
Capitalización global en el Sistema Nacional de Salud

Luis Angel Oteo Ochoa

*Departamento de Desarrollo Directivo y GSS.
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid*

Introducción

La inversión pública en programas y funciones sociales preferentes está condicionada por factores potenciales desestabilizadores exógenos (económicos y monetarios, tecnológicos, mercados, etc.), por el “estado de salud” del ciclo económico, por la necesidad de un equilibrio macroeconómico en las cuentas públicas (ajustado a principios y criterios supranacionales), por tensiones agenciales que interactúan en contra de la restricción presupuestaria, por el proceso de innovación tecnológica que acorta sus ciclos de forma creciente, por el factor demográfico reflejado en el envejecimiento de la población, por la política fiscal que determina los ingresos públicos, así como por los criterios de convergencia económica y social con los países de nuestro entorno⁽¹⁾. Todos estos factores,

directa o indirectamente, también afectan al proceso de capitalización del sector sanitario público.

Todo proyecto de inversión pública en infraestructuras y activos esenciales para la prestación sanitaria ejerce un efecto positivo tanto en la eficiencia como en la productividad y esta última depende principalmente del stock de capital disponible. Además, también genera condiciones favorables para el crecimiento económico del país por la vía de los efectos indirectos.

El objetivo fundamental de crecimiento de la inversión productiva, en un sector de economía social preferente como es el de la salud, exige indagar en profundidad en el nivel de eficiencia de los servicios públicos, en los instrumentos de medida, evaluación y control de las prestaciones y, en general, en el funcionamiento de las instituciones que conforman nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS); máxime, cuando se ha culminado el proceso transferencial de los Servicios

⁽¹⁾ El producto bruto interno (PIB) *per cápita* en 2003 está a 12-14 puntos % por debajo del conjunto de la media europea.

Sanitarios de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas (CC.AA.) y se hace imprescindible garantizar su cohesión y calidad.

La mejora de la eficiencia social y de la equidad en el sector sanitario exige una evaluación horizontal comparada entre los diferentes Servicios Regionales de Salud de las CC.AA. para así definir con mayor rigor asignativo y distributivo los objetivos de inversión y crecimiento². Sin embargo, el acortamiento de los ciclos estratégicos como consecuencia de la intensidad en el proceso de innovación tecnológica requiere esfuerzos de inversión que tensionan el presupuesto de las administraciones sanitarias.

Las necesidades de financiación del SNS deben centrarse fundamentalmente en garantizar el nivel de cobertura de las prestaciones sanitarias y los estándares de calidad exigibles en una institución de esta naturaleza y trascendencia social. La sostenibilidad financiera exige una estrategia de crecimiento interno a través de avances sustantivos en la gestión eficiente de las funciones de la cadena de valor de los servicios sanitarios, rentabilizando los activos productivos, racionalizando las decisiones de gasto y mejorando los procesos de utilización de recursos; además, el crecimiento externo y la suficiencia dinámica deberán estar garantiza-

dos por el compromiso institucional del Estado Social. Solamente haciendo posible simultáneamente un crecimiento interno y externamente sostenible, será posible el objetivo de capitalización progresiva en el sector sanitario y la mejora resultante en la calidad de los servicios.

Estrategias y funciones de capitalización en el sector de la salud

La formación de capital en el sector sanitario público centrada en el desarrollo de la cartera de competencias tecnológicas y profesionales, y en el proceso de innovación, exige un entorno económico, político y social estable, que garantice la continuidad de las estrategias de progreso a medio y largo plazo conducentes al crecimiento de la base de conocimientos del sistema.

La financiación de los servicios sanitarios públicos debe cubrir preferentemente las necesidades de inversión en activos inmovilizados esenciales, la cartera de innovación tecnológica, los procesos vinculados al desarrollo del conocimiento, así como las infraestructuras, instalaciones y equipamientos médicos, con objeto de mejorar los patrones de competencia y productividad social, con el consiguiente valor añadido para el con-

junto del sistema. El tipo de crecimiento de la inversión real que aquí se propone sigue los criterios de Pankaj para sistemas dinámicos de economía social (fig. 1).

La inversión sanitaria pública, siguiendo la tendencia actual incrementalista de la cartera de servicios, procesos y tecnologías, exige un crecimiento de la inversión real entre dos y tres veces superior al de la propia economía nacional medida en términos de PIB nominal, contribuyendo con esta estrategia de capitalización sostenida a mejorar los procesos de innovación, la continuidad tecnológica, el modelo de aprendizaje operacional, la empleabilidad especializada, la productividad social y el patrón de calidad de las prestaciones asistenciales del SNS.

El fomento de la inversión socialmente productiva deberá abarcar todas las dimensiones que fortalezcan la arquitectura de competencias estratégicas e intratégicas de los procesos y servicios, incluyendo por tanto medidas en la promoción educativa, la mejora de los estándares de calidad asistencial, el aprendizaje organizativo, la formación continuada, el desarrollo del conocimiento, la capitalización en tecnologías de información y comunicación (TIC) para la gestión del conocimiento y el estímulo de una política de investigación en biomedicina y ciencias de la salud.

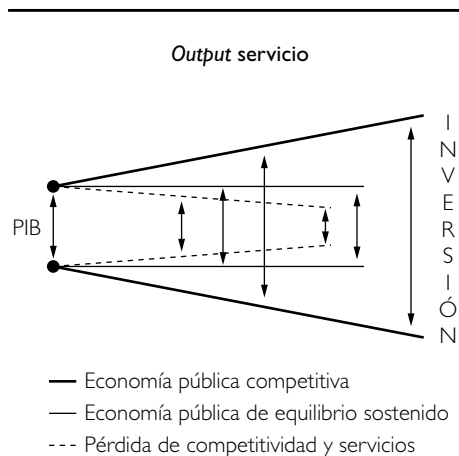


Figura 1. Política de inversión sanitaria.
PIB: producto interior bruto.

La inversión en TIC y sus aplicaciones en las organizaciones sanitarias y en los procesos esenciales de la cadena de valor asistencial están contribuyendo de forma progresiva a mejorar la calidad estandarizable de las actividades clínicas, a evaluar los activos intelectuales y a “romper” la barreras geográficas, integrando datos, intercambiando información y orientando las herramientas para la gestión del conocimiento operacional hacia la práctica médica³.

La formación de capital de los Estados y de las instituciones económicas en políticas de I + D + i (Investigación + Desarrollo + Innovación) en el sector sanitario, se ha convertido en un factor estratégico para la generación de nuevos

| |
|--|
| Políticas de prevención y control en el cáncer ^{4,5} |
| Políticas de prevención y control de las infecciones hospitalarias ⁶ |
| Políticas en educación de la salud ⁷ |
| Políticas de responsabilidad social en la promoción de hábitos y comportamientos saludables ^{8,9} |
| Políticas de investigación y desarrollo del conocimiento ¹⁰⁻¹² |
| Políticas de garantía de calidad en los servicios asistenciales ¹³⁻¹⁵ |
| Políticas de auditoría y de información médica ¹⁶⁻¹⁸ |
| Políticas en infraestructuras para impulsar la salud pública y la innovación ^{19,20} |

Tabla 1. *Experiencias de inversión sanitaria y evaluación de resultados*

productos, servicios, procesos y tecnologías, máxime en un contexto de globalización en donde el conocimiento es el principal exponente y determinante de la competencia. Sin embargo, no es bien conocido el proceso interno de transformación de los gastos en I + D + i en creación de valor económico, tecnológico y social.

El retorno de la inversión sanitaria pública en políticas de prevención, promoción educativa, formación y aprendizaje continuo, desarrollo de la investigación epidemiológica y clínica aplicada, así como en la mejora de los servicios asistenciales, debe ser estimado empíricamente para conocer y evaluar los resultados en términos de impacto social y mejoras en la salud poblacional (tabla 1).

Una decisión de inversión sanitaria estratégica exige plantear secuencialmente las siguientes fases:

En primer lugar, definir la consistencia de los criterios de valor del proyecto a partir de necesidades sociales preferentes (estudios epidemiológicos rigurosos, análisis de resultados en términos de coste/efectividad, evaluación de la prestación conforme a preferencias y prioridades de la sociedad, etc.).

En segundo lugar, considerar los criterios financieros para llevar a la realidad el proyecto de inversión (plan financiero coherente con las restantes políticas sociales y estrategias de la institución, estudio de los costes asociados con la decisión estratégica, diversificación de las fuentes de información para garantizar la veracidad y consistencia de los datos disponibles, análisis de viabilidad del proyecto, etc.).

En tercer lugar, establecer las previsiones de inversión pública para el mantenimiento del proyecto, en función de criterios de rentabilidad y productividad social.

En cuarto y último lugar, y para garantizar la consistencia y coherencia interna del proyecto, evaluar globalmente los factores asociados a la decisión de inversión, es decir, el balance entre los recursos disponibles y los recursos necesarios, no sólo financieros, sino también

humanos, tecnológicos, logísticos, productivos, sistemas de información, etc.²¹.

Desde la perspectiva de gobierno del sistema sanitario público los fines que justifican una política de inversión activa para fortalecer esta función social son los expuestos en la tabla 2.

Desde una perspectiva más global, el concepto económico de capital trasciende a los bienes tecnológicos e instrumentos de la función de producción, para integrar también lo que se ha venido a denominar capital humano²².

El capital humano representa la capacidad de producir eficientemente y de crear riqueza que poseen las personas. Este capital no se puede legar ni heredar, pero sí transmitir o socializar. Además, en su aplicación, bien simultánea o secuencialmente, no se pierde la propiedad del mismo, pudiendo crecer ilimitadamente y ser usado de forma no exclusiva. Es por tanto la productividad del factor humano la que puede hacer posible un progreso prácticamente indefinido, dado que las personas están en condiciones de desarrollar un aprendizaje tecnológico continuo, una mejora del ciclo de experiencia y una acumulación de conocimientos conceptuales y operacionales²³.

La inversión en capital humano es también un factor determinante del crecimiento, que permite elevar los niveles de

Garantizar la sostenibilidad y el crecimiento del Modelo Sanitario Público

Reforzar el posicionamiento estratégico de la empresa sanitaria pública y su participación relativa en el sector

Mejorar la productividad funcional de la cadena de valor asistencial y la rentabilidad social

Fortalecer los patrones de calidad de los procesos y servicios de salud

Desarrollar las competencias esenciales y activos estratégicos de tipo profesional, tecnológico y organizativo

Impulsar la política de innovación, tanto la basada en el esfuerzo de I + D propio, como en la dirigida a la incorporación y difusión de nuevos conocimientos y tecnologías

Evitar la discontinuidad o "ruptura" del ciclo tecnológico en los procesos asistenciales

Añadir valor en la gestión de la disrupción tecnológica, organizativa, profesional y social

Mejorar la curva de experiencia en los servicios sanitarios

Corregir los desequilibrios y desigualdades (regionales, territoriales) en prestaciones sanitarias y servicios de salud

I + D: Investigación + Desarrollo.

Tabla 2. Fines de la inversión sanitaria

producción y la calidad de vida de las personas, incrementar la productividad del capital físico, y generar y transferir tecnología. La inteligencia humana eleva por tanto la productividad del capital, lo cual induce nuevas inversiones que a su vez promueven un trabajo más especializado²⁴.

El esfuerzo educativo para hacer crecer y desarrollar el capital humano ex-

tiende sus efectos a toda la economía y a toda la sociedad por ser esencialmente difusivo y traslacional. Por ello, la educación puede mejorar la rentabilidad en todas las funciones económicas y sociales promoviendo una sociedad más estable y próspera.

La innovación disruptiva como necesidad social

La atención sanitaria puede ser la industria más implicada en los ciclos de innovación tecnológica y, paradójicamente, más resistente al cambio²⁵.

La disrupción no sólo afecta a las tecnologías y al gobierno del conocimiento institucional, sino también a los profesionales sanitarios y a su cultura, que verían cambiar su patrón clásico y, por tanto, su perfil de competencias profesionales y derechos de decisión²⁶. Además, transforma el modelo de organización de los servicios, transfiriendo en unos casos y descentralizando en otros actividades y cuidados a niveles menos jerarquizados y más horizontales para atender necesidades de menor complejidad asistencial.

Ante el dilema ético que plantea esta situación de cambio radical y dinámico se hace preciso analizar y evaluar las innovaciones con mayor énfasis en la necesidad y jerarquía social, a través de proce-

dimientos apropiados, de más alta calidad y seguridad, a la vez que menos costosos.

Invertir en capacidades, recursos y competencias específicas que determinen mejoras en los resultados de salud, es una de las claves para la solución a la crisis de legitimación social de los sistemas sanitarios.

Desde estas premisas y en consonancia con el cambio tecnológico, las prioridades de inversión deberán articularse sobre la base de un renovado contrato social del sistema sanitario con el gobierno ciudadano.

En el ámbito de las políticas públicas, toda la investigación, y especialmente en materia de salud, debe estar legitimada desde los fundamentos sociales y éticos más básicos.

La investigación orientada a la creación, difusión y explotación del conocimiento, junto a la evaluación apropiada de su impacto socioeconómico, constituyen un soporte básico de la política sanitaria. Por ello las autoridades sanitarias deben promover y financiar la investigación a través de actuaciones institucionales centralizadas y descentralizadas, dotando al sistema de una política científica y de unas capacidades y herramientas con una orientación estratégica que las haga acordes con las necesidades de preferencia social²⁷.

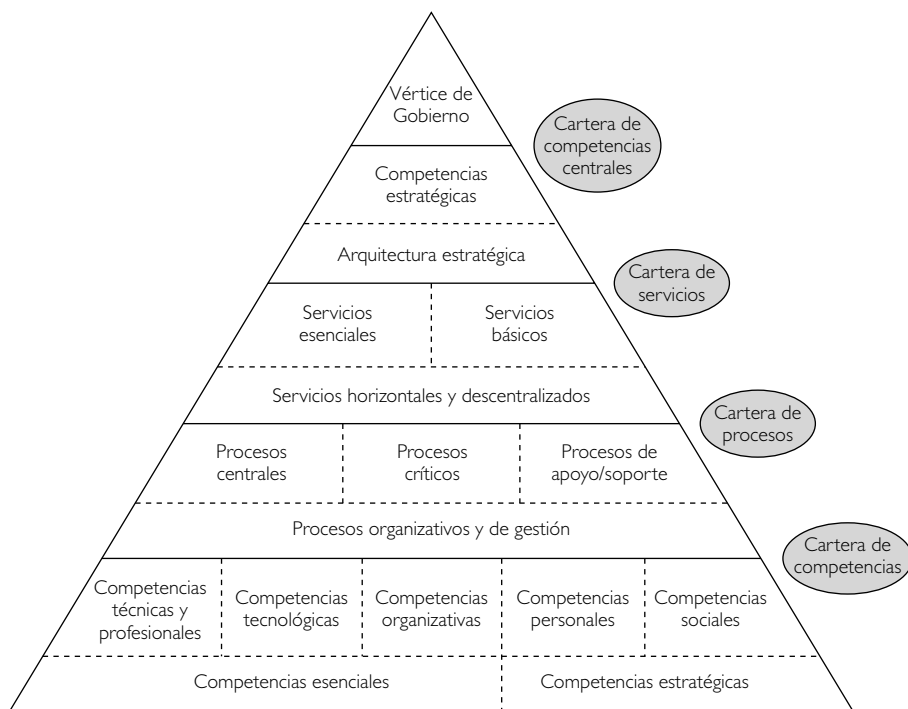


Figura 2. Arquitectura de competencias estratégicas e intratérgicas.

El capital intelectual como inversión productiva

El grado de excelencia en los servicios sanitarios está relacionado directamente con el desarrollo de las competencias esenciales⁽²⁾ e intratérgicas de la organización, la interacción entre las mismas y

⁽²⁾ Valores y excelencias que surgen del aprendizaje colectivo de la organización, coordinando los diversos procesos y técnicas de producción e integrando y transfiriendo las múltiples corrientes cognitivas y tecnológicas.

su materialización en los procesos organizativos y de gestión (fig. 2).

Priorizar la inversión sanitaria en competencias esenciales e intratérgicas significa prestar especial atención a los procesos de incorporación, difusión, uso y evaluación de tecnologías, crear organizaciones sociales para integrar capacidades e insertar de forma profunda estilos cooperativos de trabajo y valores conductuales y, por último, apremiar al método de autogobierno de las personas para

impulsar el aprendizaje continuo generando conocimiento operacional y sistémico.

Para garantizar el estado de salud de la comunidad y de los ciudadanos, es imprescindible disponer de un sistema formativo coherente y orientado a las necesidades sociales, y éste es el primer eslabón de todo el entramado sanitario. La formación de los profesionales es un elemento clave para la vigilancia epidemiológica y el cuidado de la salud de la población, que debe ser instrumentada mediante programas que actualicen las bases de conocimiento operativo y ayuden al progreso con unos costes socialmente sostenibles²⁸.

Todo el proceso formativo debe ir, además, dirigido hacia la adquisición por parte del profesional de las herramientas necesarias que le permitan el desarrollo del conocimiento y la evaluación de sus actividades y, en función de ello, le doten de la capacidad necesaria para innovar en su ámbito de competencia y responsabilidad²⁹.

La convergencia entre capital humano y progreso educativo centrado en necesidades sociales de orden preferente exige un compromiso institucional para gobernar desde la función de autoridad sanitaria, tanto los procesos de gestión del conocimiento esenciales, como los sistemas de garantía y acreditación for-

mativa, evitando externalidades, interferencias del mercado y redes de aprendizaje paralelas orientadas a otros fines de interés económico. La inversión pública en desarrollo formativo para los profesionales sanitarios a partir de la misión del SNS debe ser hoy una prioridad política a garantizar como derecho social.

La información y el conocimiento no sólo 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 colectiva³⁰.

Hoy sabemos que el dinamismo de la sociedad y de las organizaciones tiene su origen en la capacidad de innovación de los conocimientos.

Las comunidades educativas y laborales con visión de futuro están aprovechando este dinamismo interno para catalizar la innovación, el aprendizaje y la investigación, para así incrementar sus bases de conocimiento^{31,32}.

Los activos intangibles, inmateriales o intelectuales, que constituyen el denominado capital intelectual, representan en este milenio la nueva riqueza de las instituciones, y de las naciones, y deter-

minan el funcionamiento de la economía, así como el desarrollo de sus productos y servicios.

Las categorías que integran el capital intelectual son las siguientes: *a) capital humano*, definido fundamentalmente por las competencias individuales, es decir, capacidades y recursos de las personas que las poseen y custodian para actuar y resolver problemas en situaciones ordinarias o complejas; *b) capital organizativo*, son estructuras internas que pertenecen generalmente a la organización y otorgan su credencial humanista y social, estando representadas tanto por la organización informal como formal, así como por las redes internas de comunicación y conocimiento, y están relacionadas con las demandas de los clientes. Este capital puede ser individual (valores, motivaciones, conocimientos, etc.), grupal (liderazgo, cultura social, equipos funcionales, comunicación interna, etc.) y organizacional (aprendizaje comunitario, interdependencia, liderazgo, conocimientos y cultura organizativa), y *c) capital relacional*, también identificado con la denominación de estructura externa, se configura a través de las relaciones con los clientes, proveedores, comunidades asociativas, estamentos exteriores y sociedad. Por tanto, expresa la capacidad de interfase y transacción tangible e intangi-

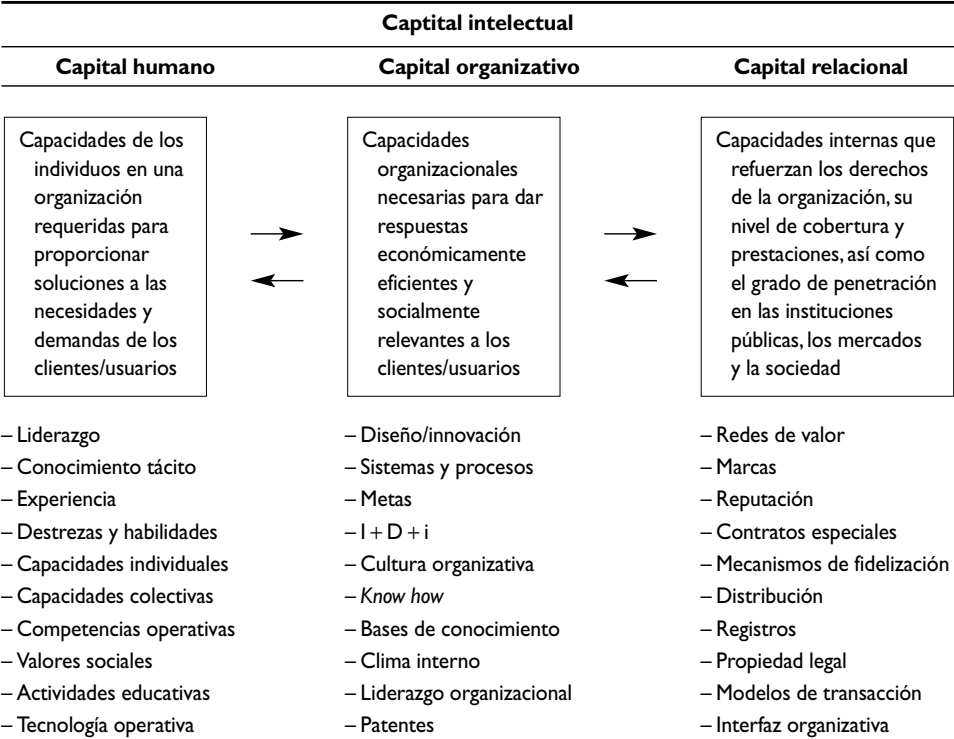
ble con las instituciones públicas, entidades gubernamentales, mercados y sociedad civil. Con mayor desarrollo y énfasis se ordenan a continuación estos conceptos en la tabla 3.

Los flujos de innovación en las instituciones sanitarias están determinados fundamentalmente por el capital intelectual existente de las mismas. Los activos estratégicos que dan una posición distintiva, añaden calidad a los procesos y generan alto rendimiento en los equipos y servicios sanitarios son primordialmente intelectuales, si bien no disponemos de una metodología o una herramienta rigurosamente probada para medirlos y gestionarlos.

No existen por tanto conocimientos específicos sobre la forma de evaluar globalmente el capital intelectual en el sector sanitario, máxime cuando integramos en este concepto aplicativo el capital relacional, el capital humano, el capital social, el capital organizativo, el capital tecnológico y el capital científico^{33,34}.

Sin duda la capacidad de transformación del SNS depende de la fortaleza de su capital intelectual y del gobierno del mismo, y por ello toda estrategia de reforma sanitaria deberá partir desde esta convicción política.

El sistema de aprendizaje organizativo debe constituirse y revitalizarse continua-



I + D + i: Investigación + Desarrollo + Innovación.

Tabla 3. Dimensiones del capital intelectual

mente para incrementar las bases del capital intelectual, tanto por su naturaleza como por las propiedades que lo definen y, además, debe ser coherente con la propia misión de las instituciones sanitarias.

Para propulsar la innovación y la creatividad en las organizaciones sanitarias, dentro de un modelo de mejora continuo y de rediseño de los procesos y servicios esenciales, es necesario desplegar todas las vías y trayectorias de aprendi-

zaje para mejorar las bases de conocimiento individual y comunitarias (tabla 4).

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 e incentivos. Con estos pilares estratégicos el gobierno del conocimiento debe convertirse en un instrumento transformador de la organización sanita-

| Interno | | Externo | |
|--|--|---|--|
| Explicito | Tácito | Explicito | Tácito |
| Individual | | Individual | |
| Práctica profesional estructurada | Creencias y valores | Bases de datos | Aprendizaje extramural |
| – Capacidades | Proceso de experiencia | Internet | Asesoría externa |
| – Habilidades | Modelos mentales | Curso formación externo | Cultura global |
| – Expterzas | Autoaprendizaje | Síntesis de evidencia | Experiencia técnica |
| Jornadas | y autoconocimiento | Textos y revistas | y perfeccionamiento |
| “Universidad” intramural | Conocimiento intuitivo | Cursos formación externo | internacional |
| Diseño de proyectos | Coordinación de | Biblioteca electrónica | Web medicina |
| Aplicaciones y educación tecnológica | equipos funcionales | <i>Benchmarking</i> funcional | (basada en la evidencia) |
| Curso de formación interno | Creatividad e innovación | | Internet especialista |
| | Interacción cooperativa en el servicio asistencial | | Rediseño extramural de procesos |
| Colectivo | | Colectivo | |
| Tecnologías organizativas | Institucionalización | Prototipos técnicos | Actividades sociedades científicas |
| Comunidades de prácticas | Clima interno | Simulación práctica de casos por ordenador | Gestión de procesos <i>glue</i> |
| Equipos quirúrgicos | Conocimientos idiosincrásicos | Ejercicios colectivos (<i>e-learning</i>) | Comunidades extramurales educativas |
| Sesiones multidisciplinarias | Inteligencia corporativa | Equipos con <i>groupware</i> | Juicio de expertos |
| Análisis de casos | Desarrollo de habilidades y capacidades operativas | Modelos de consenso | Redes cooperativas I + D + i |
| Estandarización de trabajo cooperativo clínico | Cohesión social y educativa | <i>Benchmarking</i> sistemático | Coordinación equipos y niveles asistenciales |
| – Equipos de mejora | comunitaria | Teleconferencia | |
| – Aprendizaje tecnológico | Liderazgo transformador | | |
| – Redes de valor | | | |

I + D + i: Investigación + Desarrollo + Innovación.

Tabla 4. Tipos de conocimiento y trayectorias de aprendizaje

ria y un referente insustituible de la cultura de excelencia en la cartera de prestaciones y en los procesos asistenciales.

Cultura y capital social

La cultura de una organización representa las creencias y valores compartidos y estables que se desarrollan en ci-

clos de tiempo amplios. Esta agregación de ideología, modos de comportamiento, lenguaje y formas de comunicación y rituales internalizados en la vida de las instituciones, es la resultante de convicciones y razones profundas que ayudan a pensar, a percibir, a actuar en situaciones diversas y, en suma, a promover la realización y el crecimiento humano³⁵.

En el sector sanitario y en otros ámbitos públicos el comportamiento, los conocimientos y la ética, están detrás de la cultura institucional, organizativa y profesional, que tiene su origen en la propia antropología social³⁶.

Existe por tanto una cultura humanista implícita en la misión del sistema sanitario que deberá orientar las conductas, los hábitos, las decisiones y la práctica asistencial. Las características que identifican una cultura legitimada en valores son: a) el *reconocimiento* de la persona basado en sus credenciales de ciudadanía, dignidad intrínseca, principio de igualdad y sociabilidad; b) el *respeto* por los derechos humanos y por el desarrollo integral de las personas; c) el *servicio* incondicional, como garantía pública para satisfacer las necesidades humanas y la promoción del crecimiento personal; d) la *confianza*, como atributo para impulsar acciones y comportamientos deliberados y libres conducentes a adquirir virtudes y hábitos morales, y e) la *primacía del bien común*, es decir, la gestión centrada en el valor social a la comunidad por encima de los legítimos intereses individuales³⁷.

La perspectiva cultural de una organización basada en valores y conocimientos puede explicitarse y probablemente materializarse en el concepto denomi-

nado capital social, y que al igual que otros capitales (institucionales, humanos, financieros, tecnológicos, etc.) pueden producir beneficios. Desde esta visión, el capital social puede considerarse como un activo estratégico inherente a las propias relaciones entre personas, comunidades, redes y sociedades^{38,39}.

La propia misión y naturaleza de las instituciones sanitarias, y las características de los procesos y servicios de salud que las definen, obliga necesariamente a trabajar y emprender acciones cooperativas basadas en la confianza, bajo unos propósitos comunes.

Es a través de comunidades de prácticas, equipos multidisciplinares, retículos formales e informales y otras formas de relación humana, como se constituyen vínculos estables y proactivos para la consecución de objetivos que refuerzan la cultura de valores y el capital social de los servicios de salud^{40,41}.

El valor añadido del capital social va más allá del acervo institucional de las organizaciones modernas y de su identidad corporativa, existiendo evidencia de su efecto positivo en funciones de gobierno de personas así como en procesos organizativos y de dirección. Puede por tanto fomentar la empleabilidad, facilitar la innovación y el intercambio de experiencias, dinamizar redes de aprendiza-

je y de colaboración agencial, favorecer la creación de capital intelectual y la mejora de equipos funcionales y fortalecer la carrera profesional y los sistemas de compensación⁴².

Los elementos que constituyen y dan significado al capital social son los siguientes: a) *el componente estructural*, que representa las conexiones agenciales y la capacidad asociativa de la organización; b) *el componente cognitivo*, que refleja la cultura creada a través del lenguaje compartido, los sistemas de información y los flujos de conocimiento con significado específico, y c) *el componente relacional*, que identifica la calidad de las personas y de los fines de la organización y se sustenta en la confianza, en la coordinación estable y en la cooperación⁴³.

En los servicios sanitarios la confianza es un componente crucial en las relaciones agenciales, y fundamentalmente en el lugar de encuentro entre el usuario/paciente y los profesionales sanitarios; es en la calidad humana y profesional de este acto de servicio donde el sistema soporta su legitimidad y función social.

El desarrollo del principio de autonomía en el marco de la bioética se sustenta en la confianza; sin ella nada queda asegurado, no existe compromiso efectivo para dar respuesta y solución a los problemas de salud, el intercambio de infor-

mación, con sus valores implícitos, se “colapsa” y el resultado final no es satisfactorio para las personas, la organización y la sociedad⁴⁴.

Los componentes estructural y cognitivo del capital social se refuerzan con la dimensión asociativa (asociabilidad) que implica voluntad y capacidad de una organización para subordinar los objetivos individuales o grupales a los intereses colectivos o de la comunidad, lo cual promueve la cooperación, la unidad y la lealtad. Más allá del *status* social o la reputación de las personas, la mera pertenencia a una comunidad de intereses compartidos, con nexos de confianza recíprocos, reconocimiento mutuo y derechos garantizados, impulsa la existencia de un capital social estable que es preciso preservar como un activo esencial para el mantenimiento de las instituciones, máxime si el valor que genera es preferente para la prosperidad de la sociedad o el refuerzo del acervo moral de la misma⁴⁵.

Detrás del compromiso basado en la confianza recíproca, en la colaboración leal y en la identidad de valores, existe siempre una cultura organizativa de calidad, y ésta es un valor necesario e insustituible para crear capital social⁴⁶. Los resultados económicos y prestacionales de los servicios sanitarios están directamen-

Bases conceptuales

Establecimiento de un esquema formal para que los profesionales sanitarios trabajen de forma estructurada y cooperativa

Los profesionales sanitarios tienen la última responsabilidad del uso adecuado de los recursos para asegurar la calidad del servicio

Deber de responsabilidad en todos los profesionales sanitarios para asegurarse de que el cuidado asistencial es satisfactorio, consistente y que responde a necesidades reales

Implicación total de los profesionales de la salud en iniciativas de calidad constituyendo un foro multiprofesional con acciones que monitoricen y evalúen los resultados de salud

Fomento, no imposición, de una cultura abierta para compartir conocimiento y valores, modificando antiguos esquemas de trabajo, promoviendo cuidados integrados dentro de los equipos sanitarios y sociales, y motivando el comportamiento de los agentes sanitarios

Elementos de desarrollo

Principios éticos en la toma de decisiones

Conocimiento de la historia natural de las enfermedades

Racionalidad clínica

Decisiones coste-efectivas

Medicina basada en la evidencia

Incentivos

Métodos e instrumentos de estandarización

Cultura cooperativa: trabajo en equipo

Balance, beneficios-riesgos

Investigación de resultados de salud

Gestión clínica con apoyo de TIC

Conciliación de objetivos clínicos y gestores

Empowerment: descentralización funcional y delegación

Presupuestación y gestión por procesos

Gestión del conocimiento

TIC: tecnologías de información y comunicación.

Tabla 5. Gobierno y gestión clínica

te relacionados con la fortaleza de su capital social y, por ello, su desarrollo y consolidación debe ser una prioridad institucional de la política sanitaria.

Calidad asistencial y capitalización pública

La calidad es la primera prioridad en los servicios sanitarios, siendo las competencias esenciales y las competencias intratérgicas la base de todas las demás calidades de la cadena de valor asistencial y la garantía incondicional de creación de riqueza social.

Cambiar la filosofía de la calidad desde la política sanitaria supone integrar en el modelo asistencial nuevas dimensiones para su desarrollo que fomenten las relaciones humanas, la cultura de equipo y la comunicación interna, además de fortalecer los estándares éticos comportamentales. Desde esta concepción es posible crear un mayor espíritu de servicio, un sentido profundo de responsabilidad y respeto al usuario, y una mayor confianza en la relación entre cliente interno y externo. La calidad debe formar parte consustancial del sistema cultural y de valores de la organización, a su vez que los usuarios deben tener en todo momento el autoconvencimiento de que la prestación asistencial

tiene una garantía incondicional en sus profesionales⁴⁷.

En los últimos años, los sistemas de calidad han pasado a ser considerados y entendidos como un proceso de innovación y de gestión del conocimiento, bajo una filosofía organizativa orientada a satisfacer las necesidades de los pacientes y conseguir resultados socialmente eficientes.

El reenfoque de los sistemas de calidad total hacia la gestión del conocimiento y de la innovación en las organizaciones sanitarias modernas permite

dar nuevos impulsos tanto a las herramientas para gestionar el conocimiento como a las formas innovadoras de *empowerment* y responsabilidad profesional, en el marco operativo del gobierno y la gestión clínica⁴⁸ (tabla 5).

Toda inversión preferente en procesos y desarrollos de la calidad en el SNS para mejorar las competencias organizativas y de gestión, la cartera de prestaciones asistenciales y los resultados de la práctica clínica, obliga a ser coherente con los principios éticos y sociales que concurren en las políticas sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Editorial. Eficiencia pública: fundamentos económicos de una demanda social inaplazable. Sector público y eficiencia. Madrid: Ed. Fundación de las Cajas de Ahorros Confederadas para la investigación económica y social, 2003.
2. Ortún V, López Casanovas G. El Sistema Nacional de Salud en España. Informe de una década. Bilbao: Fundación BBV, 1997.
3. Berger A. The impact of new technologies in medicine. *BMJ* 1999;318:46.
4. Paul C, Izelepis F, Walsh RA, Girgis A, King L, McKenzie J. Has the investment in public cancer education delivered observable changes in knowledge over the past 10 years? *Cancer* 2003;97(12):2931-9.
5. Braun M, Tobias JS. Effect of screening programme on mortality from breast cancer. Investment in treatment would be more cost effective. *BMJ* 2000;321(72-5):1528.
6. Moran EJ. Infection control investment saves in the long run. *Hospitals* 1990;64(5):58.
7. Baumgartem RK. Return on educational investment. *N Engl J Med* 1994;331(11):747-8.
8. Foulds J. Effectiveness of smoking cessation initiatives. Smoking cessation services shown good return on investment. *BMJ* 2002;324(7337):608-9.
9. Anonymous. From the centers for disease control and prevention. Publication of report of tobacco control investment by states. *JAMA* 2001;286(3):297.
10. Detsky AS. Are clinical trials a cost-effective investment? *JAMA* 1989;262(13):1795-80.
11. Peipert JF. The economic value of medical research is it worth the investment? *Obstet-Gynecol* 2002;99(5):835-40.
12. Grant J. Evaluating the outcome of biomedical research on healthcare. *Research Evaluation* 1999;8(1):33-8.
13. Marwick C. Investment and accountability mean better care. *JAMA* 1998;280(20):1733-4.
14. Benz EJ, Clayton CP, Costa ST. Increasing academic internal medicine's investment in female faculty. *Am J Med* 1998;105(6):459-63.
15. Brook RM. Health System Reform and Quality. *JAMA* 1996;276(6):476-80.
16. Houghton G. Medical audit advisory groups. More investment means better audit. *BMJ* 1994;309(6957):811.

17. Audit commission tackles anaesthetic services. Investment is required to increase number of consultant anaesthetists. *BMJ* 1998;316(7147): 1828.
18. Appleby C. Going paperless. A well-informed. *Hosp Health Newt* 1997; 71(17):82.
19. Greenberg DS. US accelerates investment in biomedical research. *Lancet* 2000;355(9205):731.
20. Roth CE, Drury P, Andraghetti R, Arthur RR, Ryan MJ, Rodier G. WHO advocates investment in global infrastructure for outbreaks such as smallpox. *BMJ* 2003;326(7386):447.
21. Drucker P. Managing the non-profit organization. Practices and principles. Great Britain: Ed. Butterworth-Heinemann, 1990.
22. Wenger E. Communities of practice: learning, meaning and identity. Cambridge, U.K.: Cambridge, University Press, 1998.
23. Malhotra J. Disponible en: <http://www.brint.com/papers/orglrng.htm>.
24. Wenger E, Snyder W. Communities of practice: the organizational frontier. *Harvard Business Review* 2000; p. 139-46.
25. Cristensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review* 2000; p. 102-12.
26. Clayton MC, Bohmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review* 2000;102:12.
27. Editorials. Measuring the social impact of research. Difficult but necessary. *BMJ* 2001;323:8.
28. Tessa R. Continuing medical education. *BMJ* 1988;316:246.
29. Oteo LA, Garrido J. Gestión clínica: evaluación del proceso formativo. *Rev Adm Sanit* 2000;4(14):239-55.
30. Senge PM. The knowledge era. *Executive Excellence* 1998;15(1):15-6.
31. Jones AM, Hendry C. The learning organization: a review of literature and practice. London: HRD Partnership, 1992.
32. Garvin DA. Building a learning organization. *Harvard Business Review* 1993;71(4):78-91.
33. Rembe A. Invest in Sweden: report 1999. Stockholm, Sweden: Halls offset AB, 1999.
34. Roos J, Roos G, Edvinsson L, Dragmetti NC. Intellectual capital. Navigating in the new business landscape. McMillan Press Ltd, 1997; p. 59-78.
35. Gordan GC, Ditomaso N. Predicting corporate performance from organi-

- zational culture. *Journal of Management Studies* 1992;29:783-98.
36. Douglas PC, Davidson RA, Schwartz BN. The effect of organizational culture an ethical orientation on accountants' ethical judgments. *Journal of Business Ethics* 2001;34:101-21.
37. Melé D. Organizational humanizing cultures: can they create social capital'. *Journal of Business Ethics* 2003; 45(1):3-14.
38. Coleman J. Foundations of social theory. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995.
39. Burt RS. The contingent value of social capital. *Administrative Science Quarterly* 1997;42:339-65.
40. Burt RS. The network structure of social capital. *Research in Organization Behaviour* 1990;22:345-423.
41. Carnevale A, Wecherler PA. Trust in public sector: Individual and organizational determinants. *Administration and Society* 1992;23:471-4.
42. Adler PS, Kwon SW. Social capital: prospects for a new concept. *Academy of Management Review* 2002; 27:17-40.
43. Nahapiet J, Ghoshal S. Social capital. Intellectual capital, and the organization advantage. *Academy of Management Review* 1998;23:242-66.
44. Bok D. Lying: moral choice in public and private life. New York: Vintage Books, 1979.
45. Fukuyama F. Trust: the social virtues and the creation of prosperity. New York: Free Press, 1995.
46. Croig E, kinberly J, Bouchikhi H. Can loyalty be leased? *Harvard Business Review* 2002;80(9):24-6.
47. Willians B. "Patients satisfaction: a valid concep?" *Social Science and Medicine* 1994;38(4):509-16.
48. Muñoz-Seca B, Riverola J. Gestión del conocimiento. Barcelona: Ed. Folio S.A. Estudios y Ediciones. IESE, S.L., 1997.

