

## 13.1 Procesos de gobierno y gestión clínica



La renovación de las bases conceptuales de la gestión clínica acorde con los cambios y transformaciones económicas y sociales en el ámbito sanitario. Análisis de las coordenadas de funcionamiento y de gestión en los microsistemas asistenciales para constituir verdaderas comunidades de prácticas multiprofesionales. Los nuevos roles de las profesiones sanitarias y su contribución a la gobernanza y sostenibilidad del SNS.

**Autores: Luis Angel Oteo Ochoa.** Jefe Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios. ENS. ISCIII.

**José Ramón Repullo Labrador.** Jefe Departamento de Planificación y Economía de la Salud. ENS. ISCIII.

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### Citación recomendada:

Oteo Ochoa L. A. Repullo Labrador J. R. Procesos de gobierno y gestión clínica [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado día mes año]. Tema 13.1. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



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.



### Resumen:

Los servicios sanitarios, por su naturaleza y función, pueden ser caracterizados como organizaciones intensivas en conocimiento. Esta "materia prima" se genera, difunde, almacena y aplica de forma individual y colectiva, en un entramado de interacciones profesionales e interdependencias funcionales que es preciso definir, integrar, facilitar, encauzar y evaluar desde la función del management. Además, el conocimiento es el único activo fijo que proporciona ventajas distintivas y competitivas a medio y largo plazo, que aumenta progresivamente su valor productivo porque



no está sometido a rendimientos decrecientes, y que además no se “consume” cuando se socializa o utiliza en el entorno de trabajo; al contrario de lo que ocurre con otros bienes físicos.

### *Introducción*

- *Los servicios sanitarios como organizaciones de conocimiento*
- *Dinámicas de cambio organizativo: La cooperación en las prácticas profesionales*
- *La gobernanza en los microsistemas asistenciales*
  - 1.- *Elementos para configurar la gestión clínica*
  - 2.- *Riesgos que surgen ante el desafío de la gestión clínica*
  - 3.- *El gobierno de la complejidad en lo intra e inter organizativo*
  - 4.- *La protección de lo esencial en la cultura burocrática.*
  - 5.- *Gestión clínica y profesionalismo para retener y fidelizar a los profesionales sanitarios*
- *Interrogando el concepto y aplicaciones del profesionalismo en una sociedad en transformación*
  - 1.- *El nuevo profesionalismo como cultura social*
  - 2.- *La práctica del profesionalismo en los servicios sanitarios*
  - 3.- *Elementos esenciales del profesionalismo sanitario*
- *Visión de futuro de la gestión clínica como elemento integrador en las reformas sanitarias*
- *Anexo: La gestión del conocimiento*
  - 1.- *El mundo del conocimiento en la era de la globalización*
  - 2.- *Las bases conceptuales del conocimiento*
  - 3.- *La gestión del conocimiento en las organizaciones con capacidad de aprender.*
  - 4.- *Tipos y Trayectorias de aprendizaje profesional en los servicios sanitarios.*

### *Referencias bibliográficas*

El desarrollo de los servicios sanitarios como organizaciones profesionales que gestionan el conocimiento esencial, exige un proceso de aprendizaje continuo para afrontar mejoras en la capacidad productiva fomentando la innovación y adecuando las competencias profesionales, tecnológicos y profesionales.

El trabajo autónomo e interconectado y la actitud para desarrollarlo en comunidades de aprendizaje constituyen la base de cualquier organización distintiva. La diversificación de las competencias, la capacitación técnica y la adquisición de nuevos conocimientos, deben alinearse con una política de incentivos que promueva un comportamiento de pertenencia y desarrollo profesional como signo identitario de una cultura renovada del profesionalismo sanitario.

Quienes integran este



modelo organizativo de comunidades de prácticas clínicas, están en condiciones de cooperar interna y externamente, de coordinar actividades entre niveles asistenciales, de compartir conocimientos y capacidades esenciales y de comprometerse con unos objetivos institucionales, de equipo y personales específicos y mensurables.

Todos estos elementos de cambio organizativo a nivel de los microsistemas asistenciales forman parte de una nueva cultura de la práctica profesional que en las últimas décadas se viene denominando funcionalmente como gestión clínica.

Esta filosofía operativa en el modelo de trabajo asistencial representa un cambio continuo en los procesos de mejora de la práctica clínica, el cual viene determinado por unos valores de responsabilidad social y de participación creativa en un proyecto compartido.

Los signos y atributos de este sistema son el talento confiado, la meritocracia como cultura profesional, las iniciativas de mejora de la calidad, la responsabilidad en el uso apropiado de los recursos, la evaluación de los procesos y resultados, así como la conciliación de los objetivos clínicos y gestores.

El progreso de la gestión clínica en un esquema formal de descentralización y autonomía funcional, precisa de instrumentos de información adecuados para desarrollar actividades epidemiológicas, de patrones de utilización eficiente de recursos esenciales y del fortalecimiento de las estrategias de comunicación interna entre servicios y unidades funcionales a que obliga la necesaria coordinación sanitaria.

Este buen gobierno sanitario necesita también de un nuevo profesionalismo comprometido con el destino del Sistema Nacional de Salud para las próximas generaciones y una nueva cultura social centrada en el principio de ciudadanía.

Porque sabemos que las relaciones entre medicina y sociedad nunca han estado libres de tensiones; pero, en esta época histórica, a diferencia de las anteriores, debe resolverse a favor de la sociedad, lo que exige una creciente mentalización de las profesiones sanitarias con respecto a sus roles esenciales en



un nuevo tipo de organizaciones profesionales al servicio de la comunidad y que, precisamente en ello, encuentre potenciada su función social como institución perdurable y necesaria.

Este cambio de paradigma en las profesiones sanitarias viene de terminado por la responsabilidad ante la sociedad que exigen las grandes transformaciones económicas, demográficas, sociales, tecnológicas, antropológicas, deontológicas, laborales y culturales. Por todo ello es necesario integrar en el nuevo profesionalismo la gama de roles y competencias que demandan todos estos cambios globales y disruptivos, ya representa una oportunidad para reforzar la legitimación social de la práctica de la medicina moderna y de sus profesionales ante las instituciones y la sociedad, al tiempo que su propia identidad, credenciales y cohesión interna.

## Introducción

En el contexto de las reformas sanitarias de los países socialmente avanzados, el concepto, las herramientas técnicas y el desarrollo operativo de la denominada gestión clínica viene siendo la forma más innovadora de cooperación en la micro-organización asistencial para una práctica clínica integradora, multidisciplinaria y centrada en el paciente.

El objetivo principal de la gestión clínica moderna no es otro que maximizar la salud mediante una práctica asistencial segura, efectiva eficiente, equitativa y consecuente con las necesidades reales del paciente.

Más allá de la relevancia institucional que se viene prestando a estos nuevos esquemas de funcionamiento en la organización asistencial, lo que realmente es valioso de los microsistemas clínicos es el cambio de cultura profesional y la forma de trabajo conjunta, coordinada y estructurada para asegurar la calidad del servicio a través de equipos motivados en sus fines y objetivos, que comparten valores y asumen la responsabilidad en el uso socialmente eficiente de los recursos sanitarios.

El trabajo sanitario en equipos multidisciplinarios constituye la

*El objetivo principal de la gestión clínica moderna no es otro que maximizar la salud mediante una práctica asistencial segura, efectiva eficiente, equitativa y consecuente con las necesidades reales del paciente.*



*La concurrencia de los profesionales sanitarios en la estrategia de renovación y mejora de los servicios sanitarios debe reforzarse a partir de relaciones internas basadas en la confianza, seguridad, adherencia y lealtad organizativa.*

unidad operativa de las organizaciones sanitarias modernas; los profesionales que la integran deben estar en condiciones de cooperar interna y externamente, desarrollar procesos de aprendizaje individual y organizativo, coordinar actividades, expresar y compartir capacidades y conocimientos esenciales y muy específicamente, comprometerse con una misión y unos objetivos comunes, específicos y medibles.

Son las organizaciones menos jerarquizadas y horizontales las que facilitan con mayor eficiencia la transferencia de activos de conocimiento y promueven la delegación, participación y compromiso con la excelencia profesional. La concurrencia de los profesionales sanitarios en la estrategia de renovación y mejora de los servicios sanitarios debe reforzarse a partir de relaciones internas basadas en la confianza, seguridad, adherencia y lealtad organizativa.

En esta revisión se enfatiza en cómo la gestión clínica concebida desde una visión emprendedora, puede ser una alternativa a los problemas actuales de los sistemas públicos de salud porque es en los microsistemas en donde afloran los conocimientos y activos propios creados en las experiencias creativas de concurrencia profesional. La ejemplaridad y el buen gobierno, al servicio de la gestión clínica, son el mejor antídoto para los tiempos de crisis económica, que imprime también crisis del capital ético y social de nuestra sociedad. Son muchos los factores y determinantes explícitos e implícitos para enfocar los procesos de cambio orientados al desarrollo de la nueva gestión clínica, pero entendemos que es esta transformación, tanto la cultura interna de la organización como la calidad de la gestión marcarán críticamente la sostenibilidad de estas comunidades de prácticas y de proyectos cooperativos multidisciplinarios.

El despliegue de la gobernanza clínica en los microsistemas es concordante con los nuevos roles de las profesiones sanitarias. Estos son la consecuencia de las grandes transformaciones sociales que acontecen en el siglo XXI y que representan el paradigma del denominado nuevo profesionalismo, hoy objeto de reflexión preferente en los sistemas de salud modernos y en las sociedades de países anglosajones y escandinavos.

Estos cambios relevantes y disruptivos se materializan



fundamentalmente: **1.-** en los modelos laborales (aumento de la división social del trabajo; aumento de la movilidad de profesiones sanitarias dentro de la UE; crecimiento de las actividades interdisciplinarias; difícil conciliación de la vida familiar y laboral; dilución del modelo jerárquico de los centros hospitalarios; pérdida de liderazgo de la profesión médica frente a otras profesiones emergentes; feminización de la profesión médica, precarización del empleo...); **2.-** en la renovación del concepto social del paciente y ciudadano sanitario (más informado; más activo en el control de su enfermedad; mayor capacidad de decisión y elección; creciente comportamiento como consumidor y cliente; demandante de los valores del principalísimo bioético como la autonomía y la justicia social...) y **3.-** la complejidad en el gobierno del conocimiento, la hegemonía y preeminencia del talento cognitivo y emprendedor (capital humano).

En este contexto no debemos olvidar que la autonomía profesional es un objetivo intrínseco a todas las profesiones sanitarias y que la descentralización organizativa es también consustancial con una cultura federativa y de responsabilidad profesional.

La autoridad sanitaria debe reconocer explícitamente el papel nuclear de las profesiones sanitarias en el sistema, ofreciendo la posibilidad de reorientar su propio progreso profesional y social. Sin un desarrollo efectivo y racional de los valores esenciales que asumen estas profesiones, básicamente: autonomía, libertad de juicio, capacidad de decisión, auto-responsabilidad, reputación, desarrollo científico, estatus profesional y social relevante, y ayuda incondicional a sus pacientes, no es posible pretender un sistema sanitario moderno, eficaz y humanista.

---

## **Los servicios sanitarios como organizaciones de conocimiento**

---

En la economía moderna, las empresas ya no son propietarias de su principal recurso productivo, son los "trabajadores del conocimiento", -denominación propuesta por Drucker-, quienes custodian y difunden este activo estratégico<sup>1</sup>, mediante diferentes sistemas y formas de colaboración interna y externa.

Hoy día se sabe que el dinamismo de la economía y de



*Los servicios sanitarios, por su naturaleza y función, pueden ser caracterizados como organizaciones intensivas en conocimiento.*

las organizaciones tiene su origen en la innovación de los conocimientos; precisamente por ello, su gestión, bien como una vieja idea con un traje moderno o verdaderamente como un nuevo paradigma, se integra de forma progresiva en las actividades y los procesos esenciales de la cadena de valor asistencial y en la propia cultura del sector sanitario.

La gestión del conocimiento es una disciplina polifacética que engloba la estrategia, los procesos organizativos y de gestión<sup>2</sup>, la comunidad de prácticas con sus valores implícitos, el trabajo en equipos multidisciplinarios e interfuncionales, el modelo de aprendizaje basado en la cooperación y la confianza, los ciclos de experiencia, la innovación tecnológica y las TICs. El equilibrio y la conectividad de todos estos factores, sin subestimar ninguno de ellos, para gestionar el flujo de conocimientos es la clave para el posicionamiento competente y el valor distintivo de las organizaciones avanzadas.

Los servicios sanitarios, por su naturaleza y función, pueden ser caracterizados como organizaciones intensivas en conocimiento. Esta "materia prima" se genera, difunde, almacena y aplica de forma individual y colectiva, en un entramado de interacciones sociales e interdependencias funcionales que es preciso definir, integrar, facilitar, encauzar y evaluar desde la función del management. Además, el conocimiento es el único activo fijo que proporciona ventajas distintivas y competitivas, a medio y largo plazo, que aumenta progresivamente su valor productivo porque no está sometido a rendimientos decrecientes, y que además no se "consume" cuando se socializa o utiliza en el entorno de trabajo; al contrario de lo que ocurre con otros bienes físicos.

Por tanto, la gestión del conocimiento significa generación de ideas (creatividad) para materializarlas en valor (innovación) a través de un "sistema de mejora", que será más virtuoso si la propia experiencia implica aprendizaje, un problema representa una oportunidad de aprender y un saber contribuye a la mejora del servicio. Desde esta concepción, la capacidad innovadora de la organización está directamente relacionada con la gestión del conocimiento<sup>3</sup>, que lleva consigo entender que la base de todo proceso de mejora está en la identificación y la evaluación de conocimientos y best practices, la aplicación del saber en el entorno usual, el desarrollo de la arquitectura de competencias



esenciales de la organización y la gestión eficiente de la cartera de servicios.

Plantear y aplicar ideas de forma creativa para impulsar la innovación; requiere, en primer lugar, de un proceso previamente determinado (el proceso representa la unidad básica del trabajo); en segundo lugar, de un equipo de personas entrenado, con destrezas y habilidades para hacer operativo y sistémico el conocimiento a través de la cooperación, y en tercer lugar, de una tecnología apropiada que facilite el ciclo aprendizaje e implementación, siendo hoy las TICs la herramienta operacional.

Los métodos de diseño y funcionamiento de una organización compleja sugieren que es prioritario definir los procesos organizativos y de gestión que soportan las actividades y servicios desde una perspectiva holística e integradora, para así ordenarlos a continuación en la estructura preestablecida en base a las necesidades que deben establecerse y a los estándares de calidad requeridos.

La difusión del conocimiento sólo acontece en comunidades de prácticas, organizaciones que presuponen una institucionalización de ciertos valores, cultura, métodos y esfuerzos compartidos. En el sector sanitario, es en los microsistemas clínicos donde la gestión del conocimiento operacional exige: **a)** crear un sistema de mejora dentro de la organización que asegure la implantación de los procesos creativos que conducen a la innovación a través del aprendizaje continuo; **b)** instrumentar el desarrollo operativo que asegure la materialización de las bases de conocimiento existentes en los procesos organizativos y de gestión, y **c)** disponer de una estructura inteligente que permita anticipar (teoría de las expectativas), observar (sistema de evaluación y control) e implementar (modelo de acción), para así dirigir y reenfocar de forma adaptativa la estrategia de la organización.

El desarrollo de los servicios sanitarios como organizaciones profesionales que gestionan el conocimiento esencial, exige un ciclo de aprendizaje continuo para afrontar mejoras en la capacidad productiva, fomentando la innovación y adecuando las competencias profesionales, tecnológicos y profesionales. Ello lleva consigo: **1.-** un cambio en la visión y en la cultura interna de los agentes del sector; **2.-** una gestión centrada en los



procesos –frente a las tecnoestructuras– para proveer servicios clínicos de calidad; **3.-** el fortalecimiento del nexo cooperativo en las comunidades profesionales de la organización sanitaria para gestionar los procesos asistenciales más prevalentes; **4.-** un impulso a la gestión virtuosa del conocimiento y la innovación en aras a la excelencia de la práctica biomédica y **5.-** el establecimiento de los compromisos, responsabilidades y mecanismos de participación efectiva de los profesionales en la resolución de los problemas de salud de las personas y poblaciones

Como hemos señalado anteriormente, las TIC son instrumentos apropiados para facilitar la gestión del conocimiento: la tecnología digital para la educación interactiva, los productos de síntesis de la evidencia, la historia clínica informatizada, las bases de datos y las aplicaciones multimedia están revolucionando los contornos operativos de la medicina. Por otro lado, los centros para la gestión del conocimiento a través de redes digitales, la telemedicina, Internet, las bibliotecas electrónicas y otras tecnologías innovadoras constituyen ya una realidad en nuestro entorno, y su desarrollo se prevé expansivo en un mundo globalmente conectado<sup>4</sup>.

### **Dinámicas de cambio organizativo: La cooperación en las prácticas profesionales**

Parece que la asistencia sanitaria es un paradigma de complejidad, que se aviene mal al control de arriba abajo (jerarquía), y también de abajo a arriba (mercado y consumerismo).

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

La organización jerárquica ha agotado sus posibilidades por falta de flexibilidad y control de la producción, debido en otras razones a la propia configuración organizativa y profesional de las instituciones sanitarias modernas<sup>5</sup>.



El desarrollo de la especialización funcional en las unidades y servicios verticalmente integrados, que caracteriza a las tecnoestructuras burocráticas, autolimita el trabajo multidisciplinario, transversal e interdependiente que es la cuna de la innovación. Porque, por una parte hemos de custodiar y desarrollar el conocimiento funcional y especialista, propio de la arquitectura vertical de la organización sanitaria; pero por otra, hay que simultanearlo con el gobierno de los procesos horizontales que se basan y requieren cooperación. En este dilema se juega la gestión de las organizaciones asistenciales complejas, y su mala resolución está en la base de la crisis de la medicina y la organización sanitaria, así como su corolario de insatisfacción de la práctica médica.

Entendemos que las instituciones sanitarias, bajo estrategias institucionales de buen gobierno, deben evolucionar inexorablemente desde esquemas tecnocráticos funcionales hacia modelos organizativos más autónomos, cohesionados, interactivos y comprometidos con una mejora continua, acomodándose a las nuevas realidades sociales, expectativas y necesidades de los usuarios<sup>6</sup>.

Es necesario avanzar hacia diseños organizativos donde prime una cultura de confianza que haga posible la transferencia de derechos de decisión a los microsistemas, la participación y el desarrollo de herramientas evaluativas de procesos y resultados, implicando en la misma como agentes clave a los propios usuarios que asumirían un rol subsidiario de naturaleza social y de ciudadanía.

Las organizaciones sanitarias no son organigramas (en el organigrama no cabe la imaginación ni la creatividad), ni cadenas de valor lineales, sino "mundos complejos" de difícil comprensión y asimilación. Por su naturaleza social, las competencias esenciales (profesionales, tecnológicas y organizativas) junto a las competencias intratéticas (intrapersonales y sociales) constituyen la arquitectura estratégica y la base de sustentación de la cartera de procesos y servicios. Estas competencias forman parte de un sistema y son el resultado de experiencias secuenciales agregadas de los equipos multidisciplinarios, cuya inserción profunda en la organización, hace muy difícil su desintegración o fragmentación. Es a partir de este sustrato



*La visión integradora de los cuidados de salud está directamente relacionada con la naturaleza de los conocimientos, el liderazgo y los valores profesionales pre-existentes en la organización*

*El trabajo autónomo e interconectado y la actitud para desarrollarlo en comunidades de aprendizaje constituyen la base de cualquier organización distintiva*

inteligente, como la gestión de los procesos asistenciales -que transportan y custodian el conocimiento operacional-, crean y distribuyen (proveen) simultáneamente los productos y servicios.

Además, la visión integradora de los cuidados de salud está directamente relacionada con la naturaleza de los conocimientos, el liderazgo y los valores profesionales pre-existentes en la organización. Se ha demostrado que la cultura organizacional emprendedora es tan importante como la propia fortaleza de las competencias profesionales para hacer posible la coordinación de niveles, funciones y procesos.

Por eso, la nueva gestión clínica implica una práctica inteligente que permita ir cambiando progresivamente los determinantes organizativos del comportamiento de los profesionales, para facilitar que la visión de servicio público prevalezca, y asuman un papel importante en la eficiencia social y la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. (Cuadro 1)

*Cuadro 1: Aportaciones a la sostenibilidad desde la gestión clínica*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprender y corresponsabilizarse con los problemas de sostenibilidad</li> <li>• Gestión inteligente de la curva de rendimientos marginales decrecientes</li> <li>• Federalismo clínico y gestión de paradojas</li> <li>• La gestión del binomio ética-eficiencia</li> <li>• Liderazgo clínico: alineamiento de expectativas e intereses profesionales.</li> <li>• Medir y comparar resultados (investigación en resultados de salud). El coste de la investigación es siempre menor que el coste de la ignorancia.</li> <li>• Sistemas expertos (TICs).</li> <li>• Gobierno clínico (confianza, compromiso, talento) y modelo de gestión del cambio. El coste de inmovilismo siempre es mayor que el del cambio.</li> <li>• Alianzas estratégicas.</li> </ul>
---

El trabajo autónomo e interconectado y la actitud para desarrollarlo en comunidades de aprendizaje constituyen la base de cualquier organización distintiva. La diversificación de las competencias, la capacitación técnica y la adquisición de nuevos conocimientos, deberán alinearse con una política de incentivos que promueva un comportamiento de pertenencia y desarrollo profesional como signo identitario de una cultura renovada del profesionalismo sanitario.



Porque las organizaciones profesionales socialmente responsables son aquellas en donde sus miembros:

Están integrados en un dinamismo continuado de progreso en el saber, dialogando, cooperando, descubriendo, resolviendo con eficacia y calidad los problemas, es decir, trabajando en equipo como una condición indispensable para el crecimiento y sostenibilidad de una comunidad profesional que precisa innovar continuamente en conocimiento.

1. Materializan sus ideas, hacen operativos sus proyectos, generan un proceso de empatía con la realidad sanitaria y distinguen lo esencial "el quid de la cuestión" de lo superfluo o accidental.
2. Entienden la ética como el fundamento de toda sabiduría práctica.
3. Confían mutuamente en sus actuaciones desde la veracidad y la transparencia -buen gobierno-.
4. Desvinculan de su responsabilidad cualquier elemento deletéreo como el engaño, la opacidad o la insolidaridad.

Cuanto más específico sea el conocimiento insertado en las actividades y servicios de los profesionales para atender las necesidades de los usuarios y gestionar la tecnología, más eficiente y competitiva será la organización, siempre que el proceso se desarrolle bajo modelos integrados y cultura cooperativa. La política de estabilidad y seguridad laboral –calidad de empleabilidad- puede motivar a integrarse en comunidades de prácticas y participar activamente en dinámicas innovadoras que hagan posible la gestión del conocimiento, el desarrollo educativo y el progreso profesional.

Sabemos que el conocimiento idiosincrásico y las competencias profesionales se focalizan e insertan en los microsistemas clínicos y requieren diseños organizativos más flexibles, reticulares e integrados para gestionar los procesos y evaluar los resultados globales.

Por lo tanto, entre jerarquía y mercado, parece haber un territorio intermedio; no un híbrido, sino un modelo en red, en buena



medida alternativo a ambos. Su configuración y equilibrio es muy precario, porque los enlaces que lo cimentan son en buena medida intangibles: profesionalismo, valores, reciprocidad, humanismo, curiosidad científica, simpatía y empatía, motivación intrínseca y motivación trascendente. Pero sólo estas armas intangibles son capaces de sustentar modelos innovadores para la gestión excelente de la complejidad.

Estos equipos reticulares colaborativos deberán dotarse de herramientas para la autogestión, fijando objetivos y métricas propias, integrando actividades de producción y evaluando la calidad, costes, transferencia tecnológica y tiempo de respuesta<sup>7</sup>.

Para avanzar hacia este rediseño organizativo, es necesaria una política profesional que contemple las motivaciones y desarrollos humanos, y despliegue iniciativas de valor para prolongar la vida laboral muy especialmente en las personas con distinción competente y comportamientos éticos ejemplarizantes; además de no alterar la base de confianza, el clima organizativo y la cultura interna arraigada en la organización con decisiones que afecten a su autoestima y legitimación social<sup>8</sup>.

Es por ello que desde la función directiva de los servicios sanitarios se debe otorgar mayor prioridad a determinadas iniciativas que impulsen el rediseño organizativo sustentado en redes cooperativas profesionales y en pautas de gobierno clínico para gestionar la información de los pacientes mediante la historia médica completa con un claro liderazgo profesional para coordinar los procesos longitudinales y las prácticas centradas en los resultados de salud.

---

## **La gobernanza en los microsistemas asistenciales**

---

---

### **1.- Elementos para configurar la gestión clínica**

---

El buen gobierno clínico, enfrentado a la complejidad de la medicina y de la organización sanitaria moderna, debe promover actuaciones para dinamizar disciplinas, dominios de conocimientos y tecnologías; una muestra de este variado elenco de elementos se reseña en el (Cuadro 2).



Cuadro 2.- Componentes y dimensiones implicadas en los procesos de gestión clínica

1. Técnicas de conciliación entre objetivos clínicos y gestores.
2. Análisis, responsabilidad directa y gestión por procesos operativos (transversalidad y dilución de barreras verticales).
3. Integración funcional de niveles y estratos organizativos idiosincrásicos en la cadena de valor asistencial: La cooperación internacional.
4. **Empowerment** (descentralización funcional y delegación profesional)
5. Accesibilidad a las TICs y gestión del conocimiento.
6. Autonomía responsable en la gestión por competencias y resultados.
7. Investigación de los *outcomes* (resultados distales o lejanos).
8. Sistemas de información apropiados.
9. **Benchmarking** clínico y revisión de la utilización
10. Evaluación del desempeño clínico y compensación por rendimientos.
11. Políticas de incentiación y desarrollo profesional alineadas con competencias y resultados.
12. Racionalidad: Decisiones-coste-efectivas.
13. Estandarización de la práctica clínica bajo criterios de medicina basada en la evidencia: Guías clínicas.
14. Auditoría clínica: Seguridad del paciente y gestión de riesgos clínicos.
15. Aplicación efectiva de los principios bioéticos.

En los siguientes puntos se destacan determinados aspectos considerados esenciales para una buena gobernanza en los microsistemas asistenciales, entendidos como comunidad de prácticas clínicas:

### **a) la capacidad analítica**

La toma de decisiones en los microsistemas debe sustentarse en un pensamiento analítico explícito (definición de problemas, establecimiento de criterios, identificación de alternativas y propuesta de planes de acción), junto a un pensamiento inductivo basado en el conocimiento implícito que impulsa la imaginación y creatividad. La integración funcional de este dilema del conocimiento y de su aplicación práctica es el principal recurso de toda iniciativa emprendedora en la gestión clínica moderna.

### **b) la habilidad para cooperar**

Quienes integran este modelo organizativo de comunidades de prácticas clínicas, están en condiciones de cooperar interna y externamente, de coordinar actividades entre niveles asistenciales, de compartir conocimientos y capacidades esenciales y de comprometerse con unos objetivos institucionales, de equipo y



personales específicos y mensurables.

### **c) la cohesión en la tarea**

Las características que definen a los equipos multidisciplinares de alto rendimiento clínico y social están relacionadas con una dinámica organizativa y unas reglas de comportamiento y actuación ejemplarizantes dentro del buen gobierno de los servicios sanitarios:

- un modelo de toma de decisiones centrado en las necesidades reales de salud de los pacientes.
- una capacidad de resolución efectiva para reajustar objetivos, evaluar resultados y aprender de la experiencia.
- un reforzamiento de la identidad corporativa profesional que cohesione a nivel organizativo, emocional y social a los equipos y comunidades clínicas, para así poder compartir objetivos, resolver conflictos de interés, mejorar la comunicación interna, gestionar las interdependencias y la colaboración, coordinar las actividades en los diferentes estratos asistenciales, así como consolidar una forma de trabajo integrativa promoviendo la confianza mutua y la cohesión entre profesionales.

### **d) las competencias directivas y gestoras**

Los equipos colaborativos multidisciplinares deberán dotarse de herramientas para la autogestión, fijando objetivos y métricas propias, considerando actividades de producción y evaluando la calidad, costes, transferencia tecnológica y tiempo de respuesta en el ciclo asistencial<sup>9</sup>.

### **e) el buen gobierno como forma y cultura de trabajo**

Esta autonomía de gestión en las unidades clínicas y/o equipos de trabajo -en todas sus posibles variantes- que se ha venido reclamando como un elemento básico de la organización sanitaria para fortalecer la capacidad de decisión y la identidad profesional

*Los equipos colaborativos multidisciplinares deberán dotarse de herramientas para la auto-gestión*



empresarial, exige compromisos y comportamientos de buen gobierno profesional y cumplimiento estricto de parámetros de responsabilidad social e integridad moral, inherentes a la práctica médica<sup>10,11</sup>.

## **f) el trabajo por procesos**

El despliegue dinámico del aprendizaje y de la innovación en los microsistemas clínicos debe conducir a una nueva organización y gestión del trabajo por procesos, en donde los equipos funcionales se configuren como los elementos esenciales que articulan la estructura organizativa con una visión horizontal comunitaria<sup>12</sup>.

## **g) la gestión contractual y la evaluación de resultados**

Para legitimar este modelo de trabajo en esta nueva frontera de la organización horizontal y en redes es necesario renovar el marco de gestión contractual tanto desde la perspectiva profesional como social, para ser aplicado sobre el conjunto de los profesionales que cooperan en estos microsistemas. En la práctica este contrato de gestión clínica deberá implementarse con instrumentos de compensación objetivos, transparentes y equitativos que incluyan un desarrollo y promoción profesional basado en evaluación de competencias y en resultados de calidad, coste y productividad.

---

## **2.- Riesgos que surgen ante el desafío de la gestión clínica**

---

Un factor de riesgo para configurar y desarrollar estas comunidades de prácticas es entender de forma inapropiada el binomio de desarrollo profesional y progreso tecnológico, porque ello puede conducir a una segmentación profesional utilitarista y una tendencia sesgada hacia conductas individualistas, en contraposición con una concepción del trabajo más integrativo, cooperativo y colegiado<sup>13</sup>.

Debemos también señalar que la descentralización funcional delegada es una apuesta arriesgada, porque representa un cambio en las reglas del juego y una cesión de poder,

*Debemos también señalar que la descentralización funcional delegada es una apuesta arriesgada, porque representa un cambio en las reglas del juego y una cesión de poder*



cual, en un contexto de recursos limitados, puede conducir a relaciones adversariales internas incompatibles con los valores colectivos. Las conductas irresponsables y oportunistas, con efectos deletéreos magnificados por la autonomía que produce la descentralización, son un riesgo innegable, que obliga a diseños más cuidadosos y a un escrutinio de la estructura de incentivos y los conflictos de interés.

Estos riesgos pueden soslayarse con una visión convergente de intereses comunes sobre la base de las motivaciones intrínsecas. Si entendemos e internalizamos que la colaboración basada en la confianza es la forma más apropiada de aprendizaje para el desarrollo de nuevas competencias y mejora de la reputación profesional y social, el cambio en la micro-organización puede consolidarse en el tiempo como una nueva cultura de trabajo, en la que se comparte misión y objetivos.

La experiencia europea nos ayuda a visualizar el futuro de la gobernanza clínica y esta referencia se sustenta en la actualidad en los siguientes elementos<sup>a</sup>:

1. Redes profesionales como respuesta a la complejidad de la práctica médica
2. Departamentalización clínica multi-especialidades
3. Nueva gobernanza y gestión pública para organizar las redes profesionales y el trabajo multidisciplinario
4. La gestión eficiente de la disrupción tecnológica
5. Geometría variable y flexible en los microsistemas asistenciales
6. Nueva contractualización en las redes asistenciales
7. Cooperación multinivel y responsabilidad compartida basada en la confianza mutua.

<sup>a</sup>

[http://escam.jccm.es/web1/profesionales/home/CTU\\_OP\\_REPULLO\\_FREIRE.pdf](http://escam.jccm.es/web1/profesionales/home/CTU_OP_REPULLO_FREIRE.pdf)



8. Nuevos modelos de compensación e incentivos blandos por desempeño y resultados
9. Buen gobierno profesional colegiado
10. Alianzas, integraciones y fusiones: El hospital en red
11. Flexibilidad laboral: formas contractuales abiertas.
12. Investigación y cultura de innovación: ejes del cambio en los microsistemas clínicos
13. Promoción y desarrollo profesional: evaluación de competencias y recertificación
14. El gobierno del conocimiento como ventaja distintiva y competitiva

---

### **3.- El gobierno de la complejidad en lo intra e inter organizativo**

---

Un aspecto relevante -y no bien estudiado- en la gestión de los microsistemas asistenciales, es el que hace referencia a la compleja y dinámica interacción de los profesionales sanitarios integrados en estas comunidades de prácticas.

Así, el grado personal de compromiso tácito con el resto del equipo, expresado en: el apego emocional, social y cultural; la pluralidad de roles en la interacción; las variadas actitudes de pro-actividad; la capacidad de gestionar creativamente las divergencias de visión, expectativas y desarrollos; son un signo inequívoco e imprescindible para que progrese esta nueva cultura organizativa.

Y también las relaciones agenciales con el resto de la institución sanitaria, que indican la capacidad de gestionar los desafíos de la relación adversarial inherente a la escasez de recursos: el control de los enfoques excesivamente competitivos; la identificación y manejo de los conflictos de interés; la limitación de las dinámicas



*La cultura de la gestión clínica debe basarse en un equilibrio entre profesionalismo y función directiva*

de ruptura en funciones compartidas; la superación de los déficits técnicos propios de la organización burocrática; la autolimitación del abuso potencial por asimetrías agenciales (facultativos frente a dirección, o frente a pacientes), etc.

Las tensiones generadas en esta dualidad funcional en el nexo organizativo de nuestros centros sanitarios puede derivar, bien hacia modelos creativos cuando gana la cultura colaborativa del profesionalismo social y prima la veracidad, o bien, hacia formas colusivas que cuestionan el valor de la unidad, atractividad y eficacia de las áreas funcionales clínicas, porque prima la deslealtad y desconfianza en el proceso relacional interno.

Desde esta visión propia del dilema organizativo, el manejo de los conflictos y de sus implicaciones prácticas para una adecuada operativa en la gestión de los microsistemas, debe resolverse en el nivel más básico de autoridad posible (principio de subsidiariedad) y en todo caso con el nivel de "reporting" necesario. La cultura de la gestión clínica debe basarse en un equilibrio entre profesionalismo y función directiva legitimadas mutuamente en base al espíritu de servicio, reconocimiento mutuo, reciprocidad, identidad corporativa, responsabilidad social y respeto incondicional a los diferentes roles y valores.

Pero la función directiva (meso y micro gestión) debe ser capaz de desplegar un estilo de trabajo que atienda a los factores esenciales de la motivación humana para conseguir una gestión clínica eficiente, y ello implica:

1. Conocer y poner en práctica mecanismos de incentivación profesional que promuevan el desarrollo del conocimiento y el compromiso con los procesos de mejora en la organización asistencial<sup>14</sup>.
2. Segmentar los diferentes perfiles profesionales competenciales, diferenciando los conocimientos genéricos de los propiamente especializados o idiosincrásicos, y siendo capaz de estimular el crecimiento profesional de todos
3. Responsabilizarse desde la dirección, tanto de la aptitud



profesional como del rendimiento productivo, a través de medidas de gestión operativa que motiven el compromiso con la organización

4. Promover una cultura de buen gobierno clínico para una gestión transparente y justa en la selección y contratación de profesionales.
5. Mejorar el clima organizativo y la calidad de las relaciones sociales en el ámbito laboral<sup>15,16</sup>.

#### **4.- La protección de lo esencial en la cultura burocrática.**

El capital humano, tecnológico y social ha contribuido a desarrollar las competencias básicas del actual sistema burocrático y administrativo. En este modelo verticalmente integrado, lábil a su vez en los mecanismos de cohesión interna, avanzar en las políticas profesionales para dar respuesta a las nuevas exigencias de la organización viene siendo una tarea compleja dentro de la gestión sanitaria pública, en concordancia con la teoría de la contingencia y del ajuste para el gobierno de las personas<sup>17</sup>.

Sin embargo, y a pesar de las barreras verticales y de la tecnoestructura dominante de los centros asistenciales, se han promovido nuevos diseños organizativos en las unidades funcionales, involucrando a los profesionales en los procesos de mejora, evaluación del desempeño y en programas pro-eficiencia. Este capital intelectual creado en el ciclo de aprendizaje de los servicios sanitarios públicos, sigue siendo hoy una garantía para sostener prácticas médicas de excelencia y gestionar los procesos de valor.

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

En otros términos: sólo cuando los centros y servicios públicos

*El capital humano, tecnológico y social ha contribuido a desarrollar las competencias básicas del actual sistema burocrático y administrativo*



desarrollan todo el elenco de procesos clínicos de forma amplia e integradora (desde la atención primaria hasta la alta especialización, desde el diagnóstico al tratamiento, desde el nacimiento hasta los cuidados paliativos...), son capaces de generar y ampliar el conocimiento a través del aprendizaje continuo y la innovación. Y sólo cuando los profesionales forman parte activa y protagonista de esta realidad, puede darse el milagro de la excelencia.

Hoy es fácilmente constatable que la fidelidad y adherencia interna de la profesión médica a sus instituciones es muy frágil, lo que se ha venido señalando desde el ámbito directivo y gestor como falta de identidad y orgullo de pertenencia a la organización. El grado de desafectación y de pobre vinculación tácita de muchos profesionales de la medicina con la misión y principios fundacionales del propio sistema, es un signo preocupante de decadencia y agotamiento del legado sanitario que fueron construyendo generaciones precedentes, y cuyas consecuencias en el ámbito laboral se manifiestan negativamente y de forma diversa: actitudes oportunistas, insolidarias, escapistas, acríticas y utilitaristas.

Esta dinámica de ruptura potencial del contrato social implícito de las profesiones sanitarias es un elemento de deslegitimación e incertidumbre para el buen gobierno de las instituciones, ya que no existen instrumentos jurídicos de protección del capital intelectual frente a la competencia oportunista que está planteado en la actualidad el sector privado, que aprovecha con notable eficacia la ausencia de una política de dirección de personas consistente, atractiva y unitaria en el ámbito público.

El conocimiento implícito que custodian como un activo fijo las personas libres y autónomas no puede ser protegido por mecanismos burocráticos formales, máxime si la gestión de profesionales con distinción competente y reputación social no responde apropiadamente a sus necesidades y expectativas.

## **5.- Gestión clínica y profesionalismo para retener y fidelizar a los profesionales sanitarios**

La pérdida de profesionales cualificados o la externalización de

*El conocimiento implícito que custodian como un activo fijo las personas libres y autónomas no puede ser protegido por mecanismos burocráticos formales*



servicios de alta cualificación afectan al modelo de experiencia y aprendizaje de la organización de los centros sanitarios públicos, reduciendo y/o alterando las bases históricas del conocimiento contextual y estructurado<sup>18</sup>. Además, el riesgo añadido por la pérdida de profesionales competentes, puede dañar las redes sociales colectivas, la cultura organizativa y las relaciones de confianza en los centros, cerrando un círculo vicioso que distorsiona y debilita las prácticas de buen gobierno clínico en las instituciones sanitarias.

Por tanto, las preguntas a responder serían:

1. ¿Cómo prevenir para que los profesionales sanitarios con talento y compromiso social no se desvinculen de las instituciones públicas?
2. ¿Qué incentivos serían los apropiados para que no se produzcan deserciones profesionales cualificadas?
3. ¿Cómo involucrar a los gestores del conocimiento en dinámicas de excelencia organizativa y de innovación?
4. ¿Cómo atraer a los profesionales de la medicina hacia iniciativas emprendedoras centradas en la buena práctica clínica –calidad asistencial– y sustentadas en políticas de promoción y reconocimiento social?

Posiblemente pueda ayudar a encontrar respuestas coherentes a estos interrogantes una mejor comprensión de los mecanismos de integración humana, participación y de autogestión vinculados a las motivaciones intrínsecas y trascendentes (teoría de las motivaciones humanas), que en última instancia determinan el grado de reputación e identidad profesional, atractividad social, seguridad jurídica, justa compensación al compromiso con la excelencia y una mayor legitimación ante la sociedad, es decir, una filosofía sanitaria inserta en el nuevo profesionalismo médico<sup>19</sup>.

Además, en esta nueva realidad, la gestión de la “cuenta de resultados” en la microgestión asistencial precisará de nuevos impulsos y compromisos para renovar las competencias



profesionales (integridad, iniciativa, resiliencia, negociación, motivación, unidad, comunicación, visión, delegación...) y meta-competencias (adaptabilidad, autoconocimiento, oportunidades, autorregulación, asertividad...). Esta cultura profesional proactiva en "tiempos de crisis" es concordante con los principios que otorgan legitimidad ante la sociedad.

## Interrogando el concepto y aplicaciones del profesionalismo en una sociedad en transformación

### 1.- El nuevo profesionalismo como cultura social

El nuevo profesionalismo es un concepto sociológico que en la práctica asistencial significa el compromiso con la competencia, la integridad, la moralidad, el altruismo y la promoción de un bien social preferente como es la salud. Este acervo ético forma parte del contrato social implícito entre medicina y sociedad, y representa la base de su legitimación social<sup>20</sup>.

El cambio de paradigma en las profesiones sanitarias viene de terminado por la responsabilidad ante la sociedad y por la capacidad de respuesta adaptativa que exigen las grandes transformaciones sociales. (Cuadro 3).

Cuadro 3: Transformaciones sociales y procesos sanitarios en transición

- Cambios demográficos	- Cambios epidemiológicos
- Cambios tecnológicos	- Cambios económicos
- Cambios organizativos	- Cambios sociales
- Cambios jurídicos	- Cambios deontológicos y bioéticos
- Cambios en los ciclos de innovación	- Cambios laborales
- Cambios culturales	- Cambios en la sociedad
- Cambios políticos	- Cambios antropológicos

• Jovell AJ., Navarro MD. Fundación Laporte 2006  
 • Rosen R, Dewar S (2004). Ong being a doctor. Redefining medical professionalism for better patient care, London, King's Fund.

*El nuevo profesionalismo es un concepto sociológico que en la práctica asistencial significa el compromiso con la competencia, la integridad, la moralidad, el altruismo y la promoción de un bien social preferente como es la salud.*



Integrar en el hábeas del profesionalismo sanitario la gama de roles y nuevas competencias que demandan estas transformaciones sociales, en un entorno irreversiblemente globalizado y disruptivo en todos sus factores (tecnología, economía, conocimiento..) y dimensiones esenciales (tiempo, espacio, valores,...) representa sin duda el mayor desafío en sus bases de legitimación, auctoritas, y reconocimiento ante la propia sociedad reforzando su propia identidad y cohesión interna, además de contribuir críticamente al proceso de modernización de los servicios sanitarios.

Estas grandes transformaciones no alteran la base de legitimación de las profesiones sanitarias. La confiabilidad (o fiabilidad) basada en la competencia profesional y el compromiso personal sigue hoy representando el núcleo central del contrato social implícito en la relación entre profesiones sanitarias y pacientes, garantizando la defensa de sus intereses y de la población, un servicio personal altruista, un comportamiento ético intachable, y unos conocimientos, competencias, habilidades técnicas y aptitudes para tomar decisiones orientadas al bien común.

Sin un desarrollo efectivo de los valores esenciales que asumen las profesiones sanitarias, básicamente: autonomía, libertad de juicio, capacidad de decisión, auto-responsabilidad, reputación, desarrollo científico, accesibilidad al conocimiento, estatus profesional y social relevante, y ayuda incondicional a sus pacientes, no es posible pretender un sistema sanitario moderno, eficaz y humanista.

Por ello entendemos que recuperar el pleno reconocimiento social de la función de servicio público de las profesiones sanitarias, preservar los valores esenciales del profesionalismo y su proyección de futuro, mediante una permanente revisión de sus modelos, prácticas y relaciones para adecuarse a nuevas necesidades, expectativas y demandas de la sociedad, son exigencias irrenunciables del compromiso ético de las instituciones sociales y colegiales representativas de estos colectivos.

El buen gobierno sanitario necesita también de este nuevo profesionalismo comprometido con el destino del SNS para las próximas generaciones y una nueva cultura social centrada en el principio de ciudadanía.



Sabemos que las relaciones entre medicina y sociedad nunca han estado libres de incertidumbres; pero, en esta época histórica, a diferencia de las anteriores, deben resolverse a favor de la sociedad, lo que exige una creciente mentalización de las profesiones sanitarias con respecto a sus roles esenciales en un nuevo tipo de organizaciones profesionales al servicio de la comunidad y que, precisamente en ello, encuentre potenciada su función social como institución perdurable y necesaria.

La medicina moderna debe adaptarse a las nuevas realidades demográficas, sociales, económicas, tecnológicas; sin embargo, este proceso adaptativo es difícil y conflictivo, porque colisiona con los valores tradicionales más importantes de las profesiones sanitarias: autonomía, relación paternalista e incondicional con el paciente, desarrollo científico y tecnológico sólo condicionado por el estado de la ciencia en cada momento, discrecionalidad plena, sin aparente control administrativo y con acceso ilimitado a los recursos disponibles, y un elevado grado de reconocimiento y reputación social.

No son tiempos fáciles para las profesiones sanitarias clásicas; el mundo parece girar a mayor velocidad, y los cambios tecnológicos, económicos y sociales han irrumpido quebrando los equilibrios centenarios sobre los que se basaban las definiciones y contornos de ejercicio profesional, y en particular en el caso de la medicina.

---

### **b.- La práctica del profesionalismo en los servicios sanitarios**

---

Cuando un modelo epistemológico entra en crisis como consecuencia de las grandes mutaciones científicas y tecnológicas, es primordial que en el proceso de cambio discontinuo primen determinados valores irrenunciables identificativos de una visión humanista de la asistencia sanitaria.

Consideramos que las transformaciones en la sociedad y los factores de presión sobre los sistemas sanitarios promueven cambios en los patrones de comportamiento de las profesiones sanitarias, y específicamente de la profesión médica, en el ejercicio de sus responsabilidades de servicio asistencial, y pueden ser a su vez una oportunidad de creatividad y de innovación que



revitalice su propio paradigma científico y social. Estos factores inductores están esencialmente representados por las demandas y expectativas de los ciudadanos, el cambio tecnológico y una emergente cultura basada en la responsabilidad.

Además, en las estructuras sanitarias modernas, el desarrollo tecnológico suscita nuevas demandas, segmenta los dominios profesionales, fija la atención en los procedimientos y técnicas y en definitiva, identifica el crecimiento y reputación profesional con la innovación tecnológica y accesibilidad a la misma. En esta evolución tecnológica y cultural, el trabajo asistencial basado en procesos y gestionado por equipos multidisciplinares constituye la unidad operativa de las organizaciones sanitarias modernas.

La lógica de la medicina actualmente dominante es que los buenos resultados son aquellos que se producen aplicando las mejoras prácticas profesionales posibles. Sin embargo, la racionalidad clínica se interroga cuando en el término resultados se introducen variables que son internalizadas en el saber profesional como exógenas (bienestar, satisfacción, reintegración al medio, calidad percibida, funcionalidad social,...), que precisan de una respuesta más diferenciada y compleja, y que requieren inevitablemente integrar procesos clínicos, diluir barreras jerárquicas, redefinir responsabilidades y dominios de gestión, otorgar reputación y gobierno clínico en función del talento cognitivo reconocido; esto representa una nueva cultura en la medicina asistencial.

Una estrategia innovadora para gestionar los procesos de cambio requiere de un renovado profesionalismo sanitario en las unidades y servicios clínicos, que precisa una definición e integración de los nuevos roles a desempeñar por los profesionales de la salud. La complejidad de la asistencia moderna ha incorporado nuevas taxonomías en el ejercicio de la misma; la función esencial de provisión de atención y cuidados de salud, se enriquece con los atributos del profesionalismo (calidad asistencial, aprendizaje continuo, prudencia práctica, honestidad intelectual, competencia relacional, cultura cooperativa, significación humanista y ética,...). Así mismo esa diversidad práctica se ve innovada por una gama de actividades relacionadas con el gobierno del conocimiento, el uso apropiado de la información esencial, el aprendizaje experto, la función agencial corresponsable y el propio liderazgo profesional.



*La cultura de cooperación entre niveles asistenciales, la gestión por procesos y las estrategias de integración horizontal en la organización, contribuye a mejorar la práctica longitudinal de la asistencia y la orientación del servicio al usuario*

La cultura de cooperación entre niveles asistenciales, la gestión por procesos y las estrategias de integración horizontal en la organización, contribuye a mejorar la práctica longitudinal de la asistencia y la orientación del servicio al usuario. Así mismo este modelo de atención integrada (prevención, promoción, asistencia primaria y especializada, salud mental, atención domiciliaria y prestaciones sociosanitarias), consigue una mayor eficiencia global en la cadena de valor asistencial.

No debemos olvidar que la calidad de un sistema sanitario se evidencia por prestar una asistencia centrada en los pacientes y además, segura, efectiva, eficiente, equitativa y ágil (just in time). La legitimación social de un servicio sanitario se hace en las trincheras del día a día con los pacientes. Aquí está la verdadera cuenta de resultados del SNS.

Para que el sector de la salud vigorice la calidad asistencial y el desarrollo social, es necesario confiar y otorgar un papel más determinante a los profesionales sanitarios -empowerment-, por ser quienes custodian y gobiernan el conocimiento en las instituciones y servicios asistenciales; evaluar los procesos y tecnologías esenciales, identificando las best practices; formalizar con seguridad y eficacia los ciclos de innovación sanitaria socialmente responsable; desarrollar procesos de aprendizaje tecnológico y gobierno del conocimiento en los microsistemas, gestionando con transparencia el interfaz entre el conocimiento interno y externo (mercado) y asegurar la implantación de las mejoras organizativas y gestoras socialmente más eficientes.

Las diversas fórmulas emprendedoras -intrapreneurship- del tipo de comunidades epistémicas de prácticas y agrupaciones profesionales de naturaleza colaborativa que se han creado en los últimos años en las instituciones sanitarias para gestionar procesos asistenciales homogéneos, con diferentes niveles de autogobierno, desarrollo y alcance (institutos, áreas funcionales,...) pueden, con determinados instrumentos funcionales, aumentar la calidad y eficiencia -en costes- de la actividad asistencial, siempre que se garanticen los procesos de integración horizontal, el desarrollo de competencias esenciales y los mecanismos de cohesión organizativa y social.

La cooperación a través de equipos multifuncionales (distintos



servicios, especialidades y niveles asistenciales) permite alinear intereses y compartir riesgos con un amplio margen de control sobre el propio trabajo, lo cual conlleva a una mejora del clima laboral y un mayor respeto mutuo entre profesionales

La difusión del conocimiento en la práctica asistencial sólo acontece en comunidades de aprendizaje y en organizaciones inteligentes que presuponen una institucionalización de métodos, hábitos, culturas, virtudes y esfuerzos compartidos. Llevar a la práctica este ejercicio de responsabilidad ante la sociedad es la tarea más difícil con la que se han enfrentado hasta ahora las profesiones sanitarias.

El progreso de la gestión clínica en un esquema formal de descentralización y autonomía funcional, precisa de instrumentos de información adecuados para desarrollar actividades epidemiológicas, de patrones de utilización eficiente de recursos esenciales y del fortalecimiento de las estrategias de comunicación interna entre servicios y unidades funcionales a que obliga la necesaria coordinación sanitaria.

Se hace imprescindible seguir avanzando en los procesos de descentralización y autonomía funcional, dando respuesta institucional a las variables esenciales que afectan a las necesidades humanas e intelectuales de las profesiones sanitarias (sin menoscabo y en coherencia con una visión global de las políticas de recursos humanos en el sistema sanitario), y que determinan su formación, desarrollo del conocimiento, motivaciones, incentivos, promoción, retornos sociales y nuevas competencias, progresando, en suma, hacia un patrón de cohesión profesional que revitalice su legitimidad social.

En suma, son prácticas de buen profesionalismo clínico aquellas que se sustentan en comportamientos ejemplarizantes, íntegros, competentes, socialmente responsables ecuánimes, fiables y socialmente subsidiarios.

---

### **c.- Elementos esenciales del profesionalismo sanitario**

---

Un marco de desarrollo de los profesionales de la salud exige la incorporación progresiva de éstos en responsabilidades

*La difusión del conocimiento en la práctica asistencial sólo acontece en comunidades de aprendizaje*

*Son prácticas de buen profesionalismo clínico aquellas que se sustentan en comportamientos ejemplarizantes, íntegros, competentes, socialmente responsables ecuánimes, fiables y socialmente subsidiarios*



*La investigación es un elemento central en el nuevo paradigma de profesionalismo sanitario*

de gestión en un modelo organizativo descentralizado, contractualmente bien definido y apoyado en un sistema de información y evaluación apropiado para avanzar con plenas garantías en el compromiso de la corresponsabilidad con los resultados asistenciales y económicos.

La participación de los profesionales sanitarios en la estrategia de renovación y mejora de los servicios sanitarios, debe reforzarse a partir de una estructura menos compartimentalizada y más flexible, una dinámica de trabajo en equipos multidisciplinares bien conectados y unas relaciones internas basadas en la confianza, la seguridad, la lealtad y otros patrones de gestión que se han mostrado exitosos en empresas de servicios modernas.

Desde otra perspectiva, la participación efectiva de los profesionales en "la vida" de los centros debe realizarse mediante sistemas formales e informales; los sistemas informales exigen ser primados, aunque en general deben ligarse a programas o actividades específicas que refuercen la estrategia y objetivos de la organización. Los sistemas formales deben ser coherentemente representativos, con criterios estrictamente profesionales: cuando los contenidos del órgano sean profesionales o científicos, la representatividad debe ser directa.

Las profesiones sanitarias que dotamos de credenciales al sistema de salud ante la sociedad debemos contribuir desde un liderazgo social a mejorar las coordenadas de eficiencia económica en el ámbito de nuestras decisiones y responsabilidades, a promover desde nuestro acervo histórico los valores de solidaridad y cohesión social, a contribuir a la sostenibilidad interna mediante la revitalización de un nuevo profesionalismo abierto hacia la sociedad, a impulsar los cambios para gestionar la crisis de racionalidad que tienen los servicios sanitarios desde principios bioéticos como guía de actuación, y por último, a facilitar la gobernabilidad del conjunto del sistema sanitario, para asegurar los derechos sustantivos de la ciudadanía sanitaria.

La investigación es un elemento central en el nuevo paradigma de profesionalismo sanitario. La meta final de la investigación en servicios sanitarios, según el Instituto de Medicina Americano, es producir conocimiento que conduzca a mejorar la salud de los ciudadanos.



La investigación en servicios de salud se proyecta de forma multidisciplinaria, tanto a nivel básico como aplicado, y examina el acceso, la utilización, los costes, la calidad, la provisión, la organización, la financiación, y los resultados de los servicios de salud para producir conocimiento sobre la estructura, el proceso y los efectos que la práctica asistencial produce en los individuos y en las poblaciones.

Esta investigación trata de responder en nuestros días a preguntas sobre el mejor método diagnóstico, el mejor tratamiento médico, la mejor prevención, la calidad de una determinada institución sanitaria, la provisión de servicios de manera eficiente, el acceso de los pacientes a las prestaciones que necesitan, y el coste en que se incurre para proveer la atención.

La formación continuada de todos los profesionales del SNS es también otra faceta esencial que ha de desarrollarse de forma ininterrumpida e interconectada dentro del propio desarrollo del sistema; y, por ello, deberá ser objeto de preferencia en la estrategia de modernización sanitaria. Deberán ser las Comunidades Autónomas quienes asuman la responsabilidad institucional de impulsar la política formativa y los sistemas de acreditación, evaluación y homologación, en estrecha colaboración con las instituciones profesionales, académicas, científicas y sociales.

La política de empleo debe girar en el sector sanitario sobre tres ejes: calidad del empleo, compromiso de estabilidad (primando el empleo fijo sobre el temporal allí donde las funciones permanezcan estables) y flexibilidad en la contratación, con plenas garantías de control social y profesional (modificación de los sistemas burocráticos de selección, según las necesidades de cada estamento); todo ello con el objeto de garantizar un modelo de retribuciones y garantías sociales equitativo que impulse el desarrollo integral de las personas en un marco de relaciones laborales estable, seguro e incentivador.

Existe evidencia de que los incentivos relacionados con la reputación, la promoción y el promoción, la participación efectiva, el aprendizaje y formación continuada, así como los alicientes que refuerzan el grado de discrecionalidad profesional en formatos operativos de autogestión, autoevaluación y autocontrol, son los



*La teoría organizativa contemporánea ha puesto de relieve la necesidad de crear comunidades multidisciplinares para integrar y gestionar el conocimiento propio y el asociado en los servicios sanitarios.*

más relevantes y sensibles en los servicios sanitarios, lo cual debe permitir orientar el desarrollo intrínseco de las políticas de personal siguiendo la teoría antropológica de las motivaciones humanas.

### **Visión de futuro de la gestión clínica como elemento integrador en las reformas sanitarias**

La teoría organizativa contemporánea ha puesto de relieve la necesidad de crear comunidades multidisciplinares para integrar y gestionar el conocimiento propio y el asociado en los servicios sanitarios. Esta configuración cooperativa en base a microsistemas y redes de colaboración –internas y externas– viene siendo (con mayor o menor grado de formalización y desarrollo en su rediseño) la forma organizativa de crear vínculos y canales de comunicación intra/inter profesionales, además de aplicaciones de buena práctica gestionando procesos y haciendo uso de las TICs.

En los centros sanitarios y en un entorno cultural y profesional proclive a la mejora de las prácticas asistenciales y de la gestión de los procesos clínicos, se ha venido implantando –en los últimos años– y sin claros niveles jerárquicos, un modelo específico de cadena de valor para la gestión del conocimiento clínico que ha conseguido contextualizar la información y la experiencia, identificar-integrar y codificar el conocimiento más relevante, acceder de forma sistemática a las fuentes del saber, transferir-compartir y generar nuevo conocimiento en las unidades y grupos asociados, incrementar las bases del conocimiento como un activo personalizado e institucionalizado; mejorando como resultado de todo este proceso el aprendizaje organizativo, el know how interno (saber hacer lo apropiado), el capital intelectual y la calidad de los productos, procesos, servicios y microsistemas.

El dinamismo del capital humano<sup>b</sup>, la interactividad profesional, un modelo mental proactivo y una cultura interna de mejora continua han permitido categorizar los microsistemas como equipos multidisciplinares constituyendo la “célula organizativa”

<sup>b</sup>

.- Capital humano: Capital intelectual integrado por todos aquellos conocimientos tácitos y explícitos, experiencias, procesos educativos, auto-management con capacidad para crear valor económico, organizativo, social y ético.



para gestionar los procesos asistenciales idiosincrásicos<sup>c</sup> en base a este modelo de experiencia.

Creemos que dinamizar dentro de las instituciones sanitarias iniciativas para impulsar comunidades de prácticas –microsistemas en forma de unidades funcionales, áreas o polos clínicos, institutos o conglomerados organizativos orientados a la gestión por procesos,...-, requiere, más allá del propio patrón de gobernanza gerencial y clínica, de un desarrollo completo de las funciones que integran la cuaterna<sup>d</sup> para la gestión virtuosa del conocimiento científico, cuyas fuentes esenciales son la experiencia (propia y transferida), la ciencia biológica, epidemiológica y clínica, así como los valores compartidos.

La mejora de la eficiencia en los procesos asistenciales está directamente relacionada con el desarrollo del conocimiento organizativo; de hecho, se avanza hacia la gestión clínica a través del gobierno de conocimiento.

Los elementos claves para desplegar la gestión del conocimiento en los microsistemas clínicos son: **1.-** La cultura innovadora sustentada en valores comunes; **2.-** la estrategia que permite identificar necesidades y valorar capacidades internas; **3.-** las herramientas de comunicación; **4.-** el modelo profesional social de participación abierta y confiable; **5.-** la calidad de la cartera de competencias esenciales; **6.-** la inteligencia para el discernimiento y la gestión de los procesos críticos; y **7.-** una infraestructura tecnológica apropiada y evolutiva, es decir, rápida y fiable.

A este nivel operacional, los métodos de prácticas, aplicaciones y uso racional de la tecnología –en sentido amplio- lleva consigo la necesidad de desarrollar nuevas competencias organizativas y profesionales, para que estas iniciativas creativas (factor de creatividad) e innovadoras (factor de innovación) estén orientadas a dar una respuesta competente a las necesidades reales (factor de importancia) y permitan a su vez, evaluando la experiencia, un aprendizaje continuo en la organización (factor de relevancia). Esta espiral dinámica continua e interactiva constituye el proceso de transformación ontológica interna del conocimiento de las personas y de la organización (Anexo).

---

<sup>c</sup> - Procesos asistenciales idiosincrásicos: Clasificados, ordenados, analizados, evaluados, comparados e interpretados para crear las bases de *know how* y competencia distintiva por parte, así como los activos de la estructura organizativa interna (métodos, procedimientos de *best practices*, sistemas de evaluación y *software*,...) y externa (redes, colaboración/alianzas, *empowerment* usuario,...), para maximizar este meta-conocimiento en los servicios y la atención sanitaria.

<sup>d</sup> - La cuaterna de la gestión del conocimiento: Factores de creatividad, innovación, relevancia e importancia.



En los servicios sanitarios, la cultura del aprendizaje colectivo, el enfoque organizativo hacia la mejora continua y los avances orientados a la gestión clínica se han desplegado generalmente a través de la creación y aplicación del conocimiento, al ser los profesionales de la salud los agentes que lo custodian, difunden y transforman en valor social. Un impulso sostenido de estas estrategias exige profundizar en los atributos funcionales del conocimiento, tales como la operatividad, accesibilidad y relevancia, a la vez que mejorar las infraestructuras tecnológicas para su desarrollo por medio de plataformas que permitan actualizar y evaluar continuamente las "bases de conocimiento" de las instituciones, rediseñar los procesos y sistemas de aplicación del conocimiento operacional, incrementar la transferencia y aprendizaje mediante benchmarking e investigación aplicada y por último, redefinir la arquitectura de competencias esenciales de la organización.

Gobernar y motivar a los profesionales de la salud para asegurar que el conocimiento se integra y fluye en la cadena de valor asistencial, lleva consigo potenciar su compromiso con la comunidad de prácticas, la institución de pertenencia y el entorno social. El sentido de identidad compartida y la convergencia en las necesidades e intereses en una comunidad de prácticas profesionales, fomenta el intercambio de conocimientos y experiencias, además de propiciar una cultura interna proactiva a la investigación, al desarrollo de un proyecto común y a la evaluación integral de los resultados en salud. (Cuadro 4).

*Cuadro 4: Dimensiones y métricas de evaluación de la salud (balancet scorecard)*

- 1. Beneficios (efectividad, seguridad, relevancia, equidad)**
- 2. Pacientes (aceptabilidad, satisfacción, continuidad, coordinación y accesibilidad)**
- 3. Procesos (calidad técnica, eficiencia productiva, excelencia clínica y adecuación)**
- 4. Aprendizaje (modelos, cualificación, competencia, innovación y gestión del conocimiento, evaluación de la competencia profesional)**
- 5. Sociedad y ciudadanía (subsidiariedad, comunidad social, participación democrática, corresponsabilidad y sociabilidad)**



Por otra parte, avanzar hacia una cultura clínica verdaderamente innovadora, lleva consigo cambios profundos en las competencias de la función directiva y del desarrollo gestor. Para Edgar Shein<sup>21</sup> esta cultura no sólo se entiende como una gama de valores, creencias y prácticas compartidas entre los miembros que integran una organización, sino que también puede reconocerse en determinadas suposiciones o patrones básicos de comportamiento que son aprendidos, compartidos y validados, y que tienen capacidad tanto para resolver problemas de integración internos como para adaptarse a un contexto de cambio externo.

Para Clayton Christensen<sup>22</sup> (1999) estos patrones comprenden los procedimientos, formas de trabajo y criterios técnicos para tomar decisiones de forma continuada en el tiempo. El valor basado en la competencia distintiva, no en la posición jerárquica, y una visión receptiva abierta a flujos internos y externos de cambio para aprovechar oportunidades y progresos, son los signos que expresan una nueva cultura de innovación en la gestión clínica.

Existen algunos proyectos normativos en el ámbito de las CC.AA. que tratan de ordenar y estandarizar la gestión clínica desde una renovada cultura profesional de corresponsabilidad en el uso eficiente de los recursos sanitarios. El soporte conceptual, metodológico y las herramientas para mejorar los patrones de decisión clínica, racionalizar los procesos de la cadena de valor asistencial y gestionar el conocimiento operativo, exigen abordar el cambio en los microsistemas asistenciales con una perspectiva global e integrada, atendiendo a todos los factores de complejidad insertos en la práctica clínica moderna. (Cuadro 5)

*El valor basado en la competencia distintiva, no en la posición jerárquica, y una visión receptiva abierta a flujos internos y externos de cambio para aprovechar oportunidades y progresos, son los signos que expresan una nueva cultura de innovación en la gestión clínica.*



Cuadro 5: Estrategias y tecnologías para gestionar la complejidad de la práctica clínica

1. **Revisión de la utilización.**
2. **Evaluación (autoevaluación) comparada “benchmarking clínico”.**
3. **Outcomes research.**
4. **Estandarización de la práctica clínica: Guías de práctica.**
5. **Presupuestación y gestión por procesos.**
6. **Audit clínico.**
7. **Cooperación interprofesional y multidisciplinaria.**
8. **Difusión sistemática de conocimientos**
9. **Estrategias y herramientas para evaluar la calidad asistencial.**
10. **Sistemas de información apropiados.**
11. **Utilización de TICs.**

Renovar la organización funcional de los servicios sanitarios requiere de cambios reguladores para: **1.-** reforzar el principio de autonomía responsable en los microsistemas clínicos; **2.-** orientar la práctica asistencial en términos de resultados en salud; **3.-** diversificar y cohesionar simultáneamente los roles profesionales; **4.-** optimizar la gestión del conocimiento y las nuevas tecnologías; **5.-** dotar a las unidades de gestión en las comunidades multiprofesionales de competencias y capacidades auto-organizativas; y todo ello a través de un conjunto de instrumentos y técnicas de gestión cooperativas conducentes a mejorar la calidad de los procesos asistenciales.

Estas innovaciones en la organización funcional de la atención sanitaria, que se desarrollan integrando equipos multidisciplinarios con una visión horizontal y que custodian los conocimientos más específicos e idiosincrásicos, están configurando un modelo de estructura orgánica operacional de corte descentralizado y horizontal, garantizando la optimización de los derechos incondicionales de los pacientes a una asistencia de excelencia.

Es difícilmente cuestionable bajo cualquier imperativo de



responsabilidad pública y de marcado acento reformista y renovador, el que hoy la sostenibilidad y vitalidad de los sistemas públicos de salud pasan por un cambio profundo en la cultura y valores de las profesiones sanitarias, por ser estas socialmente corresponsables con la calidad de las prestaciones y servicios públicos. Por ello se hace no sólo necesario, sino imprescindible, impulsar un liderazgo emprendedor profesional para que los nuevos rediseños organizativos funcionales en el ámbito de los microsistemas clínicos se asienten y evolucionen como la forma de cooperación más apropiada para mejorar los patrones de calidad asistencial y los resultados de salud de la población.



## Anexo: La gestión del conocimiento

### 1.- El mundo del conocimiento en la era de la globalización

Las grandes transformaciones de la sociedad de finales del siglo XX hasta nuestros días son la consecuencia directa del proceso de globalización económica y tecnológica -que afecta con un alto grado de interdependencia a la mayoría de los mercados y sectores productivos-, así como de los cambios demográficos que conllevan un progresivo envejecimiento de la población, preferentemente en los países desarrollados.

Este proceso de globalización consiste en el crecimiento de la interdependencia económica de los países del mundo a través de un incremento del volumen y variedad de las transacciones de bienes y servicios, así como del flujo internacional de capitales y de una más rápida y amplia difusión de las tecnologías. La globalización representa la fase más avanzada de la división internacional del trabajo, impulsada por la revolución tecnológica en el campo de la informática, las telecomunicaciones, la biotecnología, la ingeniería genética y los nuevos materiales. El sector de la salud está inmerso en este proceso de globalización, afectando a todas las funciones y procesos críticos de la cadena de valor de los servicios sanitarios<sup>e</sup>.

Los cambios sociales radicales que hoy observamos se iniciaron a finales del siglo pasado cuando la información y el conocimiento se convirtieron en el elemento central de la economía y del desarrollo de sus productos y servicios. La referencia histórica capital-trabajo fue sustituida por información-conocimiento (la sociedad del conocimiento convive conectada a la sociedad de la información -cibersociedad-). El factor básico o el medio de producción esencial en esta nueva economía ya no es el capital, ni la mano de obra, ni los recursos naturales, es y será el saber o el conocimiento.

Los incrementos de productividad de las organizaciones dependerán directamente de las actividades que desarrollen los trabajadores del conocimiento (denominación propuesta por

<sup>e</sup>

Roberts V, Calhoun J, Jones R, Sun F and Fottler M. Globalization of U.S. Health Care Services: Assessment and Implementation. Health Care Management Review. 2000; 25(3): 24-35



Drucker)<sup>f</sup>, y se basarán en la mejora del saber, en la innovación aplicada de forma continua y en la utilización intensiva de las TICs. Estas tecnologías son un instrumento apropiado para orientar y diseñar el proceso educativo, reforzando las técnicas de aprendizaje tradicional, e incrementando su función de cohesión y bienestar social.

Esta nueva sociedad de la información mundializada y competitiva está produciendo alteraciones, posiblemente irreversibles, en la propia estructura y naturaleza del sistema económico, y está afectando de forma relevante a los estados benefactores y a sus políticas sociales. La información y el conocimiento no solo se han convertido en los elementos centrales del funcionamiento y desarrollo de la economía, sino que además, -en nuestra era de la discontinuidad tecnológica y científica-, impulsan el progreso en las instituciones sociales, fortaleciendo las capacidades y competencias de sus miembros a través de la interacción personal y colectiva<sup>g</sup>.

El dinamismo de la sociedad, de la economía y de las organizaciones tiene su origen en la capacidad de innovación de los conocimientos. La gran revolución del sector industrial desde finales del siglo XIX, hasta el siglo actual, ha representado el cambio más revolucionario de nuestra civilización en términos de productividad económica y empresarial, y por ende de generación de riqueza y bienestar social<sup>h</sup>. Desde la gestión científica de tareas en las organizaciones de la sociedad industrial a la gestión de procesos y del trabajo basado en el conocimiento como sistema a lo largo de todo el siglo XX y hasta nuestros días, han sido drásticamente modificadas tanto la estructura y naturaleza del sistema económico y laboral, como los patrones de producción y la propiedad de sus activos.

Las propias jerarquías de la sociedad y de las instituciones contemporáneas se establecen progresivamente en función del saber, modificando sustantivamente e irreversiblemente el status quo de las tecnoestructuras hieráticas consecuencia de sus limitaciones para enfrentarse a un proceso de cambio rápido y disruptivo<sup>i</sup>.

f  
g  
h  
i

Drucker P. Knowledge-worker Productivity: The Biggest Challenge. *California Management Review*. 1999; winter:79-94.

Davenport TH and Glaser J. "Just in Time Delivery Comes to Knowledge Management". *Harvard Business Review* 2002, July: 107-111.

Taylor FW. *The Principles of Scientific Management*. New York: Harper, 1911.

Brown SL and Eisenhardt KM. *Competing on the Edge: Strategy as Structured Chaos*. Harvard Business School Press, Boston. 1998.



El proceso de cambio desde un sistema basado en la producción, los servicios y la información, hacia un modelo basado en el conocimiento, representa sin duda una disrupción organizativa que debe ser liderada para fortalecer el desarrollo de las instituciones y la comunidad.

Todos los cambios importantes en la economía y la sociedad, están directa o indirectamente relacionados con el conocimiento. Además de representar la principal fuerza productiva de las naciones, se está convirtiendo en un factor esencial del patrimonio universal. Las características principales de esta nueva sociedad del conocimiento son la ausencia de fronteras (el conocimiento "viaja" con poco esfuerzo y recursos), la movilidad ascendente a través del proceso formativo adquirido y el alto potencial de acceso a este factor intangible esencial que promueve la empleabilidad y el desarrollo personal en todas sus facetas. El cerebro sustituye al músculo en todos los sectores económicos, modificando sustancialmente la distribución y calidad del empleo.

La nueva ciencia económica basada en el conocimiento como principal activo generador de riqueza, significa que el desarrollo y el bienestar social deben ser abordados desde esta perspectiva para comprender su significado en un mundo globalizado. La sociedad del conocimiento representa grandes desafíos y oportunidades, sabiendo que el acceso a la misma y su sostenibilidad solo se garantizan a partir de la capacidad de aprendizaje de las organizaciones.

Por tanto, sabemos que el futuro ya es presente y que en esta economía moderna las empresas ya no son propietarias de su principal recurso productivo; son "los trabajadores del conocimiento" quienes custodian, difunden y gestionan en los sistemas de actividades este valor estratégico intangible que otorga distinción competente, a través de diferentes formas de colaboración interna y externa<sup>j,k,l</sup>.

## 2.- Las bases conceptuales del conocimiento

La teoría organizacional analiza el conocimiento como aquella

j  
k  
l

Senge PM. "The Knowledge Era". Executive Excellence 1998; 15(1):15-16.

Bior G. " Organisational Culture, Organisational Learning and Total Quality Management: A Literature.

Davenport TH, Thomas RJ and Cantrell S. The Mysterious Art and Science of Knowledge-Worker Performance. MIT Sloan Management Review 2002; fall:23-30.



información que posee valor para la empresa y que permite desarrollar acciones asociadas para satisfacer necesidades y demandas, además de aprovechar nuevas oportunidades a través de la explotación aplicativa de competencias esenciales. La organización por sí sola no puede crear conocimiento, sino que son las personas que la componen quienes establecen los nuevos pensamientos y experiencias que determinan el saber organizativo. Son por tanto las personas los verdaderos catalizadores del conocimiento.

Desde la perspectiva de las organizaciones modernas y analizando las bases teóricas sobre las que sustentan su propio saber, se pueden contemplar las siguientes dimensiones: **1.-** La dimensión ontológica, establece los niveles de conocimiento a escala individual, grupal, organizacional e interorganizacional. El conocimiento sólo es generado por los individuos y la organización impulsa y apoya las corrientes de creatividad individual que son la fuente de potenciales desarrollos del conocimiento (individuales, equipos o grupos, áreas, redes,...); **2.-** La dimensión epistemológica clasifica los tipos de conocimiento en tácitos o subjetivos y explícitos u objetivos.

Los factores que determinan la creación de conocimiento organizacional, es decir la transformación del conocimiento epistemológico en conocimiento ontológico son: **1.-** Intención (condiciones óptimas que permiten el desarrollo de capacidades con una visión compartida y criterios para evaluar la utilidad de los activos del conocimiento; **2.-** Autonomía (motivaciones que surgen desde la autogestión e iniciativas emprendedoras donde emergen nuevas ideas y oportunidades; **3.-** Creatividad (interacciones para alternar el status quo, superar las limitaciones autoimpuestas, así como los hábitos y rutinas, para así estimular nuevas perspectivas y metas; **4.-** Redundancia (fomento de diferentes formas y puntos de vista para realizar las tareas y procesos dentro de los integrantes de los equipos, es decir, conceptos e ideas que se fortalecen en las diferencias y en la no consistencia de la lógica preestablecida).

El conocimiento como activo esencial integra una colección de información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto de experiencia, que sucede dentro de una organización, bien de forma individual o general. La información está representada por la estructura y los datos; y la experiencia



está determinada por un razonamiento lógico de los casos estudiados (case based reasoning), que implica un análisis de situación, un problema, unas alternativas, una solución, unos resultados, una evaluación y unas lecciones aprendidas.

Pero...¿Qué es Knowledge work?. Quinn<sup>n,o</sup> iguala conocimiento con profesionalidad, basándose en el Know How, el Know Why y el Know What, junto a la automotivación creativa de las organizaciones con capacidad de aprendizaje. Muñoz-Seca y Riverola<sup>p</sup> expresan el conocimiento como la capacidad de resolver un determinado tipo de problemas con un nivel de bondad apropiado, y que su adquisición precisa de un aprendizaje continuo orientado a mejorar la posición competitiva de la empresa. Nonaka y Takeuchi<sup>q,r</sup> distinguen entre conocimiento tácito, que es personal, es decir, el conocimiento que no es expresado o comunicado fácilmente y conocimiento explícito, que es el que se puede codificar y expresar en un lenguaje formal.

La formulación estructurada del conocimiento que proponen Nonaka y Takeuchi ha sido en los últimos años considerada muy apropiada para las organizaciones con capacidad de aprender. Desde esta visión, y como ya se ha referido previamente, existen diferentes tipos de conocimiento:

- 1.- El conocimiento tácito o implícito (intangibile), que permite valorar las decisiones. Surge del entorno de trabajo enraizado en la experiencia individual y se expresa a través de su uso y del aprendizaje práctico. Es difícil de extraer, compartir y codificar, de separar de quién lo genera, e incluye el conocimiento del ciclo de experiencia. Se compone de una dimensión técnica (habilidades y expertezas que se desarrollan con la experiencia) y de una dimensión cognitiva (percepciones y conductas que se interiorizan en las personas). En el ámbito de la salud integra los juicios clínicos, los modelos mentales compartidos, la organización de la práctica asistencial, la capacidad relacional y emprendedora, las habilidades, expertezas, artes, valores, creencias y know how

n  
o  
p  
q  
r

Quinn JB. Strategic Outsourcing: Leveraging Knowledge Capabilities. *MIT Sloan Management Review*. 1999; Summer, 40 (4):1-4  
Quinn JB, Anderson P and Finkelstein S. Managing Professional Intellect: Making the Most of the Best. *Harvard Business Review* 1996; 74:71-80.

Muñoz-Seca B y Riverola J. *Gestión del Conocimiento*. Ed. Folio S.A. Estudios y Ediciones. IESE, S.L. Barcelona, 1997.

Nonaka I and Takeuchi H. "The Knowledge Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. New York. Oxford University Press, 1995.

Nonaka I The Knowledge-Creating Company. *Harvard Business Review* 1991; 69:96-104



2.- El conocimiento explícito (tangible) se expresa en lenguajes conocidos y es fácilmente identificable, capturable, codificable, transferible, utilizable y compartible, y por tanto se transmite mejor a través de la tecnología, siendo el requerido para realizar los procesos organizativos y de gestión. Está presente en el “mercado del conocimiento”, tanto interno como externo, y se difunde principalmente en el formato de publicaciones ; integra en las ciencias de la salud, los métodos epidemiológicos, la medicina basada en la evidencia, los resultados en salud, los procesos de estandarización de la práctica clínica y el producto de la evaluación tecnológica, así como las bases de todo tipo de textos, formulaciones, reglas, ecuaciones, procedimientos, diseños, productos, internet y soluciones ad hoc.

La clave está en prestar especial atención al cómo las personas perciben la información y la transforman en conocimiento. Además, el conocimiento es el único activo fijo que proporciona ventajas sostenibles distintivas –o competitivas-, aumenta crecientemente su valor productivo porque no está sometido a rendimientos decrecientes, no se consume ni deprecia cuando se socializa o aplica en los procesos y actividades del entorno de trabajo (bien al contrario de lo que ocurre con otros bienes físicos), y así mismo , no se pierde la propiedad individual cuando se comparte en esquemas de cooperación o de prácticas de aprendizaje colectivo, estimulando por tanto el aprendizaje individual y colaborativo. Desde esta visión el conocimiento no es un recurso escaso, y sí un activo estratégico que se ubica en su forma primaria en la estructura mental de las personas (que lo preservan y enriquecen).

En el plano individual, el conocimiento es un crecimiento interno y una profundización hacia la persona y la organización social, que ayuda a potenciar la capacidad operativa en un ejercicio de sabiduría práctica<sup>s</sup>. El proceso educativo, el aprendizaje y la investigación, constituyen los fundamentos básicos del progreso humano. Este liderazgo del saber debe integrar y liberar valores y talento (cognitivo, relacional, social,...) al servicio del bien común.

Los servicios sanitarios son organizaciones intensivas en conocimiento y los profesionales que lo gestionan están integrados

---

S

Drucker P. La productividad del trabajador del conocimiento. Máximo desafío 2001; Harvard Deusto Business Review. Especial 100. 2001: 22-33.



en un dinamismo continuado de progreso en el saber, dialogando, cooperando, descubriendo, buscando soluciones, resolviendo con eficacia y calidad problemas, es decir, trabajando en equipo como una condición indispensable para la sostenibilidad y crecimiento de una comunidad interdisciplinar, que precisa innovar continuamente. La dinámica psicológica organizativa en el desarrollo de los roles de autonomía e interdependencia define básicamente el marco contextual y la efectividad de los "trabajadores del conocimiento"<sup>t</sup>.

### 3.- La gestión del conocimiento en las organizaciones con capacidad de aprender

La gestión del conocimiento surge en la década de los 90/XX como un campo multidisciplinario, con conceptos y herramientas propias y con aplicaciones crecientes en el ámbito de las organizaciones con capacidad de aprender. Este nuevo paradigma gana futuro en nuestra era como consecuencia de que el conocimiento se ha convertido en el principal factor de globalización y producción en un mundo interconectado e interdependiente<sup>u</sup>.

La gestión del conocimiento debemos entenderla como una disciplina polifacética integradora de múltiples magnitudes y desarrollos; la estrategia, los procesos productivos, organizativos y de gestión, los equipos de trabajo multidisciplinarios e interfuncionales, el modelo de aprendizaje basado en la cooperación, así como la implantación virtuosa de los ciclos de innovación y experiencia aplicada<sup>v,w</sup>. El equilibrio y conectividad de estos factores – sin subestimar ninguno de ellos- para gestionar el flujo de conocimientos es la clave para el posicionamiento competitivo y el valor distintivo de las organizaciones modernas.

Nuevas interrogantes deben ser formuladas para emprender y orientar el cambio hacia organizaciones basadas en el conocimiento; y por tanto nos preguntamos: ¿A qué conocimiento esencial nos referimos?...¿Cómo y dónde se crea?...¿Es posible inventarlo?...¿Cómo se transfiere y materializa en los

<sup>t</sup>

Colquitt JA and Noe RA. Knowledge Worker Team Effectiveness: The Role of Autonomy, Interdependence, Team Development and Contextual Support Variables. *Personnel Psychology* 1997; 50:877-904.

<sup>u</sup>

Muelin R. Knowledge Management a Cultural Revolution. *Journal Business Strategy* 1996; 17(5):56-59.

<sup>v</sup>

Mullin R. "Knowledge Management a Cultural Revolution". *Journal Business Strategy* 1996; 17(5):56-59.

<sup>w</sup>

Muñoz- Seca B., Riverola J. Gestión del conocimiento. Ed Folio. IESE Madrid;1997.



procesos?...¿Cómo y dónde se gestiona?...¿Qué valor añade a la organización?... Para responder a estas interrogantes se hace necesario conocer que el ciclo de gestión del conocimiento gravita en el proceso (unidad básica del trabajo), en el equipo con capacidad de aprendizaje, en la cultura cooperativa y en las TICs, para así facilitar su implementación.

La gestión del conocimiento significa hacer operativas o implantar creativamente las ideas a través de un sistema de mejora entendiendo que la base de todo proceso de mejora está en la calidad de la base cognitiva de la organización y en las best practices, en su rigurosa evaluación, en la capacidad de detectar oportunidades para aprender, en la aplicación efectiva del saber en el entorno usual de trabajo, en la configuración de la arquitectura de competencias esenciales y en la gestión del portafolio de conocimientos orientada al cliente/usuario. Desde esta concepción, la capacidad innovadora de la organización está directamente relacionada con la gestión del conocimiento, pero teniendo presente que su difusión e implantación solo acontece en comunidades de trabajo basadas en la cooperación, lo cual presupone una institucionalización de ciertos valores, cultura, métodos, virtudes y esfuerzos compartidos.

En los servicios sanitarios y unidades clínicas este enfoque permite comprender la transición desde sistemas de gestión de la calidad (CQI; TQM; reingeniería de procesos; ...) hacia la gestión del conocimiento, a partir de un proceso continuo de mejora que requiere, **1.-** De un sistema de mejora permanente que asegure la implantación de la siguiente cuaterna: resolución de problemas o relevancia; capacidad de aprendizaje o importancia; generación de ideas o creatividad; y aplicación con valor añadido o innovación, **2.-** De la instrumentación operativa para materializar el conocimiento en los procesos organizativos y de gestión y **3.-** De la disposición de una arquitectura inteligente (modelo mental)<sup>x</sup> para anticipar y gestionar las expectativas (teoría de las expectativas), implementar las acciones de mejora a través de grupos multifuncionales (lógica de acción) y evaluar los resultados para garantizar el proceso de aprendizaje educativo (autoevaluación)<sup>y</sup>.(Figura 1).

---

<sup>x</sup> Modelo mental: Inteligencia para concebir nuestra visión interna de la realidad, examinarla, interrogarla, evaluarla y participar a la influencia de los demás.

<sup>y</sup> Ruggles R. The State of the Notion, Knowledge Management in Practice. Management Review 1998; 40(3):8-14.



Figura 1: Sistemas cognitivos y elementos para la dirección organizativa



La *creatividad* no es necesariamente innata, sino que se desarrolla por enseñanza o aprendizaje grupal o comunitario<sup>z</sup>. Las nuevas ideas solo ayudan a aquellas organizaciones con disciplina e infraestructura para su implementación. La tensión entre creatividad y estructura es determinante en este proceso para que el resultado represente un valor de innovación<sup>aa</sup>.

La innovación implica gestionar retos, y éstos son siempre proporcionales al grado de conocimiento sobre los problemas existentes, y que a su vez, depende del nivel de asimilación y comprensión de los mismos.

La relevancia está relacionada con el “cómo tomar decisiones óptimas” (tablas de ponderación, árboles de decisión, entornos virtuales y simulaciones), es decir, qué valor proporcionan a los resultados vinculados al cliente externo o usuario; y que mecanismos de compensación otorgan el nivel de reconocimiento apropiado.

Por último, la importancia exige previsión de resultados cuantificables estadísticamente, así como comparaciones entre

<sup>z</sup>  
<sup>aa</sup>

Leonard SD and Swap W. When Sparks Fly: Igniting Creativity in Groups. Harvard Business School Press: Boston 1999.

Brown JS and Duguid P. Creativity versus Structure: A Useful Tension. MIT Sloan Management Review 2001; Summer:9-10.



lo observado y esperado utilizando métricas e indicadores. El aprendizaje retroactivo de la acción competente a través de la información analizada, permite crear nuevas reglas e hipótesis predictivas con visión de futuro.

Las instituciones sanitarias crean conocimiento a través de diferentes formas en una dinámica interactiva que puede ser definida como la espiral del conocimiento; Así, un nuevo conocimiento comienza a nivel individual y se transforma en un todo en la organización a través de un proceso de aprendizaje<sup>ab</sup>.

En los últimos años la mayoría de los proyectos de gestión del conocimiento en los servicios sanitarios se han orientado hacia los siguientes objetivos<sup>ac</sup>: **1.-** Creación de bases de conocimiento a partir de la gestión progresiva de información científica. Estos "almacenes de conocimiento" se han enriquecido tanto del conocimiento externo (información de tecnología; benchmarking clínico ,...), de conocimiento estructurado interno (métodos y técnicas especialistas; informes de investigación; evaluación de innovaciones tecnológicas;...) y de conocimiento informal interno (modelos de experiencia, interfase multifuncional, algoritmos para tomar decisiones,...); **2.-** Mejora de los sistemas de accesibilidad y transmisión de conocimientos, creando redes cooperativas temáticas en áreas esenciales para la organización; comunidades de expertos y grupos de mejora para desarrollos específicos; **3.-** Fomento de una cultura ambiental propicia para la creación y uso apropiado del conocimiento, fomentando actitudes proactivas, receptividad y apoyo para las iniciativas emprendedoras, así como el perfeccionamiento de los mecanismos para la integración y uso de conocimientos; **4.-** Evaluación del conocimiento como un activo, mediante auditorias anuales del capital intelectual (mapas de producción de conocimiento científico relevante, revisiones sistemáticas comparadas, ...), y utilización efectiva de este factor desde una perspectiva temporal<sup>ad,ae</sup>.

Los elementos esenciales que articulan y garantizan la viabilidad de estos modelos de gestión del conocimiento son el liderazgo para definir la estrategia utilizando el capital intelectual y organizativo, la cultura para el aprendizaje y la innovación, la tecnología para facilitar los flujos de valor, los procesos para

<sup>ab</sup>  
<sup>ac</sup>  
<sup>ad</sup>  
<sup>ae</sup>

Nonaka y A Dynamic Theory of Organisational Knowledge Organisation Science 1994; 12(4):53-65.

.. (Ruggles R. The State of the Notion, Knowledge Management in Practice. Management Review 1998, 40(3):8-14).

.- Davenport TH and Glaser J. "El Sistema Just in Time llega a la Gestión del Conocimiento". Harvard Deusto Business Review 2002; 111:6-14.

.- Moss MT. "Management Forecast. Optimising the Use of Organizational and Individual Knowledge". JONA 1999; 29(1):57-62.



materializar en las actividades el conocimiento organizativo y gestor y los sistemas de medida para evaluar los resultados con métricas comparadas. (Cuadro 6)

Cuadro 6: Dimensiones del capital intelectual



El impacto de este tipo de acciones ha incrementado las competencias profesionales y la experiencia de las unidades y áreas funcionales, preferentemente en el nivel asistencial hospitalario, en donde se han materializado en los procesos asistenciales con diferentes formas de estandarización (guías, protocolos y vías clínicas; indicadores de calidad asistencial; evaluación de outcomes en la gestión clínica). Por todo ello, sus aplicaciones rigurosamente probadas -en el propio ámbito de nuestra cultura y de los valores propios del humanismo científico-, pueden contribuir a la creación de una nueva organización sanitaria para gestionar la innovación, la tecnología y los procesos de aprendizaje.

### Tipos y Trayectorias de aprendizaje profesional en los servicios sanitarios.

La sociedad del conocimiento es la primera sociedad humana donde la movilidad ascendente es potencialmente ilimitada, es



más, cualquier impedimento a la misma puede considerarse una forma de discriminación.

La capacidad para resolver problemas de alcance, puede llevarse a efecto a través de vías alternativas y/o complementarias de aprendizaje en función del conocimiento que necesita la organización y sus miembros

En el sistema sanitario las trayectorias del saber son múltiples como consecuencia de la diversidad profesional existente; en la profesión médica por ejemplo, existen funciones generalistas, especialistas y superespecialistas. La práctica asistencial presenta diferentes grados de complejidad cognitiva, de plataforma tecnológica, de contexto funcional y de nivel prestacional, que exige ciclos de aprendizaje funcional distintivos y rutas de progreso diferenciadas. Estas necesidades de aprendizaje conllevan acciones específicas y estructuras organizativas apropiadas para estos fines. (Cuadro 7).

Cuadro 7: Modelos de aprendizaje y desarrollo del conocimiento

TIPOS DE CONOCIMIENTO Y TRAYECTORIAS DE APRENDIZAJE					
INTERNO			EXTERNO		
Explícito		Tácito	Explícito		Tácito
Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práctica profesional estructurada (capacidades, habilidades, expertezas)</li> <li>• Jornadas</li> <li>• "Universidad" intramural</li> <li>• Diseño de proyectos</li> <li>• Aplicaciones y educación tecnológica</li> <li>• Curso formación interno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencias y valores</li> <li>• Proceso de experiencia</li> <li>• Modelos mentales</li> <li>• Autoaprendizaje</li> <li>• Conocimiento intuitivo</li> <li>• Creatividad e innovación</li> <li>• Interacción cooperativa en el servicio asiste</li> </ul>	Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bases de datos</li> <li>• Internet</li> <li>• Síntesis de evidencia</li> <li>• Textos y revistas</li> <li>• Cursos formación externos</li> <li>• Biblioteca electrónica</li> <li>• Benchmarking funcional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendizaje extramural</li> <li>• Asesoría externa</li> <li>• Cultura global</li> <li>• Experiencia técnica y perfeccionamiento internacional</li> <li>• Web medicina basada en la evidencia</li> <li>• INTERNET especializada</li> <li>• Rediseño extramural de procesos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tecnologías organizativas</li> <li>• Comunidades de prácticas</li> <li>• Equipos quirúrgicos</li> <li>• Sesiones multidisciplinarias</li> <li>• Estandarización de trabajo cooperativo clínico (equipos de mejora, aprendizaje tecnológico, redes de valor)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institucionalización</li> <li>• Clima interno</li> <li>• Cultura cooperativa</li> <li>• Conocimientos</li> <li>• Idiosincrásicos</li> <li>• Inteligencia corporativa</li> <li>• Desarrollo de habilidades y capacidades operativas</li> <li>• Cohesión social y comunitaria</li> <li>• Liderazgo transformador</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prototipos técnicos</li> <li>• Simulación práctica de casos por ordenador</li> <li>• Ejercicios colectivos (e-learning)</li> <li>• Equipos con groupware</li> <li>• Modelos de consenso</li> <li>• Benchmarking sistemático</li> <li>• Teleconferencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades sociedades científicas</li> <li>• Gestión de proceso "glue"</li> <li>• Comunidades extramurales educativas</li> <li>• Juicio de expertos</li> <li>• Redes cooperativas [D+I]</li> <li>• Coordinación equipos y niveles asistenciales</li> </ul>
Colectivo		Colectivo	Colectivo		

El aprendizaje para el desarrollo del conocimiento individual y organizativo es siempre una inversión en recursos, esfuerzos y tiempo, y conduce necesariamente a una mayor especialización funcional. La medicina, como consecuencia del progreso



tecnológico y de los modelos de aprendizaje internos, es un claro exponente de la ciencia en el proceso de diversificación del conocimiento especialista, que ha conducido al avance científico y al desarrollo social.

El sistema de aprendizaje, tanto en su naturaleza como en las propiedades que lo define, debe ser coherente con la propia misión de las instituciones sanitarias. Por último, significar que la gestión eficiente de las trayectorias del saber va a depender esencialmente de la infraestructura tecnológica, de la arquitectura organizativa, de la cultura institucional y de los esquemas de compensación y desarrollo profesional. Con estos pilares estratégicos la gestión del conocimiento debe convertirse en un instrumento transformador de la organización sanitaria y un referente insustituible de la cultura de excelencia en los procesos y servicios asistenciales.



## Referencias bibliográficas

1 Drucker P. *La productividad del trabajador del conocimiento. Máximo desafío 2001*. Harvard Deusto Business Review 2001; 100:22-33.

2 Garvin DA. *The Processes of organization and management*. Sloan Management Review 1998;39(4):33-50.

3 Muñoz-Seca B, Riverola J. *Gestión del conocimiento*. Madrid: Folio-IESE, 1997.

4 Jovell AJ. *Tangled in a chaos. Digital knowledge management in public health*. Gac Sanit 1999;6:484-6.

5 Morton A, Cornwell J. *What's the difference between a hospital and a bottling factory?* BMJ 2009; 428-430. doi:10.1136/bmj.b2727

Disponible en: [http://www.bmj.com/cgi/content/extract/339/jul20\\_1/b2727](http://www.bmj.com/cgi/content/extract/339/jul20_1/b2727)

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

7 McGree WM, Hudak RP. *Reengineering medical treatment facilities of TRICARE: The medical group practice model*. Military Medicine 1995; 160(5):235-39.

8 Prusak L, Cohen D. *How to invest in social capital*. Harv Bus Rev. 2001; 79(6): 86-93.

9 McGree WM, Hudak RP. *Reengineering medical treatment facilities of TRICARE: The medical group practice model*. Military Medicine 1995; 160(5):235-39.

10 Jones PS and Meleis AI. *Health is empowerment*. Advanced Nursing Science 1993; 15(3):1-14.

11 Bowen DE and Lawler EF III. *The empowerment of service workers: What, why, how and when*. Sloan Manage Rev. 1992; 15(3): 31-9



- 12 Prahalat CK, Hamel G. The core competence on the corporation. *Harv Bus Rev.* 1990; 68(3):79-93
  
- 13 Wenger E, Snyder WM. Communities of practice: The organizational frontier. *Harv Bus Rev.* 2000; (January-February):139-45
  
- 14 Wenger E, Snyder WM. Communities of practice: The organizational frontier. *Harv Bus Rev.* 2000; (January-February):139-45
  
- 15 Davenport TH, Thomas RJ, Cantrell S. The mysterious art and science of knowledge -worker performance. *MIT Sloan Manage Rev.* 2002; 44(1):23-30.
  
- 16 .- Davenport TH, Glaser J. Just-in-time delivery comes to knowledge management. *Harv Bus Rev.* 2002; 80 (7): 107-11
  
- 17 Oteo LA. De la gestión de la calidad a la calidad de la gestión: Transiciones y controversias. *Rev Calidad Asistencial* 2008; 23(2):43-4
  
- 18 .- Lesser E, Prusak L. Preserving knowledge in an uncertain world. *MIT Sloan Manage Rev.* 2001;43(1): 101-02.
  
- 19 Pérez JA. Fundamentos de la dirección de empresas. Madrid. Ediciones Rialp SA; 2002.
  
- 20 Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Documento de trabajo nº 98. Laboratorio Fundación Alternativas. Madrid. 2006.
  
- 21 Shein E. Organizational culture and leadership. San Francisco. Jossey-Bass Publishers.1998.
  
- 22 Christensen CM, What is an organization´s culture? Boston, MA: Harvard Business Shool Publishing; 9-399-104.1999.