

9.1 La empresa sanitaria en proceso de cambio



La empresa sanitaria como organización compleja de servicios se encuentra inmersa en un proceso de innovación continua que está propiciando el desarrollo de una transición desde estructuras sanitarias integradas verticalmente hacia modelos más horizontales, descentralizados, orientados hacia el usuario y comprometidos con la calidad y eficiencia en los resultados. Cada organización ha de crear su propia visión y patrón de rediseño, así como el modelo para gestionar e implementar una estrategia de cambio. En este contexto se vienen promoviendo en el sector sanitario diferentes formas de gestión indirecta que merecen ser evaluadas desde diferentes perspectivas: económica, organizativa, profesional y social.

Autor: Luis Ángel Oteo Ochoa

Profesor Emérito. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III



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

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Oteo Ochoa L.A. La empresa sanitaria en proceso de cambio [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2018 [consultado día-mes-año]. Tema 9.1. Disponible en: (dirección url del pdf)

Resumen

Desde que la empresa nace con la revolución industrial en el último tercio del siglo XVIII, su evolución ha marcado el destino de la historia económica, social y moral de la sociedad hasta nuestros días. Hoy, las empresas humanistas, tratan de facilitar la expresión plena del talento y fomentan una sociedad más inclusiva, exaltando el valor de la persona y su potencia creadora.

En las dinámicas de cambio del entorno y en los procesos de transición adaptativa, las decisiones estratégicas de las empresas siempre han tenido en cuenta tres factores críticos:



Índice

- I. *Introducción*
- II. *Determinantes innovadores en la empresa moderna*
- III. *Integración versus externalización: Evaluando y gestionando el dilema organizativo*
 - a. *Marco conceptual del outsourcing y tendencias de futuro*
 - b. *Consideraciones sobre el outsourcing estratégico*
 - c. *Procesos de externalización en el sector sanitario: Aspectos generales*
- IV. *Revisando los procesos de jerarquía y mercado en los servicios sanitarios*
 - a. *La racionalidad burocrática*
 - b. *La colaboración institucional entre el sector público y privado*
 - c. *Interrogantes y controversias en las nuevas formas de organización y gestión sanitaria*
 - d. *Visión de futuro en la colaboración público-privada*
- V. *Anexo: Responsabilidad y capital social*
- VI. *Bibliografía*

El posicionamiento en el sector, la integración de procesos y servicios, y el desarrollo de las competencias esenciales, básicamente el conocimiento y las personas que lo custodian, porque de ello se derivan las ventajas competitivas consecuencia de la calidad de los bienes/servicios que producen y la eficiencia en sus operaciones internas.

La empresa sanitaria en el contexto occidental se encuentra inmersa en un proceso de transformación como consecuencia del "corte" en el crecimiento del gasto social derivado de la crisis financiera global -gran recesión iniciada en 2008- y sus efectos en los países avanzados con estado de bienestar consolidado, junto a la propia dinamicidad de otros factores críticos del entorno: demográficos, epidemiológicos, políticos, tecnológicos, culturales y sociales

Este escenario financiero restrictivo exige políticas de evaluación de resultados en términos de eficiencia para la consecución del mejor desempeño posible, con el objetivo de garantizar la sostenibilidad de las instituciones y centros sanitarios. La consecución de la denominada triple meta; alta calidad asistencial, probados resultados de salud y menores costes, representa la estrategia y guía para gestionar los cambios necesarios.

Para ello las organizaciones sanitarias buscan el establecimiento de estructuras más flexibles, lo que obliga a acomodarse mejor a entornos con un alto dinamismo e incertidumbre.

Frente a la racionalidad burocrática de lógica predictiva, estable y concepción organizativa vertical y jerárquica, la complejidad de la medicina moderna y de la empresa de servicios sanitarios exige una mayor adaptabilidad de la organización por medio de nuevas formas e instrumentos de gobierno y de gestión, contribuyendo al proceso de fortalecimiento de las propias capacidades y competencias. En una perspectiva amplia, la modernización del sistema sanitario y de sus tecnoestructuras debe ser sinónimo de "desburocratización".

Junto a estas transiciones en la organización y gestión de los servicios sanitarios, es evidente que existe una tendencia creciente a promover las aplicaciones del *outsourcing* como herramienta estratégica de gestión empresarial para impulsar el crecimiento sostenido y la mejora de la eficiencia, preferentemente en el sector privado, pero también en actividades del sector público.

Apostar por estrategias de externalización para buscar soluciones eficientes al incremento de la complejidad tecnológica y del acortamiento de sus ciclos, así como mejorar la capacidad de respuesta con un servicio ágil y flexible a determinadas demandas, viene siendo una orientación empresarial creciente en los mercados más dinámicos, que sin embargo exige una reflexión más ponderada en los ámbitos de las administraciones públicas, especialmente si estas prácticas involucran a procesos que pudieran ser tipificados de centrales.

Por ello, la denominada gestión indirecta en sus diferentes formas contractuales externas (convenio, concierto, concesión o arrendamiento) exige un protocolo de garantías públicas y un proceso evaluativo de buen gobierno.

Desde este enfoque reflexivo las propias empresas proveedoras externas con una cultura de responsabilidad social corporativa contrastada, que pudieran potencialmente ser socios colaborativos estables con el sector público, vienen planteando que la materialización del *outsourcing* integral implica un largo proceso de maduración y coordinación entre entidades, para hacer posible un mutuo desarrollo basado en la confianza, reciprocidad y transparencia.

Cuando se garantiza desde el buen gobierno la calidad del servicio asistencial, se promueve la eficiencia social y se desarrolla competencia gestora y profesional en la prestación de servicios y en el uso apropiado de las tecnologías, la colaboración de mutuo interés entre el sector público y privado pudiera establecerse desde principios de buen gobierno a través de un convenio marco de carácter jurídico vinculante y estable, integrando recursos complementarios en las redes de servicios sanitarios. Desde esta perspectiva entendemos que cualquier opción política, económica y social orientada hacia la gestión indirecta en sus diferentes modalidades y categorías contractuales precisaría de un análisis fundamentado y garantista sobre la factibilidad, la coherencia interna y externa, así como la constatación probada del valor añadido en relación a la cartera de servicios y la calidad de los procesos estratégicos externalizados.

En esta nueva realidad de posibles modelos de colaboración entre el sector público y privado, la práctica de la responsabilidad social es una condición necesaria para garantizar la sostenibilidad de los acuerdos a largo plazo a través de una gestión eficiente que refuerce el capital reputacional compartido.

Las políticas socialmente emprendedoras de las instituciones económicas y empresariales deberán orientarse hacia el buen gobierno y ayudar a centrar los objetivos preferentes de la dirección, dar cumplimiento a sus obligaciones éticas internas y externas y atemperar los riesgos en un entorno global y disruptivo.

Es razón por lo que la gestión empresarial de orientación humanista, integradora de la responsabilidad social en las credenciales y prácticas, se caracteriza por considerar las aspiraciones, motivaciones y desarrollos personales y profesionales como un valor estratégico de buen gobierno institucional.

Este escenario financiero restrictivo exige políticas de evaluación de resultados en términos de eficiencia para la consecución del mejor desempeño posible, con el objetivo de garantizar la sostenibilidad de las instituciones y centros sanitarios. La consecución de la denominada triple meta; alta calidad asistencial, probados resultados de salud y menores costes, representa la estrategia y guía para gestionar los cambios necesarios.

I.- Introducción

El cambio es hoy parte inherente a la propia naturaleza económica, tecnológica y social de las empresas e instituciones, y por consiguiente es preciso institucionalizarlo. Todos los ciclos organizativos, tecnológicos, gestores, sociológicos y culturales acortan en el tiempo su valor añadido, apareciendo nuevos conceptos y realidades que cuestionan las premisas implícitas arraigadas en los valores dominantes del sistema.

En los últimos años, muchas empresas han externalizado procesos y operaciones no críticas, preferentemente los sistemas de gestión financiera y contables, los procedimientos administrativos burocráticos, el análisis y explotación de datos, algunos procesos intermedios de la función de I+D+i, actividades de diseño e ingeniería industrial, mercadotecnia y áreas de recursos humanos que afectan a técnicas de selección, nóminas y formación. Así mismo se han considerado preferentes para terciarizar actividades de logística interna secundarias como vigilancia, limpieza, comedores y todas aquellas operaciones de uso intensivo de recursos corrientes.

Si bien es cierto que para el sector sanitario no está bien configurado cual pudiera ser un buen equilibrio entre concentración de recursos en funciones estratégicas y focalización de externalizaciones en servicios non-core, también lo es el hecho de que toda estrategia desde la responsabilidad pública que altere estructuralmente la integración existente de los procesos y prestaciones asistenciales, y su control, debiera ser considerada objeto de evaluación previa por agencias o expertos independientes.

Desde una perspectiva amplia de colaboración entre el sector público y privado es muy posible que las empresas proveedoras externas de servicios -en una amplia gama de áreas técnicas- obtengan en estos modelos de externalización mayor experiencia y capacidades tecnológicas, lo cual va a generar nuevos retos para gestionar la complejidad y la diversificación funcional que exigen las transacciones de mayor volumen y los consiguientes patrones contractuales. Deberán en todo caso tener una visión amplia de los inputs, outputs y de las actividades de la institución, más allá de sus propios conocimientos operativos y capacidades para responder a las necesidades de la empresa

contratante, garantizando un rendimiento y calidad en los servicios ofertados.

Por tanto, no es el deslumbramiento por el ahorro de costes lo esencial de un *outsourcing* global y estratégico desde una perspectiva de modernización empresarial, sino los factores mensurables que en gran medida garantizan el éxito de un proyecto empresarial de esta naturaleza, y que afectan a la estructura y complejidad del proyecto, al modelo de experiencia, a los niveles de cualificación que precisa el mismo, a los resultados a medio y largo plazo financieros, a las formas de gestión empleadas para su ejecución, así como a los elementos culturales y a los factores que sustentan las ventajas competitivas sostenibles de la institución contratante.

La utilización o no del *outsourcing* es siempre una decisión estratégica que puede generar cambios orgánicos, soluciones de compromiso, así como desconfianza y conmoción organizativa. Como refiere Doig (2002)¹, sin valorar adecuadamente la estructura de costes y las capacidades internas, iniciativas radicales de *outsourcing* pueden modificar irreversiblemente la configuración de la cadena de valor empresarial.

Por ello, plantear estratégicamente la externalización de determinados servicios en un sector social preferente como es el sanitario, requiere de un proceso evaluativo exigente sobre las implicaciones y resultados esperados a medio y largo plazo.

Cuando se proponen estrategias de externalización desde la gestión pública deben considerarse inexcusablemente algunos factores que van a determinar los resultados de la intervención, como por ejemplo:

- 1.- El nivel de estabilidad y de continuidad de la relación agencial;
- 2.- Los costes de transacción del proceso;
- 3.- La reputación social y las garantías de los contratos incompletos;
- 4.- Considerar la especificidad y complejidad de los activos y competencias a externalizar;
- 5.- Valorar si los activos propios representan una ventaja competitiva de posicionamiento de futuro (calidad/coste).

Más allá de estas formas de colaboración entre los ámbitos público y privado basadas en la responsabilidad social de las partes, en los sistemas sanitarios complejos existe una tendencia hacia la reconfiguración y desarrollo de redes asistenciales que viene generando procesos de integración vertical y horizontal, alianzas y modalidades de partenariado, con el objetivo de mejorar economías de escala y de gama, así como de mutualizar experiencias y aprendizaje para ganar en eficiencia y calidad en los servicios asistenciales.

Pensamos desde la responsabilidad de las políticas públicas que determinadas actividades de los servicios sanitarios deben flexibilizarse para mejorar su eficiencia técnica y social, pero ello no implica que

conocimientos y capacidades estratégicas que están integradas en procesos centrales deban fragmentarse de las unidades funcionales verticalmente integradas que custodian el talento idiosincrásico de la organización, sin evaluar técnicamente sus efectos en términos de calidad y costes².

La función de gobierno sanitario exige que en aras a garantizar una relación estable con el sector privado sea necesario identificar y evaluar en el mismo protocolo posibles oportunidades y riesgos, principalmente si se trata de servicios sanitarios especializados. Por ejemplo:

1. El sistema de control de la calidad de los procesos.
2. Las métricas de los resultados de costes y beneficios (eficiencia económica).
3. La posible discontinuidad asistencial por las dificultades de coordinación de equipos y niveles
4. Los cambios en el posicionamiento, participación relativa en el sector y fortaleza de las ventajas competitivas entre las partes agenciales contratantes³.
5. El compromiso real de los proveedores con la misión y objetivos estratégicos del ente público, más allá de la referencia contractual por los resultados de calidad asistencial y por la reputación social de la institución⁴.

En el presente trabajo se analizan algunos determinantes de la empresa moderna y en particular de las instituciones sanitarias -hoy en proceso de transformación- como consecuencia de los factores disruptivos económicos y sociales del entorno. El contexto de crisis financiera y fiscal que hoy nos obliga inexorablemente a reconsiderar y evaluar las funciones esenciales de la cadena de valor del sistema sanitario y sus instituciones proveedoras para optimizar los activos de su ciclo productivo, rediseñar los procesos internos y externos, gobernar el cambio hacia la competencia y garantizar la sostenibilidad y posicionamiento en esta economía social preferente. Todos los *stakeholders* del sector sanitario están llamados a contribuir a esta misión, bajo credenciales de responsabilidad institucional y social.

Conviene al interés general y al bien común tener presente que la responsabilidad social es parte integrante de la misión y credenciales de la empresa y por esta razón debe ser personalizada, distribuida, colectiva, interdependiente y transparente, sustentando su legitimidad en los valores, en el liderazgo trascendente y en la cultura organizativa. La rendición de cuentas "*accountability*" es un requisito imprescindible para garantizar la transparencia y el reconocimiento explícito de los deberes y obligaciones que generan una política pública responsable.

Todos los stakeholders del sector sanitario están llamados a contribuir a esta misión, bajo credenciales de responsabilidad institucional y social.

I.- Determinantes innovadores en la empresa moderna

Desde que la empresa nace con la revolución industrial en el último tercio del siglo XVIII, su evolución ha marcado el destino de la historia económica, social y moral de la sociedad hasta nuestros días. Hoy, las empresas humanistas, tratan de facilitar la expresión plena del talento y fomentan una sociedad más inclusiva, exaltando el valor de la persona y su potencia creadora.

En las dinámicas de cambio del entorno y en los procesos de transición adaptativa, las decisiones estratégicas de las empresas siempre han tenido en cuenta tres factores críticos: el posicionamiento en el sector, la integración de procesos y servicios, y el desarrollo de las competencias esenciales, básicamente el conocimiento y las personas que lo custodian, porque de ello se derivan las ventajas competitivas consecuencia de la calidad de los bienes/servicios que producen y la eficiencia en sus operaciones internas.

En este contexto, debemos conocer que los nuevos imperativos estratégicos para la empresa contemporánea vienen condicionados por la variabilidad, diversidad, discontinuidad e incertidumbre de los factores cambiantes del entorno, lo cual exige arquitecturas organizativas flexibles que permitan modular y gestionar los procesos esenciales de su cadena de valor.

Cuadro 1: Determinantes estratégicos en la empresa moderna

1. Gestionar con el “reloj estratégico” para identificar los factores disruptivos del entorno.
2. Reconstruir la cadena de valor con nuevas formas de cooperación competitiva y reconocer la divergencia y variabilidad de los procesos organizativos de gestión.
3. Evaluar el acortamiento de los ciclos de vida estratégicos (tecnología e innovación).
4. Adaptar con flexibilidad el portafolio a las demandas emergentes (ajustes a la variabilidad y especificidad de las nuevas necesidades y expectativas).
5. Modelar de forma creativa las tensiones organizativas generadas por la disrupción tecnológica y el ritmo de la innovación.
6. Mantener la cohesión organizativa y social.
7. Establecer un gobierno institucional con liderazgo, visión e inteligencia global

Las nuevas estructuras organizativas de la empresa moderna, desde las unidades horizontales a los prototipos más flexibles en red (*network organization*), están orientadas a procesos; los equipos de trabajo son multidisciplinarios y autónomos, con una visión interfuncional; la cooperación múltiple es una característica primordial, las relaciones informales, tanto externas como internas, son de gran valor, y las tecnologías de la información son un apoyo esencial para definir el marco de descentralización de las decisiones -centralización de la información

estratégica global-. En las estructuras en red, el cambio llega a ser radical, tanto en las bases de autoridad como en la división del trabajo y en las demarcaciones organizativas internas.

Cuando una organización rediseña sus procesos crea un nuevo marco funcional operativo porque cambia:

- 1.-** La organización del trabajo: de departamentos funcionales, a equipos de proceso; de tareas múltiples y repetitivas, a trabajos multidimensionales donde todos los miembros del equipo tienen conocimientos básicos de todas las operaciones del proceso.
- 2.-** El modelo de prácticas y roles: el aprendizaje continuo pasa a ser a norma en el funcionamiento organizativo; los empleados adquieren la posibilidad de tomar decisiones no triviales y los directivos y mandos intermedios se convierten, más que en controladores al uso, en integradores y facilitadores.
- 3.-** La cultura interna, ya que los profesionales se hacen copropietarios de los problemas de sus clientes y las estructuras de corte vertical se orientan hacia la horizontalización.

Un proceso de innovación y revitalización de la estructura que apueste por fórmulas menos jerarquizadas de diseño organizativo debe dar respuesta al dilema centralización-descentralización; si consideramos por ejemplo a las organizaciones sanitarias, deberá integrar, por una parte, las funciones horizontales/transversales orientadas a procesos y las líneas jerárquicas verticales de servicio y por otra, descentralizar derechos de decisión operativos a los agentes proveedores, desde la aceptación de nuevas formas de cooperación e incentivos y de riesgo compartido.

Por otra parte, las TICs están replanteando el propio modelo de atención a los pacientes por medio de nuevos instrumentos, métodos y herramientas para la comunicación en tiempo real y bajo criterios de coste/efectividad y coste/utilidad, además de la seguridad en las prácticas clínicas. Estos cambios precisan de formas renovadas de gobierno asistencial y de atención a la complejidad, y justifican los rediseños organizativos en los ámbitos meso y microinstitucional, así como la revitalización de competencias directivas y profesionales en todos y cada uno de los niveles de responsabilidad.

Los sistemas tecnológicos disruptivos de computación cognitiva e inteligencia artificial, las innovaciones en el ámbito de la informática y robótica, así como la interoperabilidad completa de bases de datos, facilitan el desarrollo de comunidades virtuales, decisiones colaborativas y la gestión multidisciplinaria del conocimiento biomédico y de las ciencias clínicas.

Todo ello deriva en la imperiosa necesidad de mejorar el equilibrio entre las dimensiones de calidad, coste y tiempo lo cual está propiciando el avance hacia diseños organizativos más holísticos y adaptativos.

Descentralización de decisiones, autonomía profesional y responsabilidad individual y de equipo, vinculada a resultados centrados en el usuario, parecen señalar un cambio real de orientación en el sistema organizativo tradicional.

Las organizaciones y empresas sanitarias buscan el establecimiento de estructuras más flexibles, para acomodarse mejor a entornos con un alto dinamismo e incertidumbre. Y es que, como premisa y no como resultado, el rediseño de procesos implica una visión transversal que trata de diluir las barreras internas, algo que implica necesariamente;

- a) reorientar los mecanismos de coordinación,
- b) definir desde otros criterios la estructura formal e informal, y
- c) replantear el marco lógico de las decisiones operativas.

Una de las formas organizativas basada en estos principios es la que hace referencia a la denominada organización horizontal, en donde los objetivos, procesos y resultados están orientados al cliente. Estas organizaciones menos jerarquizadas y estructuralmente más planas-facilitan la formación de estrategias de eficiencia, migran con mayor intensidad los activos de conocimiento, permiten fidelizar en mayor grado a los agentes internos (si existen estrategias coherentes de participación y compromiso profesional) y, en suma, mejoran la integración y sinergias organizativas y refuerzan los valores culturales y la *compliance* del servicio al usuario.

Sabemos que las organizaciones sanitarias están constituidas por un conjunto de procesos que traspasan las barreras funcionales y departamentales y se orientan a clientes específicos. Por lo tanto, los procesos establecen un flujo de trabajo interfuncional e interdepartamental y permiten identificar las actividades esenciales, las relaciones entre proveedor y cliente interno y los productos o servicios generados, añadiendo valor en la secuencia de operaciones.

En la nueva organización del trabajo, el equipo que integra la unidad organizativa básica se configura como un elemento esencial de la -estructura horizontal-. Denominar como tal a un equipo de trabajo significa que quienes lo integran están en condiciones reales de cooperar interna y externamente, de coordinar actividades, expresar y compartir capacidades y conocimientos esenciales y, muy especialmente, de comprometerse con una misión común y unos objetivos específicos y medibles. A diferencia del grupo de trabajo, el equipo está orientado al resultado, el esfuerzo es colectivo y está dotado de amplia autonomía para establecer metas y comunicar abiertamente su pensamiento creativo.

Estos equipos cooperativos deben dotarse de herramientas para la práctica de la autogestión, fijando objetivos participados y métricas propias, integrando las actividades de producción, desarrollando líneas de aprendizaje y autoevaluación en relación a la calidad, los costes, el uso y la transferencia tecnológica, el diseño organizativo flexible y la capacidad

de respuesta en el servicio. Las organizaciones que son conducidas hacia la mejora de los procesos para asegurar una posición distintiva deben asimilar los nuevos conceptos de rediseño, haciendo énfasis en la visión estratégica, entendiendo que el liderazgo educativo, la cultura interna y el *empowerment* en los equipos de trabajo son esenciales para comprender la globalidad, complejidad y simultaneidad de los cambios estructurales emprendidos.

El ciclo de creatividad que supone el rediseño organizativo lleva implícito el compromiso de aprender a predecir el resultado de las actividades para mejorar su eficacia y eficiencia, alterando la cualificación y composición de los inputs; a desarrollar herramientas de medida para observar y controlar los ciclos de innovación; a comprender mejor el ámbito de las decisiones desde una lógica de acción y, en suma, a identificar, inventariar y explotar los conocimientos en clave competitiva, enfocando estos activos estratégicos al desarrollo de una cartera de procesos esenciales que añadan valor y competencias distintivas a los servicios.

Para todo ello es imprescindible el liderazgo en la función directiva y profesional. El liderazgo institucional acompaña a las funciones de buen gobierno, así como a los procesos estratégicos de cambio desde una visión de futuro realista y transformadora; el liderazgo profesional operativo, está más focalizado en dinamizar la cooperación y la gestión del conocimiento, así como en la capacitación para la evaluación de procesos y resultados en aras a la mejora continua.

Sí bien es cierto que en la teoría directiva y de liderazgo se atribuyen determinadas virtudes y capacidades para promover de forma motivada transformaciones y cambios en entornos organizativos complejos, también constatamos que determinadas ideas preconcebidas sobre el *modus operandi* en el ejercicio de estas funciones no han conseguido los resultados esperados. De hecho, en estructuras jerarquizadas y refractarias al cambio, como son la mayoría de las instituciones sanitarias públicas, los diferentes estilos de liderazgo institucional y operacional tratando de coordinar funciones, facilitar la convivencia profesional y mejorar la calidad del clima organizativo, han encontrado resistencias para enfrentar la incertidumbre que conllevan las transformaciones y las nuevas dinámicas organizativas.

En lo que sí hay convergencia en la teoría organizativa y en el pensamiento empresarial, es que sin la reconocida *auctoritas* no es posible ejercer el liderazgo, porque este valor reputacional otorga legitimidad social, del saber y de la capacidad moral para dirigir las instituciones y los microsistemas asistenciales, en el caso de los servicios sanitarios. La competencia legal para tomar decisiones, es decir, la potestas, no es suficiente – sí necesaria - para motivar y dinamizar las transformaciones en las organizaciones complejas.

En síntesis, las organizaciones de servicios sanitarios se enfrentan a:

- 1.-** Un escenario presupuestario restrictivo y con problemas de sostenibilidad financiera como consecuencia de la crisis financiera global y de su impacto en los servicios sociales preferentes como el sanitario; y que deberá enfrentar, por una parte, el impacto creciente económico de la aplicación de la medicina genómica, predictiva y de precisión -además de personalizada-, y por otra, dar respuesta a los cambios y estratificaciones poblacionales –envejecimiento- y epidemiológicos que derivan en procesos de mayor cronicidad, complejidad, pluripatología y fragilidad humana.
- 2.-** Un ciclo de disrupción tecnológica en los sistemas de conectividad (TICs) con un desarrollo digital avanzado en todos los campos de la biomedicina y de las ciencias de la salud, que determinan nuevas formas de organización y un desarrollo exigente de competencias profesionales.
- 3.-** Una cultura de dinamización social del paciente, responsablemente activado, para participar y responsabilizarse de su propia salud y cooperar en los procesos decisionales de uso prudente e informado de los recursos existentes.
- 4.-** La imperiosa necesidad de promover prácticas de buen gobierno y de responsabilidad social en los ámbitos de la gestión y profesionales de los servicios sanitarios.

y están orientando los procesos de cambio hacia:

- 1.-** El desarrollo de procedimientos de toma de decisiones clínicas basados en la evidencia científica [que podemos englobar bajo la etiqueta epidemiología clínica. Lo cual implica contar con una tecnología adecuada (modelos + sistemas de información) de evaluación de resultados (*outcomes*).
- 2.-** Nuevos sistemas de evaluación del estado de salud y condiciones personales/sociales, de necesidades y de la satisfacción de los pacientes, en un marco amplio y exigente de dimensiones y atributos de calidad, con la finalidad de orientar los procesos y actividades hacia objetivos y resultados que respondan a sus expectativas.
- 3.-** Sistemas organizativos de base cooperativa funcional y profesional que den respuesta a las transformaciones sociales, al cambio tecnológico, a los cambios en estructura y complejidad de la demanda, y a los escenarios contractivos y selectivos de financiación de los servicios sanitarios.

III.- Integración versus externalización: Evaluando y gestionando el dilema organizativo

a. Marco conceptual del *outsourcing* y tendencias de futuro.

La experiencia del *outsourcing* como herramienta empresarial estratégica se inició en 1989 por Eastman Kodak que contrató con IBM la gestión de sus sistemas informáticos con el objetivo de reducir costes, a la vez que centraba la creación de valor y la diferenciación competitiva en sus procesos esenciales⁵.

Thomas Friedman (2005) ha venido señalando que la globalización y la internacionalización de los mercados y la transferencia de capitales, estarían promoviendo nuevas formas de *outsourcing* y *offshoring* en todos los sectores productivos de la economía y ofertando soluciones globales e integradas en los procesos, funciones y operaciones tecnológicas de la cadena de valor de las empresas^{6,7}.

El término de externalización tiene su origen en la traducción al castellano del neologismo inglés *outsourcing*. La literatura también utiliza el término univalente de terciarización, que significa que un tercero (entidad exterior) desarrolla un trabajo especializado de actividades y procesos a la empresa cliente, que no posee estas competencias o capacidades esenciales para su eficiente funcionamiento.

La Asociación Internacional de *Outsourcing* fundamenta la relevancia de este tipo de desarrollos en la perspectiva de la globalización y en la necesidad de especialización creciente que exige un entorno dinámico y competitivo.

Las razones y/o ventajas para la externalización han sido bien descritas por los impulsores de estas tendencias, desde una visión generalista y para la mayoría de los sectores de la economía. Típicamente se hace referencia a la mayor efectividad para el reenfoque hacia los procesos esenciales; reducción de costes de personal; eficiencia en el uso de los recursos; mayor adaptación del servicio a las necesidades del usuario; rentabilidad de inversiones en áreas y/o productos no estratégicos; mejoras de la productividad, fiabilidad y calidad final; reducción del *time to market*; flexibilidad en el ámbito de la innovación tecnológica y de conocimientos emergentes; mayor control sobre los activos, y todo ello, ajustando costes estructurales y redefiniendo el valor añadido aportado por los procesos. Permite además competir por el talento y acceder a procesos y métodos estandarizados, mejorando la gestión de los procesos, aumentando la rentabilidad sobre activos, y ajustando costes de estructura.

Desde esta concepción empresarial, las entidades proveedoras, desde diferentes modalidades de externalización, deben garantizar la transferencia de conocimiento y experiencia cualificada con verificación de resultados, la aportación de soluciones apropiadas adaptadas al entorno y al sector, liderazgo para gestionar por procesos, independencia para armonizar conflictos de interés y capacidad de coordinación agencial para dotar de flexibilidad al proyecto. Para ello es imprescindible detallar con precisión los objetivos, apostar por la innovación tecnológica, contribuir a mejorar la estructura de

costes de la empresa y fundamentalmente, corresponsabilizarse en el co-gobierno de la transición más allá de implementar innovaciones específicas.

El éxito en el proceso de externalización se fundamenta en una gestión apropiada de la complejidad e interdependencias que genera este tipo de cambios y que afecta también a otros procesos de la cadena de valor que se mantienen integrados. Generalmente se pueden presentar dos situaciones si se consideran estas dimensiones señaladas: Cuando los servicios y procesos externalizados son de baja complejidad e importancia estratégica y muy interdependientes de otros procesos internos, para que la terciarización resulte exitosa es importante que la empresa contratante esté plenamente involucrada en la gestión y control de los mecanismos y funciones que son intervenidas por este cambio. Si la externalización es de alta complejidad e importancia estratégica sin efectos de interdependencia con otros procesos internos, para que el acuerdo contractual sea eficaz, los proveedores externos deberán estar implicados y coordinados en la estrategia global de cambio de la institución contratante⁸.

Estas tendencias de cambio en el ámbito de la economía y de la empresa moderna plantean la necesidad de un modelo de dirección que permita competir por el talento y fidelizarlo, acceder a procesos de valor estandarizados, innovar en métodos, exigiendo una mayor especialización de proveedores externos que contribuyan a mejorar la eficiencia y la productividad de las entidades contratantes.

En el caso específico de las TICs, existen varias modalidades de externalización, bien que contemplen infraestructuras (redes y sistemas de distribución), o aplicaciones. Asimismo, el grado de externalización puede ser total o parcial, en función del análisis estratégico de la institución contratante. Típicamente, las ventajas del *outsourcing* en las TICs hacen referencia a la oportunidad de un rápido cambio en las innovaciones tecnológicas, así como en la transformación de costes fijos en variables^{9,10}.

Dado que el *outsourcing* es en cualquiera de las modalidades una decisión exigente para la empresa contratante, es obligado definir con rigor las actividades críticas de la organización que dan valor a los procesos principales, conocer adecuadamente los costes y rendimientos y evaluar las ventajas y riesgos que conlleva un cambio de esta naturaleza. La formalización de esta estrategia es responsabilidad de la alta dirección dado que incluye un grado considerable de intercambio de información, de coordinación, y de mutua confianza.

b. Consideraciones sobre el *outsourcing* estratégico.

En relación al denominado *outsourcing* estratégico, la tendencia a centrarse en lo esencial (creación de valor) y sostener la ventaja competitiva, sigue siendo la razón de fuerza para apostar desde criterios de rentabilidad empresarial por este modelo. Esta visión dominante es consecuencia de la especialización

creciente de procesos y servicios que exigen cualificación profesional y competencias específicas para gestionar la disrupción tecnológica y las innovaciones emergentes. Como ya se ha señalado, decisiones en esta relevancia para el futuro de las organizaciones exige a la dirección corporativa un análisis evaluativo global y sistemático de las funciones de la cadena de valor que se verían afectadas por la externalización.

Seguir un programa de actuaciones estandarizado ayuda a la toma de decisiones a la entidad contratante y ordena los requerimientos técnicos para su ejecución.

Cuadro 2.- Bases estratégicas para la dirección en procesos de outsourcing

1. Entender el portafolio de los productos y servicios objeto de una posible terciarización;
2. Conocimiento de las ventajas reales de los procesos y del know-how que aportan a la posición de competencia de la institución;
3. Diferenciar entre los procesos y servicios que pudieran ser objeto, bien de una estrategia de *outsourcing*, o por el contrario, de un modelo de producción colaborativa o de alianzas en la producción o distribución de los mismos;
4. Seleccionar y jerarquizar los productos, procesos y servicios que deben ser evaluados para un posible *outsourcing* o producción colaborativa;
5. Investigar las bases de competencia y de garantías técnicas de los posibles proveedores externos, para asegurar el éxito bien de la terciarización o de la producción colaborativa (caso de plantearse como alternativa);
6. Diseñar un modelo contractual apropiado, que contemple garantías en relación a rendimientos, eficiencia, calidad y transferencia de valor;
7. Evaluar riesgos adicionales e implicaciones estratégicas que puedan afectar a los costes internos frente a los terciarizados y al desarrollo de competencias internas frente a terceros;
8. Conocer el balance global de cada una de las posibles estrategias elegidas.

Desde una visión crítica con determinados tipos de estrategia que pueden conducir a una desintegración de procesos centrales, es necesario señalar algunos riesgos que un *outsourcing* masivo y no bien controlado pudiera generar ¹¹. Por ejemplo, las posibles disfunciones técnicas y de cultura interna que pudiera presentar la empresa subcontratada para integrarse en el cambio de los procesos organizativos y de gestión que precisan ser rediseñados, así como tensiones organizativas en las relaciones entre agentes al imposibilitar que los propios profesionales de la empresa contratante puedan seguir adquiriendo con recursos propios nuevos conocimientos para mejorar sus propias competencias y desarrollo personal.

Por ello no son menores algunos riesgos e incertidumbres del *outsourcing* estratégico que también han merecido atención y estudio, por ejemplo:

1. Una visión netamente utilitarista del proveedor externo.

2. La posible desafección de los profesionales empresa contratante al quedar desvinculados de la gestión directa de las innovaciones tecnológicas y del acceso a nuevos conocimientos.
3. La pérdida de control sobre las necesidades reales de los procesos y de su desarrollo futuro.
4. El desajuste funcional en otros procesos internos esenciales por su interdependencia con los servicios externalizados.
5. La no identificación de costes ocultos de naturaleza personal y/o profesional del centro contratante.

Estas consideraciones nos vienen a indicar que con carácter previo a las decisiones de externalización estratégica, es preciso definir y afrontar los objetivos el cambio con una visión global e integrada en el conjunto de la empresa, y además, conocer exhaustivamente los recursos tecnológicos y humanos propios para entender adecuadamente las oportunidades de mejora¹².

La utilización o no del *outsourcing* es siempre una decisión crítica que genera cambios organizativos, soluciones de compromiso, así como desconfianza y conmoción organizativa. La experiencia demuestra que cuando se efectúan internamente los cambios estratégicos, operativos y organizativos apropiados, las mejoras conseguidas generan beneficios comparables a los producidos por modelos de externalización radical.

c.- Procesos de externalización en el sector sanitario: Aspectos generales

Es evidente que existe una tendencia creciente a entender las aplicaciones del *outsourcing* como herramienta estratégica de gestión empresarial y para impulsar el crecimiento y la mejora de la eficiencia, preferentemente en el sector privado, pero también en actividades del sector público.

Los cambios de esta orientación hacia el mercado se vienen expresando a través de una creciente participación de las instituciones privadas en el sector sanitario. Los crecimientos orgánicos más notables de cartera de prestaciones se están dando en la incorporación de tecnologías sanitarias emergentes, en diferentes formas de provisión privada de funciones y procesos de soporte estratégicos (por ejemplo, laboratorios clínicos, equipos tecnológicos de diagnóstico y tratamiento,...), así como en modelos de concertación de recursos y servicios especializados.

En los modelos de organización empresarial se viene aceptando que el *outsourcing* como estrategia para mejorar la posición y el acceso a determinadas innovaciones tecnológicas y de procesos puede estar fundamentado, siempre que su aplicación no incluya aquellas actividades críticas o centrales que sustentan las competencias esenciales y el posicionamiento competitivo de la organización.

Apostar por estrategias de externalización para buscar soluciones eficientes al incremento de la complejidad tecnológica y acortamiento de sus ciclos, así como mejorar la capacidad de respuesta con un servicio ágil y flexible a determinadas demandas, es una clara orientación en los mercados más dinámicos, que sin embargo exige una reflexión más ponderada en los ámbitos de la administración pública, especialmente si estas prácticas empresariales involucran a procesos que pudieran ser tipificados de centrales.

La externalización de procesos no estratégicos (*non-core*), viene siendo aplicada de forma creciente en los servicios sanitarios públicos. Sin embargo, no ha existido un análisis riguroso sobre lo que es potencialmente externalizable tanto en la cadena de valor como de soporte para mejorar la eficiencia de las operaciones y rebajar los costes, además de las posibles externalidades positivas en relación a conocimientos, flexibilidad y mejoras tecnológicas.

En todo caso, estos formatos ordinarios de externalización no afectan generalmente a los procesos críticos de la cadena de valor asistencial, ni a los recursos humanos o tecnológicos considerados neurálgicos para el buen funcionamiento de las instituciones sanitarias.

Una vez que está bien conceptualizado y definido el cómo, cuándo y qué externalizar, la siguiente etapa de gestión operativa del cambio requiere:

1. Evaluar el riesgo de dependencia de la entidad proveedora del servicio externalizado.
2. Tomar en consideración la información reservada presente en el contrato, ante los riesgos de posibles incumplimientos por alguna de las partes.
3. Fortalecer la confianza en la que se sustenta la responsabilidad social corporativa de la transacción contractual.
4. Garantizar que las capacidades estratégicas y operativas de la institución proveedora responden a los objetivos del proceso de externalización.
5. Gestionar el compromiso de las entidades implicadas con flexibilidad, transparencia y adaptación a los posibles cambios que pudieran establecerse.
6. Establecer un modelo de liderazgo basado en la misión del ente contratante.
7. Desarrollar con criterios de innovación la gestión contractual¹³.

Un tipo de cambio prudente, proporcionado y coherente con la propia cultura de la empresa, evaluando y ponderando riesgos, nos viene a señalar que no es razonable descapitalizar en su totalidad determinadas capacidades y recursos internos, por si fuera necesario retomar el gobierno y control de funciones principales.

Es imprescindible mantener una determinada infraestructura de recursos propios, que permita reconducir la organización operativa ante determinadas contingencias o imprevistos el autogobierno y autogestión de los procesos esenciales. Si la decisión de externalización está fundamentada y es firme, es aconsejable que el modelo contractual entre las partes esté muy bien definido

y sea flexible, es decir, revisable y/o modificable, además de permitir evaluar con rigor los resultados completos de la provisión externa, conocer el impacto de la innovación tecnológica en los procesos internos, constatar mejoras en el rendimiento y calidad del servicio, y en suma, identificar el valor añadido real de las funciones terciarizadas¹⁴.

Como ya se ha señalado, la no evaluación de riesgos e implicaciones estratégicas en materia de externalización con carácter previo a la toma de decisiones, puede llevar a desarticular toda una política integrativa en los servicios sanitarios públicos, por afectar directamente a los procesos críticos de la cadena de valor asistencial.

Además, los costes de transacción de una externalización pueden ser tan relevantes que cuestionen la propia naturaleza del proceso en términos de eficiencia relativa, máxime si se precisa de un gran esfuerzo para gestionar las claves internas de la negociación y el instrumento contractual entre las instituciones implicadas¹⁵. A nivel nacional, el estudio de las diferentes modalidades de externalización desde la perspectiva de los costes de transacción y los posibles efectos y/o riesgos sobre la función de gobierno y la cadena de valor de los servicios sanitarios ha sido razonablemente analizado^{16,17}.

Un aspecto relevante del proceso de externalización es el posible efecto que pudiera tener sobre las bases del conocimiento de la organización sanitaria, máxime cuando proteger y custodiar este capital intelectual se ha convertido en un objetivo estratégico de todas las instituciones modernas. Es razón por la que las instituciones sanitarias públicas deben promover la gestión del conocimiento esencial y ganar la batalla por el talento; sino es así, sus competencias distintivas no podrán ser sostenidas en el tiempo, lo que significaría un riesgo de dominio en el binomio eficiencia-equidad, con la consiguiente pérdida de legitimidad social.

Conviene también señalar que para gobernar y controlar un proceso de cambio de esta naturaleza y complejidad se requiere prestar atención a las nuevas categorías y dominios de conocimiento que haga posible la coordinación y evaluación de resultados que exige una toma de decisiones estratégicas y operativas bien fundamentada.

Por otra parte se viene tratando en la literatura empresarial y en las ciencias sociales y humanistas los efectos adversos que algunas estrategias de externalización no bien fundamentadas, pudieran tener sobre lo que Robert Putnam denomina capital social (incluye la calidad del clima organizativo), en relación a su influjo en los microsistemas de prácticas profesionales; por ejemplo: modificaciones en las relaciones e interacciones organizativas; cambios en el rendimiento de las actividades productivas; fragmentación de competencias profesionales y tecnológicas; ruptura de los modelos de trabajo cooperativo basados en la experiencia y aprendizaje de equipos multidisciplinares; alteración de los mecanismos de confiabilidad profesional necesarios para llevar a cabo iniciativas sociales emprendedoras; y

eventualmente, disminución de la productividad de los trabajadores del conocimiento¹⁸.

Retener en las organizaciones los procesos de valor y de naturaleza personalizada debe ser un objetivo estratégico de toda institución cuyo capital reputacional técnico y social está basado en sus competencias esenciales. Las tendencias actuales del mercado con herramientas de *outsourcing* y *offshoring* vienen planteando estrategias muy activas para reducir costes y llegar a ser más eficientes; sin embargo, los resultados no están siendo los esperados. Por contra, es decir, impulsar políticas de *insourcing* e *inshoring* debiera ser también considerada por las organizaciones que precisan gobernar el conocimiento y crear valor en los procesos. Es de interés investigar sobre este aspecto para evaluar el riesgo operativo y estructural que puede generarse por decisiones que afectan al núcleo central de las actividades de la organización¹⁹.

En nuestro contexto actual sanitario, la disyuntiva entre una integración vertical completa y la privatización bajo formas de gestión indirecta, podría resolverse con modalidades híbridas que concilien intereses y competencias entre mercado y sector público (*joint venture*, alianzas, franquicias, acuerdos vinculantes de propiedad de activos de inversión;...) preservando la administración sanitaria la coordinación general de los procesos, las garantías públicas y el control jurídico y patrimonial.

No obstante, cuando el sector privado se acoge a principios de buen gobierno y garantiza la calidad del servicio asistencial, promueve la eficiencia social y desarrolla competencia gestora y profesional para el acceso y uso apropiado de tecnologías sanitarias, las relaciones de mutuo interés pueden establecerse en un marco conveniado estable y vinculante para la integración de recursos en las redes de utilización pública de prestación sanitaria.

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 y responsabilidad social.

Debemos con una visión de síntesis considerar que la mejor estrategia para evitar rupturas desintegrativas en la cadena de valor de la empresa sanitaria, es apostar por la renovación profunda de las burocracias administrativas que han mostrado no ser la forma más apropiada para dar respuesta a las grandes transformaciones sociales y a los cambios dinámicos del entorno global económico y tecnológico: Integración frente a desintegración, intraemprender frente a externalizar, cohesión frente a fragmentación, son las claves para la reforma de las burocracias funcionales que agarrotan con sus ordenanzas y procedimientos los servicios sanitarios públicos.

III.- Revisando los procesos de jerarquía y mercado en los servicios sanitarios

a. La racionalidad burocrática.

Es un criterio generalmente compartido en las ciencias de la empresa que las acciones de integración de procesos de valor y de competencias centrales contribuyen a fortalecer en el tiempo las ventajas competitivas, y que, por contra, se socavan los cimientos organizativos cuando las decisiones de cambio vulneran este principio de gestión estratégica. Sin ser categórico en esta visión, la posición distintiva del sector sanitario público se ha basado históricamente en este fundamento organizativo integrador de los recursos y capacidades internas que ha contribuido básicamente a crear las redes de valor en la cadena de servicios asistenciales.

La integración vertical en el sector sanitario público, sigue siendo una ventaja en su posicionamiento estratégico porque permite diseñar y controlar la interacción de los principales subsistemas, ordenar y planificar de forma centralizada la cartera de servicios, conectar funcional y horizontalmente los diferentes niveles y procesos, obtener economías de escala y gama, consolidar el conocimiento especialista idiosincrásico, mejorar los costes operativos unitarios extrayendo todo el rendimiento posible de la continuidad prestacional y racionalizar el uso de las tecnologías disponibles.

Sostener determinadas estructuras jerarquizadas para custodiar conocimientos de especialización funcional, no está en contra de renovar proactivamente elementos mecanicistas rígidos de la organización sanitaria, a través de un diseño funcional que facilite la coordinación entre niveles y unidades, dote de mayor flexibilidad a los instrumentos de gestión económica y profesional, provea de mayor autonomía y derechos de decisión a los microsistemas asistenciales, se establezcan incentivos la eficiencia clínica y se ponga en valor la identidad y compromiso con la institución.

Frente a la racionalidad burocrática de lógica predictiva, estable y estructura vertical y jerárquica, la complejidad de la medicina moderna y de la empresa de servicios sanitarios exige una mayor profundización adaptativa a través de nuevas formas organizativas y herramientas de gestión, contribuyendo al proceso de fortalecimiento de las propias capacidades y competencias.

El propio Mintzberg de forma atinada escribe *“las estructuras burocráticas no garantizan una gestión socialmente eficiente y de calidad, miran más hacia dentro que hacia fuera y sólo buscan perpetuarse”*²⁰.

La rigidez de sus instrumentos administrativos, limita la incorporación de nuevas corrientes culturales, tecnológicas y de conocimiento necesarias para dar respuesta a la complejidad e interdependencia que caracterizan a los servicios sanitarios. La sinergia de estos tres factores de producción constituye

lo que denominamos competencias esenciales, que son la base del crecimiento internamente sostenible y consolidación de las organizaciones modernas.

Por ello, en una perspectiva amplia, la modernización del SNS debe ser sinónimo de “*desburocratización*”. Porque en las tecnoestructuras rígidas o poco flexibles queda poco espacio para la imaginación creativa, y para que se manifieste el ingenio, la iniciativa social emprendedora, la autogestión, la eficiencia y la noble tarea de expresión humana en plenitud²¹.

Como bien señala González-Páramo “*sí el peso de la ineficiencia de las decisiones públicas crece significativamente, la frontera de lo que podría hacer el Estado se desplazará hacia el mercado, y habrá que asumir pérdidas de bienestar social y de equidad que podrían haberse evitado*”.

b.- La colaboración institucional entre el sector público y privado

Tradicionalmente en el sector sanitario público se han venido subcontratando mediante diferentes modelos de concertación, una gama de servicios sanitarios y técnicas diagnósticas (estudios radiológicos y analíticos) y terapéuticas (preferentemente procesos quirúrgicos), así como y de forma más intensiva, actividades generales de soporte y mantenimiento de funciones transversales de los centros sanitarios (lavandería, higiene y limpieza, seguridad, cafetería y comedores, esterilización, etc.).

De forma creciente también está presente la contratación externa en los procesos horizontales de base tecnológica y otros como las TICs, en donde el grado de especialización y disrupción, incentivan hacia opciones de externalización²². En este sector en particular, en donde las innovaciones son de ciclo corto, la propia naturaleza, complejidad, dependencia y efectos a largo plazo que generan estas adquisiciones y/o externalizaciones tecnológicas, exige diseñar y regular el acuerdo o contrato de nivel de servicios con garantías técnicas y jurídicas que muy delimitadas y precisas, que afectan entre otros aspectos a la protección de datos personales, propiedad intelectual del software, migraciones del sistema, posibles cambios de plataforma, parametrización y seguridad de los procesos, rendimiento operativo, etc²³.

En general, la mayoría de los formatos que se han descrito de externalización de servicios y procedimientos tecnológicos, bien ordinarios o de mayor especificidad (TICs), no afectan a los procesos centrales y/o complejos de la cadena de valor asistencial, ni a los recursos humanos o tecnológicos disruptivos considerados neurálgicos para el desarrollo de los modelos de experiencia o aprendizaje, la coordinación interfuncional, la integración de factores de producción y el buen funcionamiento de las unidades funcionales o microsistemas de salud.

Las posibles ventajas económicas a las que pudiera conducir una estrategia de *outsourcing* selectiva para el acceso preferente a innovaciones tecnológicas en las administraciones públicas, deben estar bien documentadas y evaluadas.

Desde la función de gobierno sí debiera estudiarse las oportunidades es para el acceso más flexible a servicios y tecnologías con alto valor añadido que incrementen la productividad y el rendimiento técnico, y que habitualmente se ubican en la cadena de soporte de las organizaciones sanitarias públicas. A este respecto, y disponiendo de la garantía contractual de calidad y de continuidad del servicio, pudieran estudiarse alternativas de cooperación estratégica para:

1. Determinados procesos de apoyo que precisen innovación tecnológica.
2. Funciones de logística como la gestión de compras, que impliquen economías de escala y mejoras en la eficiencia asignativa y técnica.
3. Integración de conocimiento estandarizado para su aplicación a los procesos centrales.
4. Promover mayor crecimiento orgánico en servicios sanitarios especializados de calidad contrastada, a través de la denominada producción colaborativa. Este tipo de cooperación de interés estratégico y social permiten conseguir dimensiones más eficientes en el sistema de operaciones, economías de gama y diversificación de cartera.

Sin embargo una externalización estratégica radical que altera y desintegra de forma irreversible procesos críticos de los servicios sanitarios sin previa evaluación ni pruebas evidentes de la eficacia de estos cambios y en ausencia de una visión global sobre sus efectos en la arquitectura organizativa, la cadena funcional de valor, la continuidad asistencial y el sistema de jerarquía vertical, debiera ser impugnada desde principios de buen gobierno, máxime si estas transformaciones orgánicas “*commitment*” el futuro y preconditionan la sostenibilidad a largo plazo²⁴.

De hecho las propias empresas proveedoras externas con una cultura de responsabilidad social corporativa contrastada, que pudieran potencialmente ser socios colaborativos estables con el sector público, plantean que la materialización del *outsourcing* integral implica un largo proceso de maduración y coordinación entre entidades, para hacer posible un mutuo desarrollo basado en la confianza y la transparencia^{25,26}.

c.- Interrogantes y controversias en las nuevas formas organizativas y de gestión sanitaria

En los últimos años, el modelo de cooperación y complementariedad tradicional entre el sector público y privado está cambiando significativamente a través de modificaciones orgánicas relevantes, con iniciativas por parte del asegurador público orientadas a la externalización radical bajo diferentes formas de gestión indirecta y con vinculaciones jurídicas contractuales estables, como por ejemplo, las concesiones administrativas y las Iniciativas de Financiación Privada (PFI, en inglés) para ejecución de obra, servicio y mantenimiento, y que tienen implicaciones en los activos patrimoniales, ratios financieros a largo

plazo y cambios estructurales irreversibles en la cadena de valor de los servicios sanitarios públicos^{27,28}.

Estas experiencias internacionales en las políticas públicas de inversión sanitaria en infraestructuras y activos inmovilizados, bajo modalidades PFI o PPP, han permitido perfeccionar los instrumentos financieros ajustando métricas en el diseño de amortización y en el modelo de rentabilidad, para así optimizar el apalancamiento y las tensiones en los presupuestos públicos. Con este propósito, Instituciones como el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios, el Colegio Imperial y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, han venido analizando estos sistemas de financiación privada con la finalidad de que seas socialmente eficiente para el sector público.

En los gobiernos de países anglosajones existe una importante tradición y experiencia reguladora que ha permitido garantizar jurídicamente la transparencia y la descentralización de procesos que estaban verticalmente integrados en la administración pública. La dificultad estriba como conseguir el óptimo de eficiencia pública entre una administración burocrática que exige garantizar el control de sus procesos y la necesaria descentralización funcional para crear un servicio más próximo y eficaz.

Las reformas organizativas y los modelos de inversión en infraestructuras sanitarias promovidos en el Reino Unido²⁹, Australia^{30,31} y más recientemente en Canadá^{32,33,34}, así como los instrumentos reseñados de gestión financiera que han venido sustentado las políticas públicas en estos países, merecen ser estudiados y evaluados comparativamente para conocer sus resultados a largo plazo.

Las fórmulas CPP (colaboración público-privada) en la sanidad de nuestro país se vienen introduciendo como soluciones asociadas a la innovación, control de costes y eficiencia económica, que asumiendo riesgos financieros y operativos) y responsabilidades puedan ayudar al sector público, en razón al mutuo interés, a crear nuevas infraestructuras, equipamientos y servicios.

En el SNS y según lo expresan -como ventajas- sus promotores este sistema de concesión administrativa sanitaria en sus diferentes variantes y sobre una base de financiación capitativa (prima per-cápita), optimiza la asignación de recursos, maximiza el uso de las capacidades del sector privado, ajusta la rentabilidad del proyecto (TIR) al riesgo financiero asumido, ejecuta la inversión en presupuesto y plazo, innova en herramientas y técnicas de gestión, elude formalmente la contabilización de este gasto/inversión al quedar fuera del balance de la Administración (Protocolo de los Acuerdos de Estabilidad y Consolidación Fiscal y del Sistema Europeo de Cuentas Públicas)^a, desarrolla especialización y

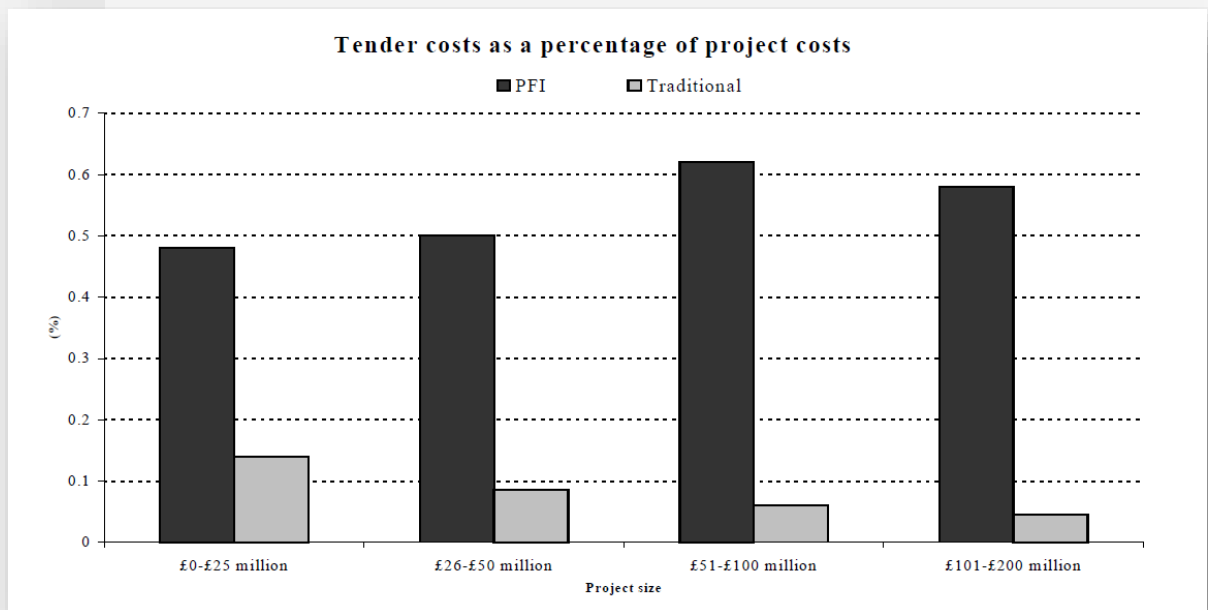
^a Es también importante señalar que las partidas no contabilizadas como rúbricas de deuda pública acogiendo al Protocolo Europeo de Estabilidad y Consolidación fiscal., así como del Sistema Europeo de Cuentas Públicas, no tienen la misma consideración para el FMI cuando este Organismo intervienen los “procesos de rescate” o de “salvamento” a países periféricos de la eurozona, junto con las Instituciones Comunitarias competentes. Como ha manifestado Poul Thomsen, máximo representante del FMI en estas negociaciones con la UE, para analizar y estimar la calidad de la deuda soberana de estos países, los proyectos de financiación público-privada (PPP), representan en sus propios términos un “agujero negro” y se han convertido en vehículos poco transparentes a través de los que los estados han “extendido sus tentáculos”. Los ajustes pactados entre el FMI y la UE están embridando estos proyectos plurianuales con PPP ejecutados, en fase de licitación o de compromiso presupuestario, para integrarlos en términos de contabilidad

capacidades expertas para el sector público, acorta el ciclo de gestión administrativa y de ejecución de obra, reduce posiblemente costes estructurales por la mayor flexibilidad en la gestión de activos, genera unas mayores cotas de eficiencia productiva -productividad-, predefine y asegura un gasto corrientes, garantiza innovación gestora y tecnológica, otorga solvencia, viabilidad y seguridad jurídica con garantías contractuales para las partes y minorra los costes de explotación en comparación con los incurridos por el sector público.

Son argumentos suficientes según sus impulsores para que este modelo concesional sea una alternativa razonable y económicamente eficiente para el sector público, máxime en una coyuntura como la actual de crisis de deuda y exigente desempeño fiscal.

En contraposición a la visión proactiva hacia sistemas PPP, se viene manifestando de forma crítica que esta opción genera determinadas desventajas para el sector público, como por ejemplo: las dificultades de coordinar todo el proceso de gestión del proyecto (incrementan los costes de transacción, coordinación y control), el alto coste operativo del sistema de contratación y el sobrecoste de financiación del proyecto a largo plazo.

Grafico 1. Costes del proceso contractual como porcentaje de los costes totales del proyecto FMI



Fuente: House of Commons. RESEARCH PAPER 01/117 (18 DECEMBER 2010), UK, LONDON

También se fundamenta que el riesgo financiero en que incurre el concesionario –o sociedad interpuesta- en la inversión resulta más oneroso para la Administración que un proceso de capitalización pública directa con recursos

pública en el protocolo de valoración de la deuda soberana. Por tanto, para el FMI, la deuda “embalsada” y oculta en el balance contable de las AA.PP. vinculada a modalidades CPPs (concesiones administrativas, arrendamientos operativos, PFI, joint ventures,...) tiene la misma consideración como obligaciones que debieran ser computables, que las empresas y corporaciones públicas que también se acogen al Protocolo Europeo.

propios. A este respecto, quienes no comparten este modelo de externalización radical exponen que la experiencia en España en los últimos doce años con modelos de CPP para nuevos centros hospitalarios ha comportado para la Administración un compromiso de gasto en términos promedio de unas seis veces el coste de la inversión inicial (a precios del año de inicio de la construcción). Además sin olvidar que la calidad de los bonos de la inversión privada bajo el modelo concesional es relativamente baja por la alta volatilidad e incertidumbre de la prima de riesgo lo que soportan (rentabilidad del acreedor) en el proceso de intermediación financiera^b

Por otra parte, los sistemas de pago, básicamente de naturaleza poblacional (cápita con /sin ajuste) o globales (canon, tarifas,...), merecen un escándalo de costes a imputar al proyecto riguroso y transparente.

En el plano de la ordenación y gestión sanitaria, las instituciones en régimen de concesión presentan dificultades en el proceso de coordinación e integración en las redes asistenciales complejas multinivel, así como en las potenciales formas de cooperación inter-centros para mejorar economías (escala, gama,...), conseguir dimensiones eficientes en la función de producción y crear carteras tecnológicas compartidas.

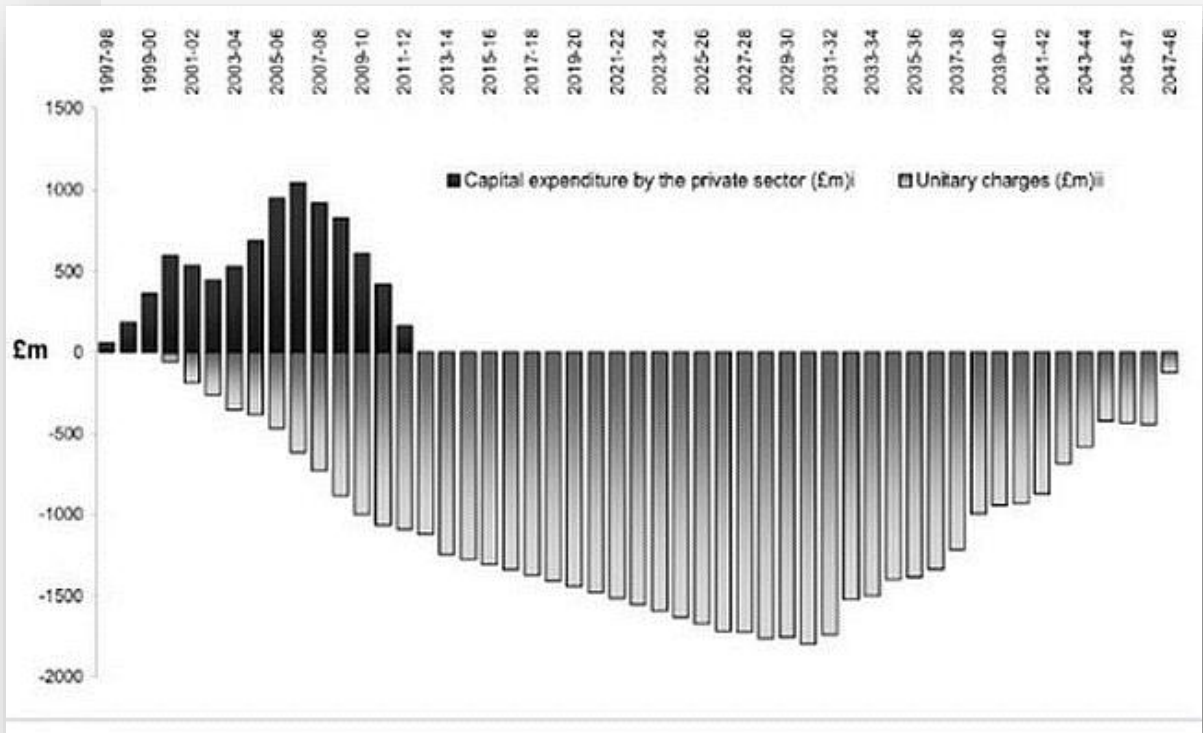
La desubicación orgánica y funcional de estas instituciones autónomas privadas con el conjunto de las redes públicas asistenciales y sociales integradas en la cadena de valor, dificultan el cumplimiento de los objetivos generales, la rendición de cuentas, la representación y participación democrática en los órganos de gobierno y la internalización organizativa de los valores que orientan la política general de los servicios sanitarios públicos.

Si el instrumento contractual y el financiero son jurídicamente poco flexibles en el modelo concesional, la descentralización cuasi-completa de los derechos de decisión -por la transferencia de responsabilidades y competencias esenciales- a mercados minoristas secundarios o poco maduros, puede generar efectos impredecibles dado el largo ciclo temporal de la concesión (15-30 o más años) y por los cambios difícilmente predecibles en el ámbito de la economía, y de los factores tecnológicos, organizativos y sociales. Todo ello, más allá de las garantías de regulación y control de la Administración para estos activos de propiedad privada.

Se acepta en general que los sistemas CPPs generan costes superiores en el largo plazo en comparación al sistema tradicional y el riesgo financiero para la Administración en un ciclo temporal de colaboración tan amplio y cambiante es de difícil valoración.

^b La calificación bursátil de los bonos emitidos por las empresas que desarrollan estos proyectos son de media-baja rentabilidad en comparación con los bonos soberanos emitidos por los Estados, incluso en la situación actual de muy alta volatilidad de los mercados de deuda.

Grafico 2. Prototipo de financiación privada con modelo PFI



Fuente: Hellowell M, Pollock AM. Private finance, public deficits A report on the cost of PFI and its impact on health services in England. The Center for International Public Health Policy, University of Edinburgh.

Es claro que las diferencias de criterio sobre el modelo concesional o cualquier otro subsistema de externalización deben dirimirse a través de una evaluación rigurosa, fiable y sistemática.

Todas estas ventajas e inconvenientes de la CPP están hoy presentes en el “debate sanitario”, pero el soporte argumental y la evidencia siguen siendo débiles. Es claro que las diferencias de criterio sobre el modelo concesional o cualquier otro subsistema de externalización deben dirimirse a través de una evaluación rigurosa, fiable y sistemática que analice de forma comparada los resultados de las diversas formas de terciarización –de diferente radicalidad– frente a los sistemas de capitalización pública convencionales, que sin duda en los últimos años han flexibilizado la operativa de los procedimientos administrativos a través de empresas o entes públicos de intermediación.

La concesión de infraestructuras desde las Administraciones Públicas a la iniciativa privada exige considerar en el análisis del proceso no sólo las dimensiones de riesgo financiero y de rentabilidad de la inversión para el concesionario, sino también otros factores de impacto global que puedan afectar a los sistemas asistenciales integrados, a las funciones secuenciales de la cadena de valor y de soporte de las instituciones públicas, a lo microsistemas que custodian las bases de experiencia y las best prácticas, a la cultura organizativa y profesional existente, a los derechos y garantías laborales y sociales, al propio capital social público, así como al modelo de gobernanza institucional y gerencial existente en las AA.PP^{35,36}.

Un aspecto especialmente relevante a considerar en toda iniciativa de CPP son las características, funciones y tipología estructural diferencial de las

instituciones sanitarias que pudieran ser objeto de una fórmula contractual de asociación o relación de tipología concesionaria.

Así por ejemplo, en centros públicos de alta especialización y servicios terciarizados, pudieran estudiarse sistemas de colaboración en redes integradas de multi-provisión para rentabilizar inversiones innovadoras y dar una respuesta eficiente a procesos disruptivos como la terapia génica y celular o la oncología compleja. En hospitales generales de distrito y comarcales, la integración horizontal y en red de recursos diagnósticos, terapéuticos y de soporte, podría facilitar el avanzar hacia la digitalización de sistemas productivos la cadena de valor asistencial, a la vez que atender a la complejidad generada por los cambios en la complejidad y variabilidad de la demanda, en relación a los procesos crónicos y pluripatológicos. Asimismo, en las instituciones sociosanitarias y residenciales integradas en red, pudieran también desarrollarse soportes telemáticos y otros sistemas de conectividad - internet- para facilitar la atención domiciliaria estandarizada y el trabajo multi e interdisciplinario.

Retomando nuestro recorrido histórico y como consecuencia de la recesión económica global vivida, y los efectos financieros y fiscales derivados sobre el conjunto las Administraciones Públicas Regionales, se impulsaron en su inicio alternativas de financiación privada bajo diferentes tipologías concesionarias, que apalancaban contractualmente obligaciones de endeudamiento a largo plazo al sector público.

Estas iniciativas trataban de consolidar un modelo de concesión para infraestructuras sanitarias que ya había sido iniciado en algunas Comunidades Autónomas en periodos antes del inicio de la crisis. En los últimos años, algunos de estos proyectos de CPP en determinados ámbitos territoriales, han sido revertidos, bien por cambios de orientación ideológica o estratégica de los gobiernos autonómicos, bien por una “revisión crítica” de estos modelos de externalización orgánica y poblacional.

En todo caso, el debate sigue abierto y controvertido en el ámbito institucional, académico y social sobre las diferentes modalidades de colaboración singular y contractualización entre el sector público y privado, posibles alianzas a través de iniciativas de *outsourcing* estratégico con organizaciones *non- for- profit*, acuerdos consorciados para integrar en redes de provisión asociadas innovaciones tecnológicas o programas biomédicos de investigación avanzada, líneas de producción compartidas pro-eficiencia en actividades asistenciales estandarizadas que generen economías de escala, así como cualquier otra forma o esquema de colaboración público-privada para fortalecer infraestructuras de apoyo en la cadena de valor asistencial; todo ello, con las garantías antes señaladas el mutua lealtad entre instituciones y criterios de buen gobierno.

Las tendencias crecientes de colaboración público-privada exigen un marco normativo general para el conjunto de las administraciones sanitarias, que regule los derechos de las partes contratantes y garantice su cumplimiento.

d.- Visión de futuro en la colaboración público privada

Las tendencias crecientes de colaboración público-privada exigen un marco normativo general para el conjunto de las administraciones sanitarias, que regule los derechos de las partes contratantes y garantice su cumplimiento^{37,38,39}.

Como ya se ha señalado, toda posible estrategia de profundizar en la política de colaboración entre el sector público y privado, debe estar presidida por principios de buen gobierno y mutua confianza en un marco político predefinido de modernización sanitaria y eficiencia en el servicio público, que garantice contractualmente la integración funcional de los procesos asistenciales, así como la preservación en la titularidad pública de las competencias y activos estratégicos del sistema sanitario público. La responsabilidad institucional y el capital social son los elementos sobre los que construir un nuevo marco regulado y vinculante en la colaboración entre el sector público y privado. **(ANEXO)**.

En nuestro sistema sanitario, la privatización de activos y competencias esenciales, a través de diferentes modalidades de externalización puede estar produciendo, quizás de forma irreversible, efectos de ruptura sobre una concepción organizativa verticalmente integrada de los servicios sanitarios y de la gestión pública:

1. Fragmentación de competencias públicas esenciales;
2. Corte en los ciclos de innovación tecnológica;
3. Desintegración de las funciones esenciales de la cadena de valor y de soporte asistencial y
4. alteración de los modelos de cooperación en los meso y microsistemas generados en los ciclos de experiencia y aprendizaje interno, y que han sido, posiblemente, el principal factor de competencia distintiva y competitividad en los servicios sanitarios públicos.

Todos estos elementos de riesgo potencial deben ser ponderados para analizar desde la racionalidad las evidencias disponibles sobre los modelos organizativos y de gestión que se vienen proponiendo. Al respecto, deben estar siempre presentes los efectos –a veces menos identificables, pero no por ello irrelevantes- que estas iniciativas tienen sobre el conjunto de la organización y los microsistemas asistenciales, como por ejemplo:

1. los tipos de contratación y negociación en las relaciones laborales y sociales;
2. el esquema funcional: de los grupos y comunidades de prácticas profesionales;
3. la experiencia propia con los modelos de calidad y de gestión por procesos;

4. los sistemas o subsistemas de integración horizontal de recursos y factores;
5. las relaciones agenciales y actuaciones de los grupos de interés;
6. las nuevas TICs y la gestión del conocimiento y de los activos de capital social;
7. la centralidad de los objetivos preferentes del sistema público (la salud de las personas y poblaciones);
8. la coordinación de redes (interhospitalarias y atención primaria) y estratos asistenciales;
9. los sistemas de información que garanticen la gobernanza y el control de las actividades y procesos esenciales –órganos internos de representación profesional y social-;
10. y la cultura de participación democrática coherente con los principios y la misión del sistema.

La denominada gestión indirecta como categoría privatizadora de servicios públicos requiere de un análisis fundamentado y garantista sobre la **factibilidad** (expansión, encaje estratégico, riesgos asumidos,...); **coherencia interna** (consistencia con la estrategia y la planificación de los recursos públicos, grado de participación y segmentación cualificada del mercado, integración de/en los procesos internos y externos,...); **coherencia externa** (apropiabilidad con los factores cambiantes del entorno, así como del conocimiento de la estructura y complejidad de la demanda,...); y **naturaleza del valor añadido** a la cartera de servicios y garantías públicas (calidad de activos estratégicos, resultados asistenciales y económicos, ventajas competitivas, sostenibilidad social,...).

En todo caso, la gestión indirecta en sus diferentes formas contractuales externas (convenio, concierto, concesión o arrendamiento exige un protocolo de garantías públicas y un proceso evaluativo de buen gobierno que permita:

1. Analizar el valor intrínseco de la cartera de procesos propios.
2. Estudiar los costes de transacción, coordinación y control.
3. Ponderar las ventajas y fortalezas de posicionamiento y de participación en el mercado sanitario, así como de las posibles desventajas de mantener algunas funciones y servicios horizontales en el sistema burocrático integrado.
4. Considerar las necesidades de información y control así como evaluar su coste.
5. Evaluar el coste-efectividad de los procesos productivos a terciarizar.
6. Conocer los niveles de especialización y de competencias de algunos proveedores que han entrado de forma oportunista en este segmento de mercado.
7. Considerar las dependencias orgánicas y funcionales a las que conlleva este “enganche” a largo plazo.
8. Estimar un balance general sobre los costos internos frente a los costos terciarizados.

Por consiguiente en todos los esquemas de externalización que pudieran plantearse, desde sistemas consorciados entre instituciones públicas y

privadas, líneas de colaboración para producción masiva y estandarizada, sistemas de información y acceso a TICs, procesos de logística y mantenimiento especializado, deberán exigirse estudios de eficiencia en términos de coste/efectividad, coste/utilidad o resultados económicos operativos contrastados. Es posible también seguir profundizando en sistemas de integración vertical y horizontal que diversifique la oferta de servicios sanitarios, creando redes compartidas de dimensiones eficientes con entidades de amplia titularidad y contrastada solvencia y calidad de oferta.

Porque existen modelos de organización y gestión antiburocráticos en el marco regulado institucional y jurídico de las denominadas “formas de gestión directa” que permiten avanzar en procesos de cambio profundos para mejorar los instrumentos y herramientas flexibles de buena práctica gerencial. Ello debe permitir, no sólo mejoras sustantivas en los criterios de asignación de recursos y en la dirección de personas, sino que además, garantizan los derechos laborales y sociales y promueven la participación profesional en órganos colegiados y juntas de gobierno, avanzando en la autonomía y autogestión, y dando carta de naturaleza al principio de buen gobierno institucional.

Para progresar en un cambio creíble, confiable y seguro, nunca exento de incertidumbres, se precisa también un cambio cultural interno que cuestione determinadas convicciones ortodoxas, tan inmutables como ineficientes, dejando de lado creencias basadas en dogmas y mitos, para sustituirlas o renovarlas por pruebas o evidencias bien fundamentadas desde la experiencia y la evaluación, contribuyendo a mejorar la eficiencia y calidad de los servicios sanitarios, a la vez que garantizar la sostenibilidad financiera del propio sistema.

Sabemos que las instituciones sanitarias son prototipos organizativos incompletos que exigen experimentación, evaluación, pruebas y procesos de aprendizaje para desarrollar su propia base de evidencias. Es por ello que toda propuesta de externalización estratégica que pueda reconfigurar funciones esenciales de la cadena de valor asistencial, exige una visión crítica y humildad para poner en duda resultados que hayan podido ser obtenidos en otras instituciones, aunque pertenezcan al mismo sector económico y social.

Son muchos los dilemas que siguen abiertos en la teoría de rediseño organizativo y en la modelización económica de la cadena de valor de los sistemas complejos y adaptativos, como el sanitario. Diversidad frente a complementariedad; externalización frente a recentralización; jerarquía frente a transversalidad; innovación frente a control; proceso de cambio radical frente a continuo; cooperación frente a competitividad; regulación frente a desregulación; uniformidad frente a flexibilidad; así como otras paradojas que gestionadas apropiadamente dinamizan la creatividad y el equilibrio organizativo.

Podemos considerar que la alianza de base colaborativa o asociativa que establece un continuo entre *outsourcing* (mercado) e integración (sector público), se refuerza con la compatibilidad cultural y el estilo de gobierno de las instituciones

Quizás la actual coyuntura económica de corte contractivo que nos ha conducido a procesos de ajuste presupuestario y necesaria racionalidad en la asignación de recursos y producción de servicios, es una oportunidad de ensayar con rigor posibles alianzas estratégicas y otras formas de crecimiento apropiadamente evaluadas.

Una opción alternativa eficiente desde el ámbito público, debería considerar posibles relaciones contractuales, tipos de colaboración o alianzas estables con el sector privado de carácter complementario, y sustentadas en la confiabilidad y transparencia, más allá de los contenidos técnicos reflejados en el instrumento contractual de arrendamiento⁴⁰.

Desde esta visión, podemos considerar que la alianza de base colaborativa o asociativa que establece un continuo entre *outsourcing* (mercado) e integración (sector público), se refuerza con la compatibilidad cultural y el estilo de gobierno de las instituciones que se vinculan de forma contractual a través de estrategias comunes e interdependientes y bajo criterios de calidad relacional y reputacional^{41,42}.

Anexo: Responsabilidad y capital social

a. El nuevo concepto de integridad.

Un factor sustantivo, tan importante como el conocimiento y la tecnología en los sistemas productivos es la integridad, que ha sido recientemente relacionada empíricamente con la productividad y el buen funcionamiento de la economía productiva⁴³.

La integridad, como atributo moral y social ha sido considerada tradicionalmente desde las leyes ontológicas de la conducta humana como una virtud relevante en las relaciones de agencia, cuando se han evaluado los conflictos de interés en las instituciones y en la economía en general. También se han estudiado con especial prioridad en el mundo empresarial las relaciones entre moralidad ética, legalidad (gubernamental) y resultados económicos y sociales.

Sin embargo, la mayor parte de las disfunciones y problemas que se generan en la empresa moderna no pueden ser bien explicadas desde un modelo positivo de agencia sustentado en una visión reduccionista de los conflictos de interés entre personas en general y *stakeholders*.

¿Cómo hacer por tanto visibles los problemas de integridad intrapersonales, interpersonales, institucionales, organizativos y sociales? Si se considera a la integridad como un factor de producción crítico, que puede ser relacionada con el análisis coste/beneficio, y evaluada en términos de coste/efectividad, podemos atribuirle un valor de eficiencia a largo plazo y un elemento necesario para conseguir maximizar el rendimiento organizativo ni los resultados de un

sistema económico, más allá de las dimensiones propiamente epistemológicas y de las leyes ontológicas explicativas del conocimiento ético y de los principios esenciales de enjuiciamiento moral en la conducta humana.

Sabemos que la integridad en nuestro acervo cultural y social dentro del sector de la salud la identificamos con las virtudes del profesionalismo y de la bioética: respetabilidad, rectitud, altruismo, liderazgo y responsabilidad mora. Si violamos la ley de la integridad –el ser íntegros en la palabra y la acción-, no es posible descubrir el velo virtuoso de las organizaciones honorables; es decir, aquellas que entienden su misión al servicio de las personas y de la sociedad.

Los costes implícitos y explícitos de la no integridad –llamémoslos en nuestra jerga efectos adversos- son demoledores para las personas, los equipos de trabajo, las organizaciones, la economía y la propia sociedad; aunque a menudo -las crisis económicas y organizativas, así como todo tipo de desórdenes funcionales- se atribuyen a causas diferentes a la integridad.

En última instancia, la integridad (como virtud opuesta al oportunismo utilitarista) con uno mismo y con los demás, se tiene que expresar plenamente en la vida real de las personas y en el funcionamiento de las instituciones. Este -velo de la invisibilidad- custodiado en esta ley de la integridad, puede identificarse en las conductas que se hacen presencializables en el cumplimiento de la palabra, el compromiso moral, la responsabilidad social, así como otros atributos de confiabilidad, tolerancia, coherencia, sociabilidad y humildad.

b.- Revisando el concepto de responsabilidad social

La conjunción del principio económico de la eficiencia junto al óptimo social constituye el sustrato de identificación institucional y de responsabilidad corporativa de la empresa, lo cual asegura su continuidad y su presencia en la sociedad, más allá del compromiso con las necesidades organizativas, humanas y de servicio.

La responsabilidad social (RS) es parte sustantiva de la creación de valor de la empresa, no sólo económico, sino también ético para satisfacer las necesidades y motivaciones esenciales de las personas integradas en la organización.

Los probables beneficios y ventajas externas de la RS, no sólo son políticas, legales y sociales, sino además, permiten mejorar los procesos de regulación laboral, evitando riesgos de litigios y sanciones, difundir las buenas prácticas de gobierno corporativo, aumentar la calidad y transparencia en los contratos con instituciones públicas y privadas, promover la lealtad y fidelización de los clientes, facilitar la comunicación con los medios y los agentes sociales, fortalecer la reputación e imagen institucional, promover el compromiso motivado de los trabajadores, mejora del clima laboral, relaciones colaborativas basadas en la transparencia y la confianza, mayor difusión de las buenas

prácticas y experiencia profesional, estimular la confianza con los proveedores y en suma obtener la legitimidad de la propia sociedad.

Las empresas en la sociedad del conocimiento requieren de capacidades distintivas en su responsabilidad social para crear un clima de confianza que fomente la inversión en activos innovadores, fortaleciendo la reputación y la confianza de la sociedad. Esta forma de buen gobierno revitaliza de forma continuada su papel en la sociedad, cumpliendo con sus obligaciones éticas y sociales, anticipándose y aprovechando las oportunidades y retos dentro y fuera de la organización y dirigiendo con una cultura de diálogo y respeto a los agentes económicos como una señal de identidad de su responsabilidad corporativa, colectiva, unitaria, compartida y voluntaria, integrando las dimensiones legales, éticas y sociales en el *core business* de la empresa.

La gestión empresarial de orientación humanista, determinante para integrar la responsabilidad social en las credenciales y prácticas de las organizaciones modernas, se caracteriza por considerar las aspiraciones, motivaciones y desarrollos personales como un valor estratégico de buen gobierno institucional.

La definición de responsabilidad social y sus contenidos puede ser diversa en función de la naturaleza y de la misión de la institución en la sociedad. En las entidades públicas que gestionan bienes sociales preferentes, la responsabilidad ante la sociedad y sus ciudadanos está implícita en sus propios principios y valores que constituyen la razón de ser de los servicios públicos^{44c}.

Las personas deben ser el centro de la responsabilidad social de la empresa y por ello, los logros en esta función se consiguen inspirando confianza, estimulando comportamientos éticos y promoviendo la excelencia a través de las estructuras informales (iniciativas emprendedoras, cultura de anticipación, aprovechamiento de oportunidades,...). Son las virtudes sociales que deben ser desarrolladas y que algunos autores consideran imprescindibles para la creación de riqueza y prosperidad^{45,46}.

Melé (2004)⁴⁷ ha analizado la responsabilidad social corporativa en España, señalando que este concepto se abrió gradualmente en nuestro país a finales de los-80 asociado al proceso de internacionalización de la economía española, de determinados casos de corrupción empresarial, y de mayor desarrollo en la formación sociocultural de la propia sociedad. Esta preocupación se ha manifestado de forma preferente en temas como el paro y la calidad del empleo, la conciliación de la vida familiar y laboral, el medio ambiente y determinados procesos de globalización.

La interconexión causal de comportamientos éticamente reprobables se ha establecido en el modo de captar recursos, en la toma de decisiones, en la regulación y control social de la organización y en el sustrato cultural de la

^c Valores: 1- Convicciones o creencias estables en el tiempo de que un determinado modo de conducta o una finalidad existencial es personal o socialmente preferible (Milton Rokeach -U. Michigan). 2- Bienes morales inherentes a la naturaleza humana (Doménech Melé- IESE).

empresa. Melé (2006) propone actuaciones para contribuir a favorecer los comportamientos virtuosos en el mundo de la empresa:

- Incluir entre los criterios de selección la rectitud moral y los valores éticos;
- Ponderar debidamente los riesgos del crecimiento y endeudamiento, evitando situaciones que fuercen a la realización de operaciones engañosas o fraudulentas;
- Favorecer una toma de decisiones justa, además de eficaz y eficiente;
- Establecer normas y procesos de control apropiados que den transparencia e información relevante, al tiempo que dificulten acciones inmoderadas o injustas.

La responsabilidad social de la empresa es necesaria para garantizar la sostenibilidad a largo plazo a través de una gestión eficiente que refuerce su capital reputacional. Las políticas socialmente emprendedoras de las instituciones económicas orientan al buen gobierno y ayudan a centrar los objetivos de la dirección, dan cumplimiento a sus obligaciones éticas internas y externas y atemperan los riesgos en un entorno global disruptivo.

c.- Claves de responsabilidad social en el sector sanitario

Las compañías que operan en el sector sanitario, fundamentalmente la industria farmacéutica, son especialmente activas en presentarse a sí mismas como empresas que actúan con principios éticos y sentido de ciudadanía corporativa (corporate citizenship). En su web corporativa y en sus memorias anuales la responsabilidad social es parte relevante de las mismas. La misión, propósitos y valores corporativos son muy convergentes en la mayoría de las grandes compañías farmacéuticas, expresando su responsabilidad en la relación con los empleados, pacientes, asociaciones, entes gubernamentales, filantropía, instituciones sanitarias así como respecto al medio ambiente⁴⁸.

Las implicaciones éticas en esta industria afecta a temas de precios de medicamentos, información sobre investigaciones (ensayos clínicos, resultados adversos, prioridad de la rentabilidad económica, conflicto de intereses,...), genéricos, agencias reguladoras, restricciones a la producción, propiedad intelectual, control del marketing, importación/reimportación (Porth y Sillup, 2005)⁴⁹.

Por ello, hoy más que nunca, la responsabilidad social en el sector sanitario público debe interpretarse, no como un apéndice complementario del sistema de producción asistencial, sino como un compromiso formal de todos los agentes y grupos de interés -políticos, autoridades, empleados, proveedores, usuarios, comunidades y sociedad- cuya función en la creación e intercambio de valor no sólo se circunscribe al ámbito tradicional político, "societario" o económico, sino también al intrínsecamente ético y social.

Dada la naturaleza de bien público preferente, los agentes y grupos de interés del sector sanitario deben contribuir con su compromiso a la creación de valor económico y social en un proceso colaborativo e interactivo de diálogo democrático, velando por la rentabilidad y competencia de los servicios sanitarios.

d.- La fortaleza del capital social en las instituciones de la salud

Necesitamos renovar la cultura interna de nuestras instituciones sanitarias. Es decir, revitalizar nuestras creencias y valores compartidos, porque constituyen la esencia para crear lo que Robert Putnam denomina capital social, es decir, activos inherentes a la relaciones entre individuos, comunidades, redes y sociedades⁵⁰.

El capital social en el sistema sanitario va más allá del acervo institucional de las organizaciones modernas y de su identidad corporativa, existiendo evidencia de su efecto positivo en funciones de gobierno de personas así como en procesos organizativos y de dirección. Puede por tanto fomentar la empleabilidad, facilitar la innovación y el intercambio de experiencias, dinamizar redes de aprendizaje y de colaboración agencial, favorecer la creación de capital intelectual y la mejora de equipos funcionales y fortalecer los desarrollos profesionales y los sistemas de compensación^{51,52 53,54}.

Los elementos que constituyen y dan significado al capital social son los siguientes:

- 1.- El componente estructural, que representa las conexiones agenciales y la capacidad asociativa de la organización;
- 2.- El componente cognitivo, que refleja la cultura creada a través del lenguaje compartido, los sistemas de información y los flujos de conocimiento con significado específico y
- 3.- El componente relacional, que identifica la calidad de las personas y de los fines de la organización y se sustenta en la confianza, en la coordinación estable y en la cooperación^{55,56}.

Los componentes estructural y cognitivo del capital social se refuerzan con la dimensión asociativa -asociabilidad- que implica voluntad y capacidad de una organización para subordinar los objetivos individuales o grupales a los intereses colectivos o de la comunidad, lo cual promueve la cooperación, la unidad y la lealdad.

La investigación y la experiencia de los últimos años sugieren que una cultura empresarial de estas características tiende a generar confianza y “asociabilidad”, que son elementos básicos del capital social, un activo inherente a las relaciones entre individuos, comunidades, redes y sociedades, que exigen unos propósitos comunes, vínculos estables basados en la confianza, el entendimiento mutuo y los valores compartidos. Los efectos de este capital

refuerzan la sostenibilidad interna y la responsabilidad social corporativa de las empresas, además de impulsar la creación de capital intelectual, facilitar la creatividad, el aprendizaje, la innovación y el desarrollo profesional, mejorando en última instancia la calidad de las relaciones internas y externas.

El capital social contribuye a reducir los costes de transacción entre instituciones y agentes (costes de acceso a la información, costes de negociación y de decisión y costes de coordinación y control) sobre la base de la confianza, además de que ayuda a reducir los comportamientos oportunistas, a difundir y compartir información y conocimiento tácito, y a promover la cooperación para la innovación^{57,58}.

Las interrelaciones entre capital social, innovación organizativa, desarrollo y gestión del conocimiento han sido bien estudiadas en los sectores emergentes con alto valor tecnológico^{59,60,61,62}.

Es intrínseco a la cultura organizativa y profesional en el sector sanitario, el logro de la excelencia a través de la prestación de servicios a las personas y poblaciones. Promover esta cultura humanista lleva implícito un sentido profundo de la ética (en la tradición aristotélica y kantiana) como guía de actuación y comportamiento, además de una capacidad que se perfecciona en el libre y deliberado ejercicio profesional y que lleva implícito un proceso de adquisición de hábitos morales o virtudes (integridad, equidad y justicia) en la toma de decisiones , y una racionalidad práctica al servicio de las personas que dé respuesta efectiva a sus necesidades vitales.

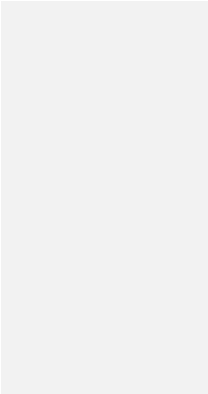
La confianza, la cooperación, la coordinación y la asociabilidad son las dimensiones de una cultura de gestión con calidad humana que permiten una organización eficiente del trabajo en los servicios sanitarios, porque no sólo insertan un sentido de pertenencia a una comunidad de prácticas profesionales compartidas a través de la experiencia, sino que fortalecen la gestión del conocimiento y el capital social de las instituciones a través del servicio prestado.

Bibliografía

1. Doig SJ, Ritter RC, Speckhals K, Woolson D. ¿Ha ido demasiado lejos el *outsourcing*?. Harv Deusto Bus Rev. 2002; 107: 82-90.
2. Oteo LA, Repullo JR. La Comunidad Valenciana : Reflexiones a propósito de la externalización de la resonancia magnética. Rev. de Calidad Asistencial 2009 (en prensa).
3. Billi JE, Pai CW, Spahlinger DA. Assessing uncertainty in *outsourcing* clinical. Services at tertiary health centers. Int J Health Plann Manage. 2007; 22(3):245-53.
4. Mackey TA, McNeil NO, Klingensmith K. *Outsourcing* issues for nurse practitioner practices. Nurs Econ 2000; 22(1):21-6.
5. Loh L, Venkatraman N. Diffusion of information technology *outsourcing*: Influence source and the Kodak effect Information Systems Research 1992; 9 (1):7-24.
6. Friedman T. La tierra es plana. Ed. Martínez Roca, 2006.
7. Linder J. Transformational *outsourcing*. MIT Sloan Manage Rev. 2004; 45(2):52-8.
8. Lauren J. Successful bus process *outsourcing*. MIT Sloan Manage Rev. 2006; 47(2): 5-6.
9. Lacity MC; Willcocks LP, Feeny DF. The value of selective IT *outsourcing*. Sloan Manage Rev. 1996; 37(spring):13-25.
10. Earl MJ. The risk of *outsourcing* information technology. Sloan Manage Rev. 1996; 37(3):26-33.
11. Sieber S, Valor, Porta V. ¿ Hacia donde nos lleva la externalización tecnológica?. IESE. E-Business. Documento original: La externalización de los servicios de TIC y el business process *outsourcing*. BPO, 2008.
12. Adler, PS. Making the HR *outsourcing* decision. MIT Sloan Manage Rev. 2002; 45 (1): 53-60.
13. Allen S, Chadrashekar A. *Outsourcing* services: The contract is just the beginning. Bus Horiz. 2000; 43(2):25-34.
14. Aubert B, Rivard S, Patry M. A transaction cost approach to *outsourcing* behaviour: some empirical evidence. Inf and Manage 1996; 30(2): 51-64.
15. Aubert B, Rivard S, Patry M. A transaction cost approach to *outsourcing* behaviour: some empirical evidence. Inf and Manage 1996; 30(2): 51-64.
16. Marini G, Street A. A transaction cost analysis of changing contractual relations in the english NHS. Health Policy. 2007; 3(1): 17-26.
17. Repullo JR. Externalización, eficiencia y calidad; perspectiva desde el enfoque de costes de transacción. Rev de Calidad Asistencial 2008; 23(2):83-7.
18. Barthélemy J. The hidden cost of it *outsourcing*. MIT Sloan Manage Rev. 2001; 42(3): 60-9.

19. Aron R, Singh JV. Getting offhoring right. *Harv Bus Rev.* 2005; December: 135-43.
20. Mintzberg, H. *Mintzberg on management: Inside our strange world of organizations.* The Free Press. Nueva York. 1989.
21. Brown JS, Duguid P. Creativity versus structure: a useful tension. *MIT Sloan Manage Rev.* 2001;42 (summer):93-4.
22. Saunders C, Gebelt M, Hu Q. Achieving success in information systems. *Outsourcing.* *California Manage Rev.* 1997, 39(2):63-79.
23. Earl M. The risks of *outsourcing* IT. *MIT Sloan Manage Rev.* 1996: 37(3): 26-32.
24. Bennis L, Finnie B. On Growth: A conversation with C.K. Prahalad. *Strategy and Leadership* 1996; 24(5):26-31.
25. Porter M, Kramer MR. Strategy & society: The link between competitive advance and corporate social responsibility. *Harv Bus Rev.* 2006; 84 (12):78-92.
26. Battacharya CB, Sen S. Doing better at doing good: When, why, and how con respond to corporate social initiatives. *Calif. Manage Rev.* 2004; 47(1):9-24.
27. Prieto A, Arbelo A, Mengual E. El papel de la financiación público-privada en los servicios sanitarios. Documento de trabajo nº 99. Laboratorio Fundación Alternativas. Madrid. 2006.
28. Meyers S. ED *Outsourcing: Is it good for patient care?*. *Trustee Magazine* 2004; 57 (4):12-4, 19-20.
29. Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. The private finance initiative: PFI in the NHS. Is there an economic case? *BMJ* 1999; 319:116-9.
30. Duckett SJ, Jackson TJ. The new health insurance rebate: an inefficient way of assisting public hospital. *Med J Aust* 2000; 173:291-5.
31. Bloom A. Hospital co-locations: private sector participation in the hospital sector. In: Bloom A (editor). *Health reform in Australia and New Zealand.* Melbourne: Oxford University Press; 2000.
32. Auerbach L. Issues raised by public-private partnerships in Ontario's hospital sector. Ontario council of hospital unions, October 2002 consulted March 9, 2009. Available from: <http://www.fms.edu/faculty/data/Abstracts/50.html>
33. Lett, Dan. Private health clinics remain unregulated in most of Canada. *Canadian Medical Association Journal.* 2008; 178(8):986-7.
34. McCarter J. Failing grade for public-private partnership hospitals. *CMAJ* 2009; 17 (february):380.
35. Repullo JR. Externalización , eficiencia y calidad. Análisis de costes y efectos potenciales de las políticas de externalización. *Rev. Calidad Asistencial.* 2008; 23(3)131-5
36. Mckee, Nigel y Atun; *Boletín de la OMS de noviembre de 2006.* Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-030015ab/es/index.html>
37. Mckee M, Edwards N, Atun RA. Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization* 2006; 84(11):890-6.
38. Atun RA, Mckee m. Is the private finance initiative dead? *BMJ* 2005; 331:792-3.

39. Pollock MA, et al. Private finance and "value for money in NHS hospitals: a policy in search of rationale. *BMJ* 2002; 324: 1205-9.
40. Chyna JT. From alliances to *outsourcing*: making good connections. *Health Exec* 2000; 15(3):12-6.
41. Rnig PS, Van de Nuen AH. Structuring cooperative relationships between organisations. *Strategic Manage J.* 1992; 13:483-89.
42. Koza MP, Lewin AY. The Co-Evolución of strategic alliances. *Organization Science.* 1998;9:255-64.
43. Jensen Mc, Murphy K, Wruck E. CEO pay and what to do about it: Restoring integrity to both executive compensation and capital market relations. Harvard Business School Press, 2012.
44. Melé D. Organizational humanizing cultures: Do they generate social capital? *Journal of Business Ethics* 2003; 45:3-14.
45. Fukuyama, F.(1995). "Trust : The Social Virtues and the Creation of Prosperity ". Free Press , New York.
46. Shein, E.H.(1985)." Corporate Culture an Leadership ". Jossey-Bass, San Francisco.
47. Melé D. Corporate Social Responsibility in Spain: An Overview" . IESE Business School Working Paper No. 543.2004.
48. Kassirer Jp. "On the taake: How medicine's complicity with biga business your health. New York: Oxford University Press; 251p. 2004.
49. Porth SJ, Sillup GP. Gfood news bad news. *Pharmaceutical Executive* 2005; 25(4):106-9
50. Putnam RD. The prosperous community: Social capital and public life. *American Prospect.* 1993; 13:35-42
51. Baum F. Social Capital, Economic Capital an Power: Further Issues for a Public Health Agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54:409-10.
52. Coleman J. Foundations of Social Theory. Harvard University Press, Cambridge, MA 1995.
53. Burt RS. The Contingent Value of Social Capital. *Administrative Science Quarterly* 1997; 42:339-365.
54. Portes A. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology* 1998; 24:11-24
55. Morgan A and Swann C. Social Capital for Health: Issues of Definition , Measurement and Links to Health. Health Development Agency. NHS. March. 2004.
56. Adler PS, Kwon SW. Social Capital: Prospects for a new Concept. *Academy of Management Review* 2002; 27:17-40
57. Inkpen A, Tsang E. Social capital networks, and knowledge transfer. *Academy of Management Review* 2005; 30(1):146-65
58. Burt RS. The contingent value of social capital. *Administrative Science Quaterly* 1997; 42:339-65
59. Tallman S Jenkins M, Henry N, Pinch S, Knowlwdge, cluters, and competitive advantage. *Academy of Management Review* 20024; 29:258-71
60. Woolcock M . Social capital and economic development Towar a theoretical synthesis and policy framework . *Theory and Society* 1998; 27:151-208

- 
61. Tsai W, Ghoshal S. Social capital and value creation: The role of intrafirm networks. *Academy of Management Journal* 1998; 41(4): 464-76
 62. Oteo LA. De la gestión de la calidad a la calidad de la gestión: Transiciones y controversias. *Rev Calidad Asistencial* 2008; 23(2):43
-

