional el gasto total en I+D ejecutado en 2009 en las CC.AA. fue: Madrid (2,07%); Navarra y País Vasco (2,03%); y Cataluña (1,65%), frente a Baleares (0,42%); Castilla-La Mancha (0,68%); Canarias (0,63%) y Extremadura (0,88%)^o. **(Gráfico 6).**

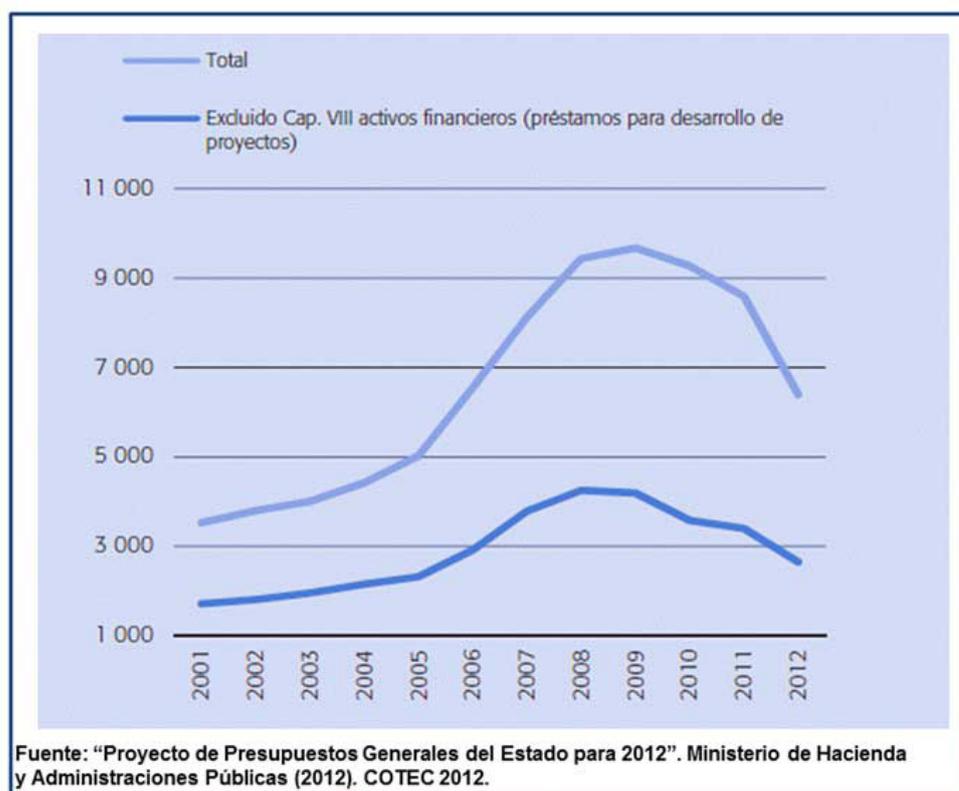
Gráfico 6: Gasto en I+D por comunidades autónomas en porcentaje del PIB regional en 2010. (Entre paréntesis datos de 2009). PIB base 2008



^o Fuente: Estadística I+D. Indicadores Básicos 2007 (INE-2009); Indicadores de Alta Tecnología 2007 (INE -2009). COTEC-2009.

La evolución de la política pública de investigación científica y desarrollo tecnológico ha sufrido un punto de inflexión (corte) en los Presupuestos Generales del Estado como consecuencia del ciclo recesivo de la economía. En los Presupuestos Generales del Estado en 2012 se han asignado a la Política de gasto 46 (investigación, desarrollo e innovación) un total de 6398 MEUR (Capítulos I-IX), un 25,5% menos que en 2011 (**Gráfico 7**). Se puede observar que las cifras de 2012 consolidan la tendencia descendente en el importe de los créditos asignados a la Política de gasto 46 (investigación, desarrollo e innovación)

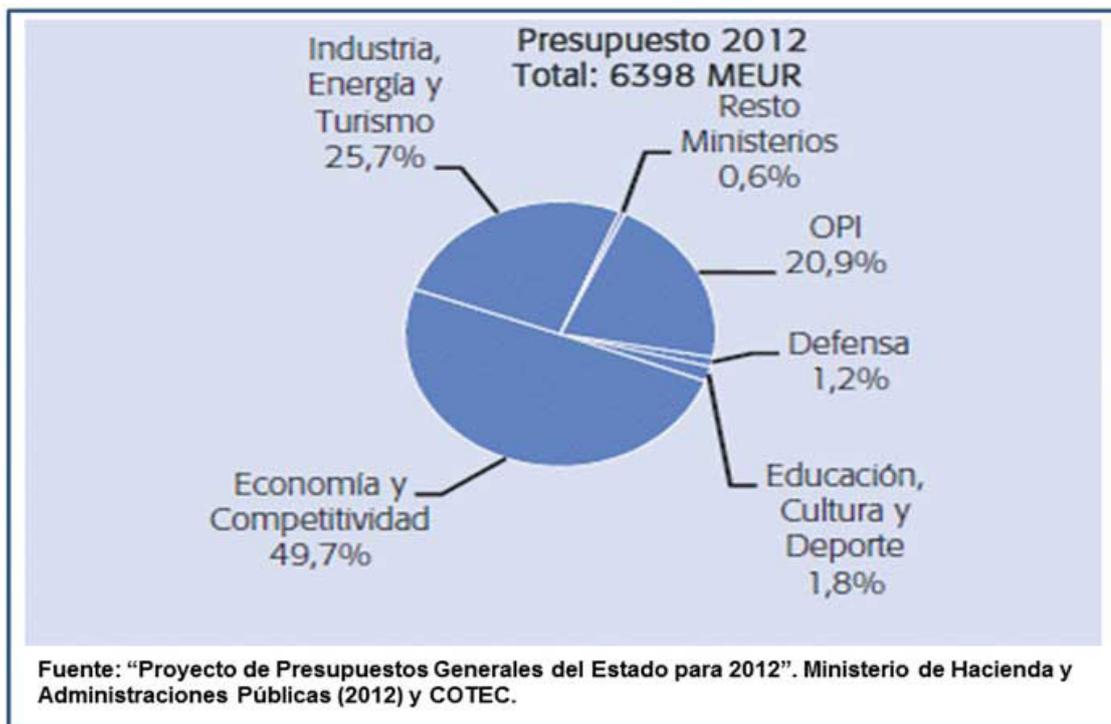
Gráfico 7: Evolución de la Política de gasto 46 en el período 2001-2012 (en millones de euros corrientes)



La gestión de los recursos asignados a la política de I+D+i se ejecuta desde los Departamentos Ministeriales y los Organismos Públicos de Investigación (OPI). El Ministerio de Economía y Competitividad concentra el 49,7% del gasto total de la función de gasto -46, seguido con el 25,7 % por el Ministerio de Industria, Energía y Turismo. En conjunto, los Ministerios integran la gestión del 79,1% del presupuesto (5058 m. euros), y los OPI el 20,9% (1340 m. euros)^p. (**Gráfico 8**).

^p Fuente: Ministerio de Economía y Competitividad . Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. 2012

Gráfico 8. Distribución porcentual de la Política de gasto 46 por ministerios y OPI adscritos para el año 2012

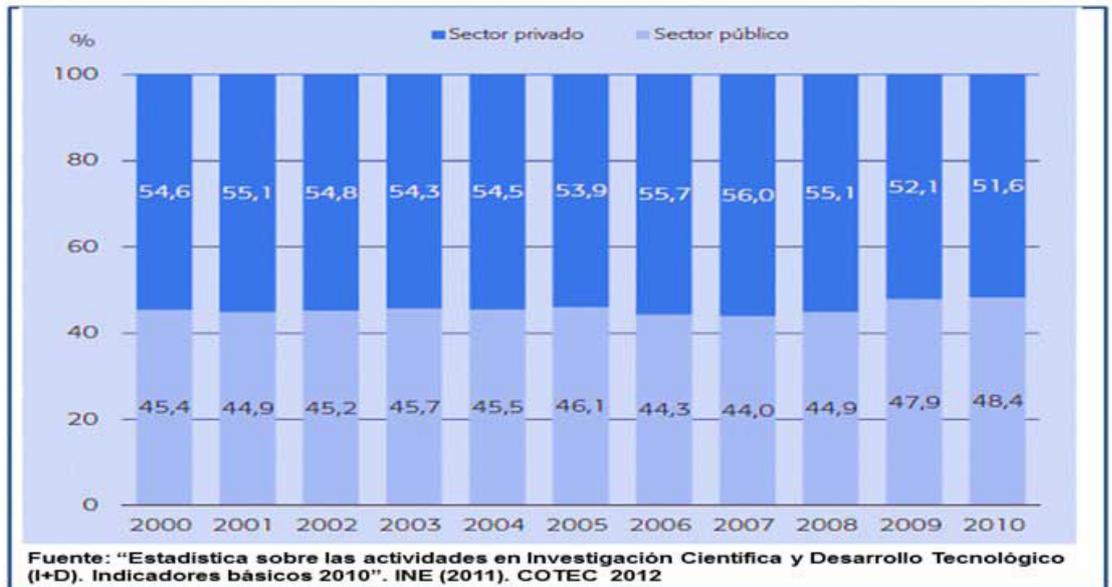


En cuanto a la evaluación del gasto en I+D ejecutado por el sector público en España, el esfuerzo incremental en la pasada década ha sido el mayor de todas las economías avanzadas pese a este comportamiento positivo, España, todavía se encuentra por debajo del esfuerzo medio de los países desarrollados, si bien está cada vez más próxima a los promedios de la UE-27 y de la OCDE^q, ^r. En 2010, el peso del gasto en I+D del sector público equivalía al 48,4% del gasto total en I+D, lo que supone un valor de 7.054 m. euros corrientes (**Gráfico 9**).

^q Fuente: Main Science Technology Indicator. Volume 2011/1.OCDE. 2011.

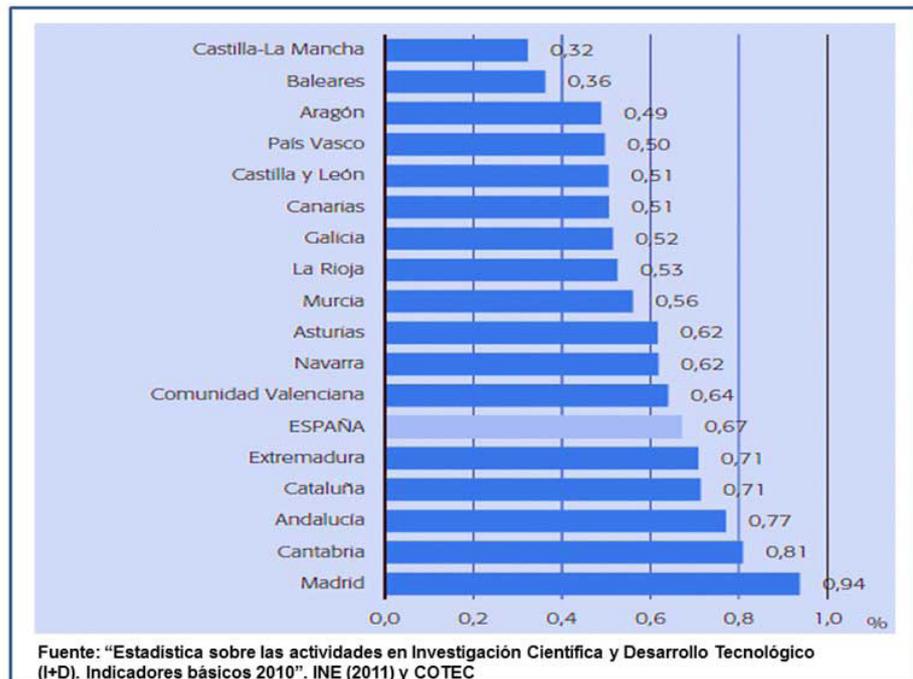
^r Fuente: EUROSTAT: Science, technology and innovation in Europe 2012 edition.

Gráfico 9: Evolución de la distribución de los gastos totales en I+D ejecutados por el sector público y las empresas entre 2000 y 2010 en España



El 69,4% del gasto público en I+D nacional en 2010 fue ejecutado en cuatro Comunidades Autónomas: Madrid, Cataluña, Andalucía y Comunidad Valenciana. El peso de este gasto en el PIB de cada región es muy desigual, como se refleja en el **(Gráfico10)**.

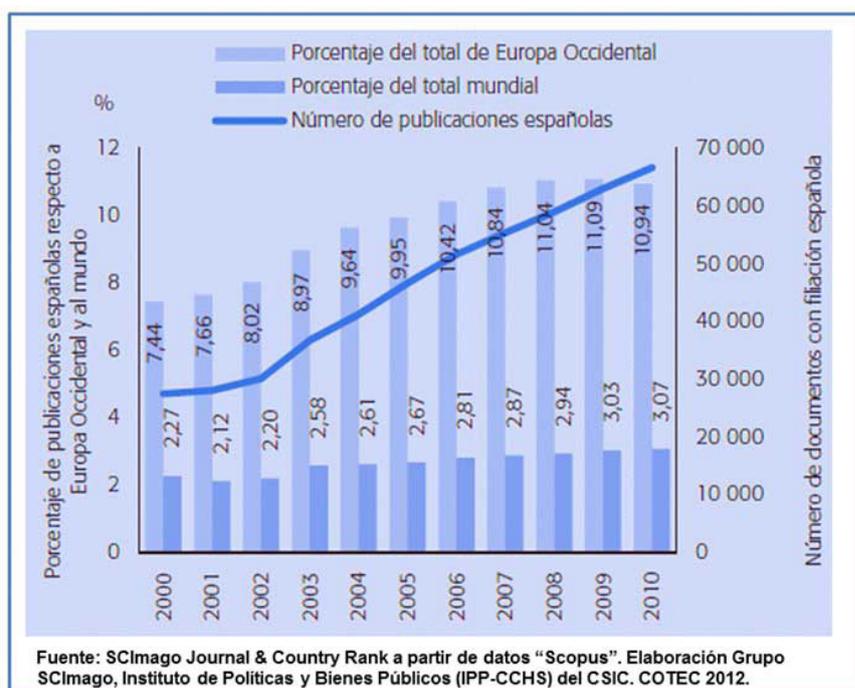
Gráfico 10: Gasto en I+D ejecutado por el sector público por Comunidades Autónomas (en porcentaje del PIB regional base 2008), 2010



Conviene aquí reseñar que invertir en educación genera una alta rentabilidad por las potenciales ganancias obtenidas en el crecimiento económico y en la generación de valor social. Los escenarios analizados por la OCDE (2011) ofrecen incrementos del PIB entre 3 y 6 veces superiores a los que se obtendrían sin implementar iniciativas orientadas a mejorar el rendimiento educativo^s. Porque sabemos que el stock de capital humano necesario para manejar las nuevas tecnologías y los desarrollos de aprendizaje están vinculados a determinados elementos esenciales como la calidad del sistema educativo, el modelo experiencia y la evaluación del desempeño profesional, y por último, la capacidad de un sistema de formación continua orientado a las necesidades de los diferentes stakeholders presentes en los sectores económicos y sociales.

La evolución temporal de la producción científica española (nº de artículos científicos de difusión internacional) en ciencia, ingeniería y medicina (SCI) (incluidos los relativos a ciencias sociales, artes y humanidades y la cuota (%) de España en la producción mundial en ciencias, ingeniería y medicina (SCI), 2000-2010, ha mantenido una tendencia incremental alcanzando en 2010 la cuota del 3,07% frente al 2,27% en 2000. **(Gráfico 11).**

Gráfico 11: Evolución temporal de la producción científica española en Scopus y porcentaje de la producción mundial, 2000-2010.



^s The cost of educational performace. OCDE (2011) COTEC 2012.

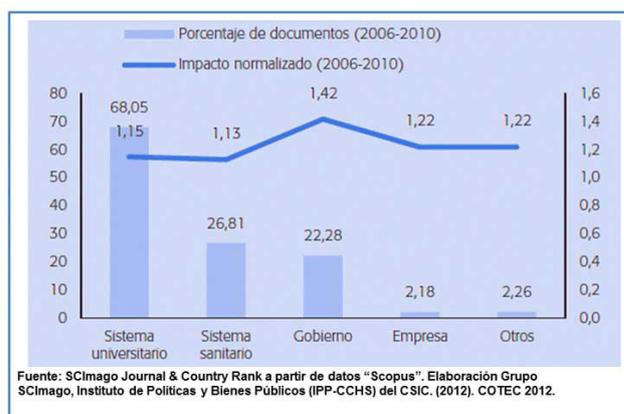
Los indicadores bibliométricos que aquí se aportan se han obtenido a partir de la base de datos Scopus, desarrollada por Elsevier B.V., que es el primer editor mundial de revistas científicas (20 millones de documentos con referencias bibliográficas), procedentes de un total de aproximadamente 18 mil revistas científicas. En este gráfico se constata que la evolución de la producción científica española ha seguido un crecimiento sostenido, pasando la cuota mundial desde el 2,27% en 2000 hasta el 3,07% en 2010, con un porcentaje de incremento de artículos científicos en este período del 140%.

Las citas medias por documento han sido del 10,35 en el período 2006-2010 (autocitas: 2,78 y citas externas 78,57) y el impacto se ha distribuido con un valor del 26,9% (interno) y del 73,1% (externo)^t.

El análisis de la productividad, medida como el número de publicaciones por millón de habitantes, España ha experimentado un crecimiento del 109% en el período 2000-2010, pasando de 691 a 1.446 publicaciones por millón de habitantes, que nos sitúa en el puesto 22 en el mundo.

En cuanto a la distribución de la producción científica española y los datos de impacto normalizado en el período 2006-2010, se constatan valores muy dominantes en los ámbitos de gobierno e instituciones públicas, siendo poco relevantes las aportaciones del sector privado. **(Gráfico 12)**.

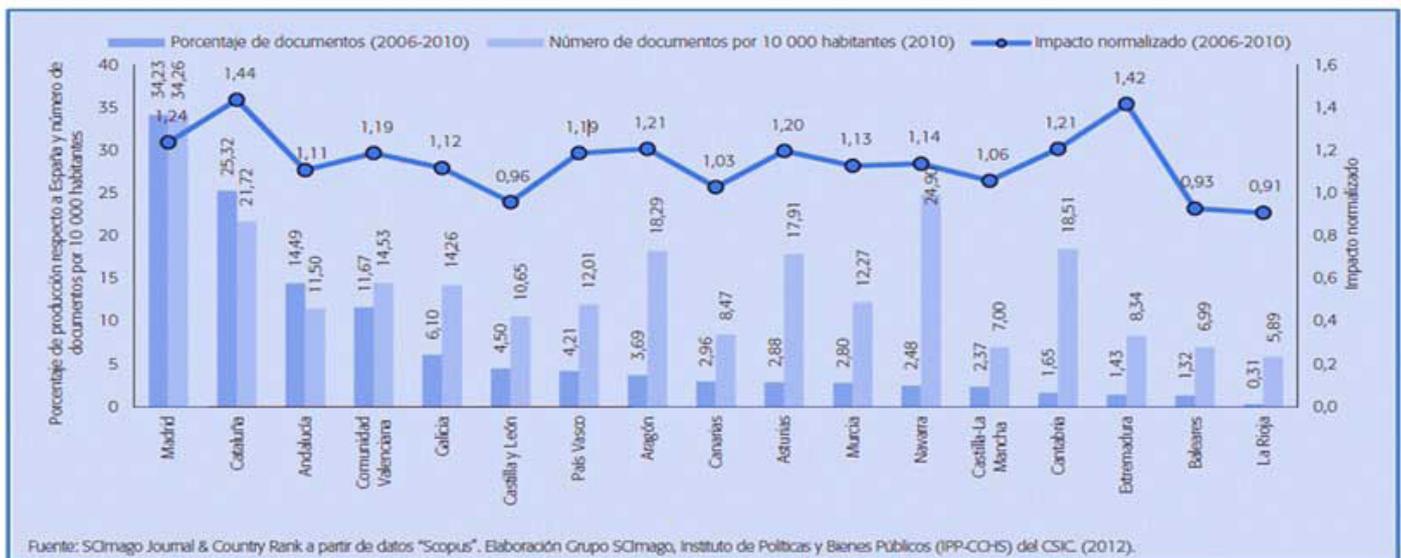
Gráfico 12: Distribución de la producción científica española e impacto normalizado de la misma por sectores, 2006-2010



^t Fuente: SCImago Journal & Country Rank a partir de datos "Scopus". Elaboración Grupo SCImago, CSIC, (2012).

La distribución de la producción científica española en revistas de difusión internacional por comunidades autónomas, así como el factor impacto normalizado, se representan a continuación. **(Gráfico 13).**

Gráfico 13: Distribución de la producción científica española en revistas de difusión internacional por comunidades autónomas



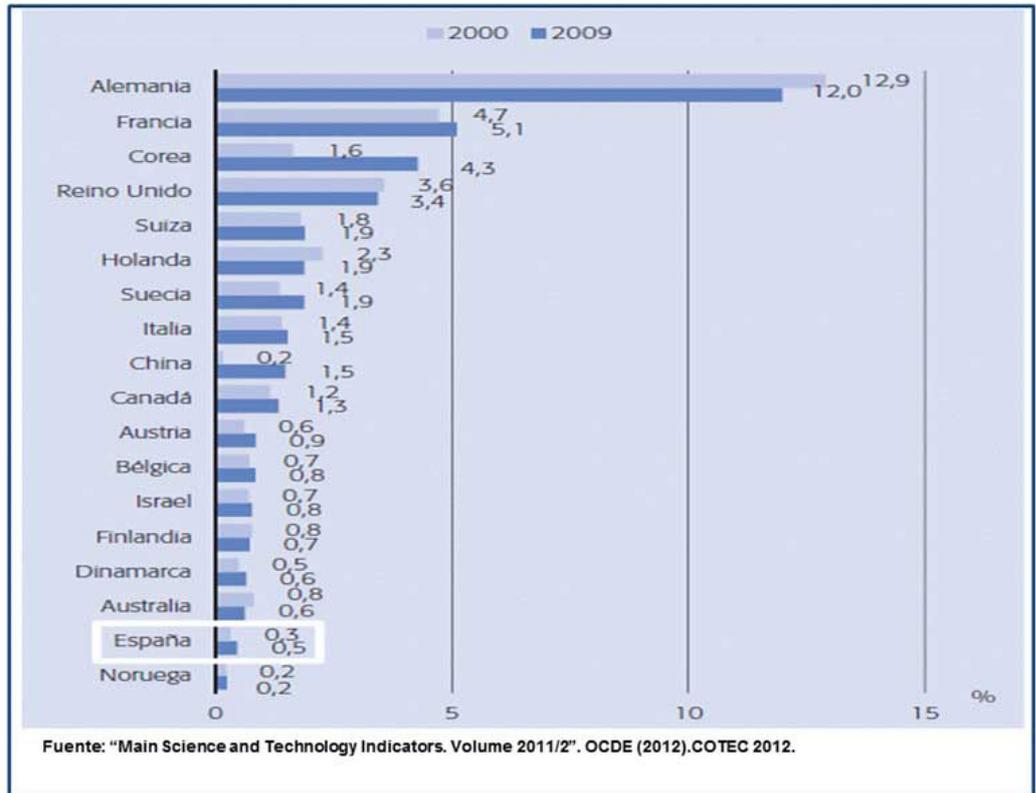
En cuanto a la distribución por áreas temáticas de la producción científica y tecnológica española en revistas de difusión internacional (Web of Science 2000-2010) en % del total, merece señalarse la posición del liderazgo del sector sanitario (medicina clínica y biomedicina). Analizando esta distribución por medio del índice de especialización relativa, se constata que los ámbitos de biología molecular y genética, salud pública, inmunología y microbiología, neurociencias, farmacología y toxicología, junto a las áreas de medicina clínica y enfermería, representan en su conjunto el 44,5% de la producción científica española^u.

Si bien hay un esfuerzo de convergencia sostenido de España en I+D en relación a los países con sistemas y economías de innovación más avanzadas, persisten deferencias muy notables. La economía española representa el 9.5% del PIB de la UE-27; sin embargo, estamos todavía lejos de una mayor convergencia en los indicadores del sistema español de innovación. Así, la contribución española al gasto total en I+D en la UE-27 está en

^u Fuente: SCImago Journal & Country Rank a partir de datos "Scopus". Elaboración Grupo SCImago, CSIC, (2012).

torno al 7% el peso del capital humano investigador representa el 8.5% y las patentes triádicas el 1.6% (a nivel mundial el 0,5% en 2009). La UE-27 concentra el 27,9% y la OCDE el 36,8% de las patentes triádicas mundiales^{v, w}. **(Gráfico 14).**

Gráfico 14: Distribución de las patentes triádicas concedidas en porcentaje del total mundial (baja producción), 2000 y 2009



^v Patentes triádicas: las de mayor valor comercial y significación a efectos de innovación.

^w Fuente: Main Science & Technology Indicators. Volume 2011/2. OCDE (2012).

Glosario y Lecturas Recomendadas

- * Alma Consulting
 - (2011) Barómetro europeo de financiación de la innovación.
- * BIS Economics Paper
 - (2010) Innovation and Research Strategy for Growth (N.º 15).
- * European Commission
 - (2012) Horizonte 2020. (<http://ec.europa.eu/research/horizon2020>).
 - (2012) Innovation Union Scoreboard 2011
 - (2011) EU Industrial R&D Investment Scoreboard. Varios años.
- * Consejo Europeo de Investigación
 - (2012) Resultados de la convocatoria: "Starting Independent Researcher Grant".
 - (2012) Resultados de la convocatoria: "Advanced Investigators Grant".
- * EUROSTAT, Portal de las estadísticas europeas (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>).
 - (2012) General and regional statistics. Regional socio-demographic labour force statistics.
 - (2012) Science and technology. Human Resources in Science & Technology statistics.
 - (2011) Science and technology. High-tech industry and knowledge-intensive services statistics.
- * Foro Económico Mundial
 - (2011) The Global Competitiveness Report 2011-2012
 - (<http://www.weforum.org/en/initiatives/gcp/index.htm>).
- * IMD
 - (2011) The World Competitiveness Yearbook. 2011 (<http://www.worldcompetitiveness.com/online/Login.aspx>).
- * INE (<http://www.ine.es>).
 - (2012) Indicadores de Alta Tecnología. Varios años.
 - (2011) Encuesta sobre Innovación Tecnológica en las Empresas. Varios años.

- (2011) Encuesta sobre recursos humanos en ciencia y tecnología. Varios años.
- (2011) Estadísticas sobre las actividades en Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico (I+D). Varios años.
- * Instituto del Banco Mundial
 -
- * (2009) Knowledge Assessment Methodology (KAM).
 - <http://www.worldbank.org/kam>.
- * OCDE (<http://www.oecd.org>).
- * (2012) Main Science & Technology Indicators Varios años.
 - (2012) Science, technology and R&D statistics.
 - (2012) STAT Database.
 - (2011) Skills for innovation and research
 - (2009) Biotechnology Statistics.
- * Thomson Scientific
- * (2010) Base de datos Web of Science (WoS).

Abreviaturas

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

NIH: National Institutes of Health. EE.UU.

FDA: Food and Drug Administration EE.UU.

EMA: European Medicines Agency.

ESF: European Science Foundation.

OEITC: Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer.

IMD: International Management Development

CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas

INE: Instituto Nacional de Estadística.

OPI: Organismo Público de Investigación

EIT: Instituto Europeo de Innovación y Tecnología

EPO: Oficina Europea de Patentes.

ERC: Consejo Europeo de Investigación

EUROSTAT: Oficina Estadística de las Comunidades Europeas

I+D+i: Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación

Anexo 2:

Competencias esenciales y activos estratégicos en las organizaciones sanitarias

Las tendencias reformistas de las organizaciones sanitarias están motivadas por las transformaciones sociales que acontecen en su entorno y que afectan no sólo a determinantes económicos, demográficos y tecnológicos, sino también a factores culturales, éticos y antropológicos.

Si bien las estructuras modernas tradicionalmente centradas en la producción se han ido reorientando hacia organizaciones basadas en los servicios, la información y el conocimiento, en el sistema sanitario español este cambio disruptivo está teniendo un lento proceso de transformación.

Todos los principios básicos de gestión burocrática que hemos heredado de las jerarquías weberianas y de la era industrial siguen vigentes, haciendo que la estandarización y las normas reguladoras den lugar a una insana predilección por la uniformidad.

De hecho, nuestro modelo de organización y funcionamiento en las instituciones sanitarias sigue básicamente anclado en un patrón burocrático, mecanicista y gerencialista, ajeno a los cambios derivados de su propia naturaleza económica, tecnológica y social. Este sistema vertical hierático cristaliza y automatiza las funciones y los patrones de comportamiento de la organización, no recompensa el talento ni la creatividad, es errático y discontinuo en la creación de empleo, no fomenta el acervo social de servicio público, esteriliza muchas de las iniciativas emprendedoras del mejor profesionalismo sanitario, bloquea cualquier incentivo transparente y justo a la productividad social, a la competencia distintiva y a los comportamientos que ejemplarizan la cultura de valores, y se resiste dramáticamente a que las personas asuman el autogobierno y la autogestión de forma cooperativa y socialmente responsable.

Bajo estos determinantes de gestión burocrática creemos que queda poco espacio para la motivación profesional y para que se exprese el ingenio, la innovación y toda iniciativa social emprendedora. Necesitamos activar algunos principios básicos de gestión antiburocrática para ir creando progresivamente una organización moderna que permita expresar y proyectar lo mejor de las personas en el servicio público y en la sociedad^{22,23}.

En los sistemas sanitarios la calidad del servicio asistencial está directamente relacionada con el grado de consistencia e integración de las competencias profesionales, tecnológicas, organizativas, personales y sociales. La buena combinación y gestión de estas competencias contribuye a la creación de valor en la arquitectura estratégica y en las funciones de la cadena de valor prestacional determinando la calidad del servicio y los resultados económicos y sociales.

Los activos estratégicos básicos integrados en la cadena de valor asistencial mantienen las competencias distintivas de los servicios sanitarios públicos. Son el resultado secuencial histórico de decisiones operativas, de técnicas de producción especializadas y de modelos de experiencia colaborativa.

En el sector sanitario existen diversas categorías de activos estratégicos que requieren protección y sostenibilidad: **1.-** tecnológicos (cartera tecnológica: absorción, integración, difusión y aprendizaje), **2.-** posicionales (redes asistenciales, centros I+D+i, apalancamiento de competencias esenciales, bases de información, reputación institucional y social,...); **3.-** know how (eficiencia en procesos productivos, modelo de experiencia e innovación,...); **4.-** regulación y arbitraje (desarrollo normativo, competencias y control jurídico,..) y **5.-** organizacionales (capacidades organizativas, cartera de procesos, alianzas estratégicas,...).

Sería oportuno considerar estrategias reformistas que por una parte, protegieran los activos estratégicos insertados en el modelo de experiencia práctica asistencial, a la vez que pudieran desarrollarse nuevas formas más flexibles y delegadas de gestión pública competente acordes con la propia naturaleza económica y social del sector. Ello exige replantearse el diseño burocrático

y las políticas de desarrollo humano y profesional, sobre la base conceptual y empírica de los modelos de cambio y la experiencia emprendedora de la organización.

Se viene aceptando con base empírica que es el capital intelectual el único recurso que permite conservar en el tiempo el posicionamiento estratégico de las empresas. Este enfoque considera que un activo intangible, valioso, escaso, imperfectamente imitable e insustituible como fuente de ventaja competitiva sostenible, debe considerarse un valor estratégico de primer orden.

Es necesario señalar que el capital humano, tecnológico y social en los centros sanitarios públicos ha contribuido a desarrollar las competencias organizativas básicas e integradas del actual sistema burocrático y administrativo. Sin embargo, las burocracias administrativas no garantizan la consistencia económica ni la eficiencia social y además limitan la incorporación de nuevas corrientes culturales y tecnológicas necesarias para dar respuesta a la complejidad e interdependencia que caracterizan a los servicios sanitarios.

La teoría del capital humano considera que la inserción del conocimiento conceptual y operativo debe ser completa y profundamente integrada en los diferentes niveles de la cadena de valor asistencial. El capital humano relacional, es decir las redes formales e informales interactivas que se establecen entre profesionales y expertos en los modelos de aprendizaje cooperativo, y el capital humano idiosincrásico (incluye procedimientos tecnológicos, cultura profesional, estructuras de interfaz, sistemas de gestión por procesos,...), son difícilmente transferibles entre organizaciones.

Custodiar el capital intelectual y social en relación a su influjo en los meso y microsistemas debe ser una preferencia estratégica en la gestión pública para evitar efectos indeseables, como por ejemplo:

1. Discontinuidad en las relaciones e interacciones organizativas.

2. Cambios en el rendimiento de las actividades productivas.
3. Fragmentación de competencias profesionales y tecnológicas.
4. Ruptura de los modelos cooperativos basados en el trabajo de equipos multidisciplinares.
5. Alteración de los mecanismos de confiabilidad interprofesional necesarios para llevar a cabo iniciativas sociales emprendedoras.
6. Disminución de la productividad de los trabajadores del conocimiento.

Las bases estructuradas del conocimiento en los servicios sanitarios públicos que permiten dinamizar las capacidades de innovación y la resolución de problemas de salud, no deben ser alteradas por externalizaciones que fragmenten las competencias esenciales y el modelo de experiencia adquirido en las diferentes funciones asistenciales máxime cuando proteger y custodiar este capital intelectual se ha convertido en un objetivo estratégico de todas las instituciones²⁴.

Como organización, es posible que el sistema sanitario haya atravesado por fases en las que contaban más las inercias burocráticas, que las sinergias y las visiones reformistas; sin embargo, estos modelos tradicionales se han venido agotando progresivamente y perdiendo su credibilidad, porque han demostrado su ineficacia técnica y social para adaptarse a un mundo mucho más complejo que el de hace apenas unas décadas; además, la disrupción tecnológica en el sector sanitario y los dilemas éticos y sociales que plantea, exige necesariamente organizaciones más holográficas y flexibles, orientadas a la creación de valor sanitario y social para los ciudadanos.

El sector sanitario público debiera plantearse crecimientos orgánicos a través de modelos intraemprendedores que pudieran combinar competencias y activos propios para crear nuevos servicios y/o mejorar procesos esenciales en la cadena asistencial.

Estas diversas fórmulas de -intrapreneurship-, del tipo comunidades de práctica y agrupaciones profesionales de

naturaleza cooperativa que se han creado en las instituciones sanitarias para gestionar procesos asistenciales homogéneos, con diferentes niveles de autogobierno, desarrollo y alcance (institutos, áreas funcionales,), pueden contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de las actividades asistenciales, siempre que se garanticen los procesos de integración horizontal, el desarrollo de competencias esenciales y los mecanismos de cohesión organizativa^{25,26}.

La experiencia de la gestión cooperativa articulada funcionalmente en las instituciones sanitarias públicas a través de los denominados contratos de gestión, que representan básica y tácitamente acuerdos de servicios y de calidad (quality agreements) y que tratan de conciliar objetivos de gestión y propiamente clínicos, viene siendo la expresión organizativa de vanguardia en la meso y microgestión en las dos últimas décadas para orientar la organización por procesos y desarrollar vínculos de confianza que generen competencias esenciales. Este modelo de contingencia en las políticas de recursos humanos, requiere un ajuste estratégico (teoría del ajuste) para fidelizar el capital intelectual y sostener las ventajas competitivas.

Para proteger estas competencias nucleares en el sector sanitario público, debieran ser consideradas diferentes formas de integración estratégica que impulsaran el crecimiento y desarrollo de las instituciones, permitiendo dinamizar todo el potencial emergente de la organización, a través de la combinación de recursos, competencias y activos propios. La integración estratégica promueve la creación de nuevas oportunidades para diversificar la oferta de servicios y gestionar la innovación organizativa y tecnológica, incluyendo iniciativas de colaboración y alianzas²⁷.

Estas formas de integración estratégica para reforzar las actividades y procesos básicos de las instituciones y capitalizar las propias competencias internas, requieren inteligencia organizativa, habilidades directivas, gestión flexible y ejercicio de responsabilidad política, así como incentivos alineados con la estrategia de cambio²⁸.

Ghemawat (2007)²⁹ propone tres tipos de estrategia global

para encontrar el equilibrio óptimo entre descentralización e integración organizativa y social: Adaptación, agregación y arbitraje. Para el sector sanitario público la estrategia de adaptación supone revitalizar sus activos estratégicos presentes en la cartera de servicios para mantener su posicionamiento competente y el liderazgo tecnológico y social. La estrategia de agregación, representa alcanzar el equilibrio entre las economías de escala y la capacidad de respuesta a condiciones locales. Por ello la necesidad de que el SNS se dote de una arquitectura estratégica para integrar conocimientos y tecnologías, y gobernar la complejidad de los factores de producción y globalización, así como las interdependencias regionales. El arbitraje, como tercer tipo de estrategia global, permite gestionar los procesos de regulación internos y atender al equilibrio entre necesidades, demandas y expectativas de la sociedad, a la vez que gestionar eficientemente la supply chain de las organizaciones sanitarias.

Pudiendo entender que este diseño organizativo es coherente con la propia naturaleza económica y social del servicio sanitario público, no podemos olvidar que la experiencia de cuidados integrados a través de la cadena de valor es siempre un proceso lento y complejo. Las experiencias recientes que se han desarrollado en países nórdicos para integrar los procesos en el cuidado de la salud han generado resultados desiguales, éxitos y fracasos, que merecerían ser brevemente comentados. Los factores claves que han determinado los mejores resultados de la integración han sido la dedicación profesional plena, la legitimación social del cambio organizativo y las bases de confianza entre los agentes intervinientes³⁰.

Hoy sabemos que la calidad de los servicios y cuidados sanitarios depende del desarrollo, continuidad e integración de los procesos de la cadena de valor asistencial, y ello está vinculado básicamente con la capacidad gestora para crear y sostener redes clínicas colaborativas mediante incentivos adecuadamente orientados. Creemos también que la integración de los cuidados de salud está directamente relacionada con la naturaleza, liderazgo, competencias y cultura profesional existente en el proceso de cambio. Se ha demostrado que la cultura organizacional emprendedora es más importante que la propia fortaleza de las competencias profesionales para avanzar en la integración de niveles, funciones y procesos^{31,32}.

Las organizaciones basadas en el conocimiento como son los servicios sanitarios requieren cambios organizacionales que hagan posible la dirección por procesos y el gobierno del conocimiento operativo^{33,34,35,36}, junto a un modelo de contingencia en las políticas de recursos humanos, que haga posible un ajuste estratégico (teoría del ajuste) para fidelizar el capital intelectual y sostener las ventajas competitivas^{37,38,39}.

Las reformas promovidas por las autoridades sanitarias suecas para reestructurar sus sistemas con un nuevo concepto de la salud basado en la integración de proveedores en la cadena de valor asistencial, se han tensionado porque el sistema de decisiones top-down no era concordante con la cultura profesional preexistente. Es por ello imprescindible impulsar cambios en el clima organizativo y profesional para que la cultura basada en la confianza y en la igualdad de oportunidades facilite el desarrollo de las cadenas integradas de cuidados de salud; ello conlleva la necesidad de un sistema de gestión participativa y proactiva con la base profesional que va a sustentar y garantizar el cambio^{40,41}.

Referencias bibliográficas

1 .- Porter ME. *The five competitive forces that shape strategy*. *Harv Bus Rev*. 2008;86(1):78-93.

2 .- Bhattacharya CB, Sen S, Korschun D. *Using corporate social responsibility to win the war for talent*. *MIT Sloan Manage Rev*. 2008; 49(2):37-44.

3 .- Clayton MC, Bohmer R, Kenagy J. *Will disruptive innovations cure health care?* *Har Bus Rev*. September.october 2000; 102-12

4 .- Foster RN. *"Winning through innovation"*. Harvard Business School Press, Boston 1997

5 .- Tallman S, Jenkins M, Henry N, Pinch S. *Knowledge, clusters, and competitive advantage*. *Academy of Management Review* 2002; 29:258-71.

6 .- Woolcock M . *Social capital and economic development toward a theoretical synthesis and policy framework* . *Theory and Society* 1998; 27:151-208.

7 .- Inkpen A, Tsang E. *Social capital, networks, and knowledge transfer*. *Academy of Management Review* 2005; 30(1):146-65.

8 .- Oteo LA. *Políticas y transiciones: Hacia una nueva gestión sanitaria pública*. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* 2009; 7(4):699-713.

9 .- RepulloJR, FreireJM. *Gobernabilidad del sistema nacional de salud: Mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización*. *Gac.Sanit* 2008; 22(Supl1):118-25.

10 .- Putnam RD. *"The Prosperous Community: Social Capital and Public Life"*. *American Prospect* . 1992; 13:35-42.

11 .- Melé D. *Organizational Humanizing Cultures: Can they Create Social Capital?*. *Journal of Business Ethics* 2003; 45(1):3-14.

12 .- Freire J. *Criterios para el Buen Gobierno de centros e instituciones sanitarias [Internet]. II CONGRESO de la Profesión Médica; 2010. Available from: http://www.cgcom.es/files/cgcom/files/abstracts_mesa1.pdf (consultado 21.04.2010).*

13 .- Pieper R. *Integrated organisational structures. In integrating services for older people: A resource book for managers, Nies H, Berman P (eds). EHMA: Dublin, 2004.*

14 .- Mintzberg H. *Mintzberg on management: Inside our strange world of organizations. The Free Press. Nueva York. 1989.*

15 .- Porter ME. *From competitive advantage to corporate strategy. Harv Bus Rev 1997;65:15-75.*

16 .- Nomen E. , Nieto J. *El conocimiento protegido. Harv Deusto Bus Rev. 2004;(124):53-62.*

17 .- Cooper R, Markus ML. *Human reengineering. Sloan Manag Rev. 1995; (summer): 39-50.*

18 .- Oteo LA. *De la gestión de la calidad a la calidad de la gestión: Transiciones y controversias. Rev Calidad Asistencial 2008; 23(2):43-4.*

19 .- Birkinshaw J, Sheehan T. *Managing the knowledge life cycle. MIT Sloan Manage Rev. 2002; (fall):75-83.*

20 .- Bhattacharya CB, Sen S, Korschun D. *Using corporate social responsibility to win the war for talent. MIT Sloan Manage Rev. 2008; (winter): 37-44*

21 .- Porter ME. *What is strategy? Harv Bus Rev. 1996; Nov-Dec: 61-78.*

22 .-Chistensen CM. *Pasado y futuro de la ventaja competitiva. Harv Deusto Bus Rev. 2000; Junio: 4-9.*

23 .- Brown JS, Duguid P. *Creativity versus structure: A useful*

tension. *MIT Sloan Manage Rev.* 2001; 42:93-4.

24 .- Lesser E, Prusak L. *Preserving knowledge in an uncertain world.* *MIT Sloan Manage Rev.* 2001; (fall):101-02.

25 .- Storck J, Hill PA, " *Knowledge diffusion through strategic communities*". *Sloan Manage Rev.* 2000 45: 63-74.

26 .- Wenger E. *Communities of practice: Learning, meaning and identity.* Cambridge, United Kingdom: Cambridge, University Press, 1998.

27 .- Burgelman RA, Doz YL. *The power of strategic integration.* *MIT Sloan Manage Rev.* 2001; (spring):28-37.

28 .- Kodner D, Spreeuwenberg C. *Integrated care: Meaning, logic, applications and implications: A discussion paper.* *Int J Integr Care* 2002; 2:2-10.

29 .- Ghemawat P. *Redefinig global strategy.* Harv Bus School Press, 2007.

30 .- Ahgren B, Axelsson R. *Determinants of Integrated Health Care Development: Chains of Care in Sweden.* *Int J Health Plann Mgmt* 2007; 22: 145-57.

31 .- Axelsson R, BiHarvi S. *Integration and collaboration in public health. A conceptual framework.* *Int J Health Plan Manage* 2006; 21: 1-14.

32 .- Huxham C, Vangen S. *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage.* Routledge: London. 2005.

33 .- Drucker P. *Knowledge-worker productivity: The biggest challenge.* *Calif Manage Rev.*1999; 41: 79-94.

34 .- Davenport TH, Thomas RJ, Cantrell S. *The Mysterious art and science of knowledge-worker performance.* *MIT Sloan Manage Rev.* 2002; 3-30.

35 .- Davenport TH, Glaser J. *Just-in-Time delivery comes to knowledge management. Harv Bus Rev.* 2002; 80: 107-11.

36 .- Hansen M, Nohria N, Tierney T. *In what's your strategy for managing knowledge? Harv Bus Rev.* 1999; (March-April): 106-16.

37 .- Delery JE, Doty H. *Modes of theorizing in strategic human resource management. Test of universalistic, contingency and configurational performance predictions. Acad Manage Rev.* 1996; 39(4):802-35.

38 .- Wright PM, McMahan GC. *Theoretical perspectives for strategic human resource management. J of Manage.* 1991; 18(2):295-320.

39 .- Pfeffer J. *Competitive advantage through people. Calif Manage Rev.* 1994; 36(2):9-28.

40 .- Ahgren B, Axelsson R. *Evaluating integrated health care: A model for measurement. Int J Integr Care* 2005; 5:1-5.

41 .- Johnson P, Wistow G, Schulz R, Harvdy B. *Interagency and interprofessional collaboration in community care: The interdependence of structures and values. J Interprof Care* 2003; 17(1): 69-83.