
La externalización como valor para el desarrollo y consolidación del SNS

Sistema Nacional de Salud: externalización, integración y custodia de competencias y activos esenciales

Luis Ángel Oteo Ochoa

*Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios.
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.*

Resumen

Es un criterio bien aceptado en las ciencias de la empresa que las acciones orientadas a fortalecer la integración de procesos de valor estratégico y de competencias centrales contribuyen a sostener en el tiempo las ventajas competitivas, y por el contrario, se socavan los cimientos organizativos cuando las decisiones vulneran este principio. De hecho, es constatable que la posición distintiva y de vanguardia del sector sanitario público se ha basado históricamente en este fundamento que ha contribuido esencialmente a consolidar sus redes de servicios integrados en la cadena de valor asistencial.

Este trabajo reflexiona sobre las posibles consecuencias que determinadas iniciativas de política sanitaria tendentes a la externalización y/o privatización de centros sanitarios, servicios y procesos nucleares, así como conocimientos operacionales especializados, pudieran tener sobre los microsistemas clínicos, las competencias esenciales de la organización, los modelos de experiencia y aprendizaje en comunidades de prácticas profesionales, el acervo cultural y ético de servicio público, así como en el capital intelectual y social de la organización.

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

Palabras clave: integración, externalización, competencias esenciales, capital intelectual, nueva gestión pública, cadena de valor asistencial, alianzas estratégicas, capital social, arquitectura estratégica, ética pública, cohesión organizativa, reingeniería humana, intraemprender.

Summary

Business sciences have well established that competitive advantages become sustainable when process within the value chain and core competencies are integrated, and the foundations of the organi-

ization are at risk when these principles are violated. Empirically, the distinctive position of the public healthcare sector is historically determined by the integration of their networks of services alongside the value chain of healthcare.

This paper analyses the consequences of some policies of externalization and/or privatization of healthcare centres or services and core processes, as well as specialized operational know ledges, regarding the clinical micro-systems, the essential competencies of the organization, the experience and learning models of community of practices professional groups, culture and public ethos, and the intellectual and social capital of the institution.

Overcoming bureaucratic orthodoxy and disintegrative policies, the alternative envisaged is a “third way”, backed by some initial experiences in Autonomous Communities, aiming to an organizational design more horizontal, integrative, managed by competencies and core processes, with flexibility in human resources, outcome-oriented, evidence based, searching the “competitive co-operation” and the good governance of the institutions and the society.

Key words: integration, externalization, core competencies, intellectual capital, new public management, value chain in healthcare, strategic alliances, social capital, strategic architecture, public ethics, organizational cohesion, human re-engineering, intrapreneur.

Preguntas iniciales

1. ¿Está suficientemente avalado por la ciencia empresarial y la experiencia del mercado que la externalización como estrategia y herramienta técnica contribuye a mejorar la eficiencia y calidad de los procesos y servicios sanitarios contratados?

2. ¿Podemos considerar la denominada gestión indirecta —en sus diferentes formas— como un elemento de modernización de las administraciones públicas para asegurar la mejora de los servicios sanitarios?

3. ¿Conocemos los riesgos estratégicos y operativos que conlleva un proceso de externalización de fun-

ciones centrales y procesos críticos en los servicios sanitarios públicos?

4. ¿Qué efectos genera la externalización estratégica en la cadena de valor y en las competencias esenciales de los centros e instituciones sanitarias públicas?

5. ¿Qué incertidumbres puede originar la gestión indirecta desde la perspectiva de la función de gobierno y de aseguramiento público?

6. ¿Qué impacto crea la externalización en el capital humano, tecnológico y social de los servicios sanitarios públicos?

7. ¿El potencial ahorro en costes directos e indirectos de las diferentes fórmulas de externalización justifica los riesgos en que puede incu-

rrirse para sostener las comunidades de prácticas y los modelos de experiencia y aprendizaje tecnológico existentes en el sector público?

8. ¿Qué implica la externalización estratégica de recursos humanos —privativa o deliberada— para la gestión del conocimiento y la política de I+D+I sanitaria?

9. ¿Existe una “tercera vía sanitaria” de *management* público y de diseño organizativo para salir del jarro de las esencias burocráticas, sin caer en la tentación privatizadora?

Introducción

La dinámica de la globalización ha impulsado estrategias para expandir las actividades de las empresas y conseguir a través de procesos de externalización mejores resultados en términos de eficiencia, capacidades tecnológicas, relaciones externas y mercados. Las economías emergentes están promoviendo este tipo de desarrollos que, sin duda, también están afectando de forma creciente a los sectores sociales^{1,2}.

Se viene aceptando con base empírica que es el capital intelectual el único recurso que permite conservar en el tiempo el posicionamiento estraté-

gico de las empresas. Este enfoque considera que un activo intangible, valioso, escaso, imperfectamente imitable e insustituible como fuente de ventaja competitiva sostenible debe considerarse un valor estratégico de primer orden³.

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

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

En este trabajo se analizan las oportunidades de externalización para el sector sanitario público, así

como las incertidumbres organizativas que pudieran derivarse de decisiones políticas y gestoras que modificaran las funciones y competencias esenciales integradas en las redes asistenciales. Se plantean por ello estrategias reformistas que protejan los activos estratégicos insertados profundamente en los servicios sanitarios, desarrollen estructuras y competencias para el buen gobierno y promuevan formas de gestión flexibles acordes con la naturaleza organizativa y social de las instituciones públicas.

El patrón burocrático de los servicios sanitarios públicos: la cultura reactiva del “no nos moverán”

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

De hecho, todos los principios básicos de gestión burocrática que hemos heredado de las jerarquías “webe-

rianas” y de la era industrial siguen vigentes, haciendo que la estandarización y las normas reguladoras den lugar a una insana predilección por la uniformidad.

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

Bajo estos determinantes de gestión burocrática creemos que queda poco espacio para la motivación

profesional y para que se exprese el ingenio, la innovación y la iniciativa social emprendedora, así como la noble tarea humana del bien común⁴.

El fundamentalismo conceptual y el galimatías ideológico de determinados actores de la sanidad pública, basado en la estrategia reactiva del “no pasarán”, es anacrónico, a la vez que contribuye a que nuestro modelo organizativo sea cada vez más débil por su falta de adaptación al dinamismo de los cambios del entorno⁵.

Renunciar a las necesarias transformaciones organizativas y de gestión social en el sector sanitario público es crear las condiciones para que el cambio se oriente hacia intereses y tendencias de privatización, de resultados inciertos para la sostenibilidad, la cohesión organizativa y el capital social del sistema.

Necesitamos activar algunos principios básicos de gestión antiburocrática para ir creando progresivamente una organización moderna que permita expresar y proyectar lo mejor de las personas en el servicio público y en la sociedad^{6,7}.

Por consiguiente, deberíamos iniciar el proceso de cambio formulando la siguiente pregunta: ¿qué parte

del ecosistema organizativo sanitario y del “genoma” de su gestión burocrática precisa ser renovado con mayor exigencia y urgencia?

Brotes de modernización en la organización y gestión de las instituciones sanitarias públicas

El *management* es la función básica de toda organización y una actividad social esencial. En las denominadas por Peter Drucker “organizaciones gestionadas”, el objeto y responsabilidad del *management* como disciplina científica y práctica implica esencialmente liderar y organizar la colaboración de los trabajadores del conocimiento, imprescindiblemente autónomos y autogestionados.

Los nuevos modelos de *management* rompen con los cerrados supuestos burocráticos del pasado, expresando renovados conceptos tales como que el crecimiento y vitalidad de las instituciones dependen principalmente de su reputación social, así como de la calidad competencial y ética de sus equipos directivos y profesionales.

Como organización es posible que el sistema sanitario haya atravesado por fases en las que contaban más las inercias burocráticas que las siner-

gias y las visiones reformistas; sin embargo, estos modelos tradicionales se han venido agotando progresivamente y perdiendo su credibilidad, porque han demostrado su ineficacia técnica y social para adaptarse a un mundo mucho más complejo que el de hace apenas unas décadas; además, la disrupción tecnológica en el sector sanitario y los dilemas éticos y sociales que plantea exige necesariamente organizaciones más holísticas y flexibles, orientadas a la creación de valor sanitario y social para los ciudadanos.

Además, hoy consideramos que ninguna organización sanitaria puede funcionar con eficiencia económica y social, ni tampoco con justicia equitativa si las personas que pertenecemos a la misma no consideramos como propios los objetivos estratégicos del sistema, la propiedad social, los valores constitutivos, así como los problemas y aspiraciones de todos los miembros de la institución.

Por consiguiente, las lecciones aprendidas para renovar el diseño organizativo deben considerar las siguientes premisas:

1. El entorno y sus factores más dinámicos inducen la estrategia de las organizaciones.

2. La estrategia determina la arquitectura organizativa (estructura, normas, pautas, cultura, incentivos, etc.) siguiendo la visión porteriana⁸. Paradójicamente, en los servicios sanitarios el desarrollo de la estrategia se ve enormemente condicionado por las realidades organizativas preexistentes. Por ello, la relación entre estrategia y diseño organizativo es recíproca.

3. El dilema básico del diseño organizativo se mantiene inalterable y su eficacia radica en la apreciación de la dualidad subyacente: la descentralización integrada.

La competencia esencial en una organización contemporánea representa los valores y excelencias que surgen del aprendizaje cooperativo, integrando conocimiento individual y colectivo, coordinando procesos y técnicas de producción y transfiriendo múltiples corrientes tecnológicas. Los elementos principales que la componen son el conocimiento, la tecnología, el modelo de aprendizaje colectivo y la organización social de soporte.

Este concepto representa la base de una evolución fundamental en la concepción de la empresa moderna, al entender que la mejora de los proce-

sos organizativos y de gestión precisa de un desarrollo continuo de competencias profesionales y tecnológicas, que constituyen la base de las competencias esenciales^{9,10}.

Ello ha permitido que en los últimos años la cultura organizativa de la horizontalización se vaya progresivamente arraigando dentro de los servicios sanitarios: organizaciones conformadas como redes de equipos autónomos, responsables de sus resultados, cohesión interna y aspiraciones compartidas y alineadas.

Las diversas fórmulas emprendedoras —*intrapreneurship*— del tipo de comunidades de práctica y agrupaciones profesionales de naturaleza cooperativa que se han creado en las instituciones sanitarias para gestionar procesos asistenciales homogéneos, con diferentes niveles de autogobierno, desarrollo y alcance (institutos, áreas funcionales, etc.) pueden contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de las actividades asistenciales, siempre que se garanticen los procesos de integración horizontal, el desarrollo de competencias esenciales y los mecanismos de cohesión organizativa^{11,12}.

Como refieren Cooper y Markus (1995)¹³, acuñando el término de “rein-

geniería humana” para la revitalización organizativa es precondition un cambio que impulse la capacidad personal y el reforzamiento de sus actitudes y compromisos. Cuando los equipos profesionales sanitarios con un modelo cooperativo pueden reconciliar la capacidad de respuesta ajustando el ciclo, contener los costes operativos y optimizar los estándares de calidad asistencial, estas comunidades de trabajo han adquirido competencias esenciales, que representan el valor distintivo más importante de las organizaciones modernas¹⁴.

Conceptualización y desarrollos de la externalización estratégica en un entorno competitivo

El término de externalización tiene su origen en la traducción al castellano del neologismo inglés *outsourcing*. La literatura también utiliza el término univalente de “terciarización”, dado que ello significa que un tercero como entidad exterior desarrolla un trabajo especializado de actividades y procesos no principales ni estratégicos de la empresa cliente, que no posee estas capacidades esenciales para su eficiente funcionamiento. El grado de externalización

puede ser total o parcial, en función del análisis estratégico de la institución contratante¹⁵.

En la teoría clásica de gestión y en los modelos de organización empresarial se viene aceptando que el *outsourcing*, como estrategia para mejorar la posición y el acceso a determinadas innovaciones tecnológicas, puede estar fundamentado siempre que su aplicación no incluya aquellas actividades críticas o centros operativos que califiquen las competencias distintivas de los procesos y el posicionamiento competitivo de la empresa¹⁶.

La Asociación Internacional de Outsourcing fundamenta la relevancia de este tipo de desarrollos en la perspectiva de la globalización y en la necesidad de especialización creciente que exige un entorno dinámico y competitivo. Esta entidad considera como inevitables determinados cambios estructurales en los sectores, reordenación de carteras de procesos y servicios, mayor liberalización de los mercados, desregulaciones progresivas, procesos de discontinuidad tecnológica, desarrollo de alianzas estratégicas y modelos de cooperación sostenibles para enfrentar la creciente competencia.

Según esta Institución las ventajas que plantea la externalización son la especialización, flexibilidad, expansión geográfica, márgenes eficientes y además menores costes directos, de capital y acortamiento del *time to market*. Permite además competir por el talento y acceder a procesos y métodos estandarizados, mejorando la gestión de los procesos, aumentando la rentabilidad sobre activos y ajustando costes de estructura.

Si bien el contexto del *outsourcing* se ha venido centrando fundamentalmente en las tecnologías de información y comunicación (TIC), logística y determinas actividades de producción, hoy se plantea con una visión ampliada a funciones estratégicas incluyendo competencias corporativas y centrales, con el objeto de que la externalización permita transferir *know-how* específico (experiencias evaluadas, innovación y capital tecnológico) y desarrollos sostenidos para mejorar la productividad de la empresa¹⁷.

La externalización desde la perspectiva del buen gobierno sanitario: oportunidades y riesgos

En los sistemas sanitarios la calidad del servicio asistencial está direc-

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

La necesidad de proteger y custodiar los conocimientos y competencias profesionales y tecnológicas en el sector sanitario público exige replantearse el diseño burocrático y las políticas de desarrollo humano y profesional, sobre la base conceptual y empírica de los modelos de cambio y la experiencia emprendedora de la organización.

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

relación a conocimientos, flexibilidad y mejoras tecnológicas.

Un apartado singular es el que hace referencia al *outsourcing* informático y de activos digitales, que está teniendo en el sector sanitario público una importancia relevante, y sin embargo tampoco está suficientemente evaluado el impacto global humano y tecnológico a que este tipo de arrendamiento conduce, tanto en los servicios asistenciales como en los procesos de la *supply chain* (cadena de suministros)¹⁸.

En todo caso estos formatos ordinarios de externalización no afectan generalmente a los procesos críticos de la cadena de valor asistencial, ni a los recursos humanos o tecnológicos considerados neurálgicos para el buen funcionamiento de las instituciones sanitarias. Sin embargo, en los últimos años se han intensificado por parte de la autoridad pública modelos de externalización bajo diferentes formas de la denominada gestión indirecta con vinculaciones contractuales estables, como las modalidades de concesión administrativa o de obra, servicio y mantenimiento, lo cual exige un análisis y control de las implicaciones que estos modelos tienen en las garantías

de la calidad de la prestación asistencial, más allá de los efectos patrimoniales, resultados financieros a largo plazo y cambios estructurales irreversibles en la cadena de valor de los servicios sanitarios públicos^{19,20}.

El estudio de las diferentes modalidades de externalización (centros e instituciones, servicios clínicos, centrales y generales, procesos médicos y quirúrgicos, tecnologías sanitarias, etc.) desde la perspectiva de los costes de transacción y los posibles efectos o riesgos sobre la función de gobierno y el diseño organizativo ha sido bien tratado en la literatura^{21,22}.

La gestión indirecta como categoría privatizadora de servicios públicos requiere de un análisis fundamentado y garantista sobre la factibilidad (expansión, encaje estratégico, riesgos asumidos...); coherencia interna (consistencia con la estrategia y la planificación de los recursos públicos, grado de participación y segmentación cualificada del mercado, integración de/en los procesos internos y externos...); coherencia externa ("apropiabilidad" con los factores cambiantes del entorno, así como del conocimiento de la estructura y complejidad de la demanda, etc.); y naturaleza del valor añadido

a la cartera de servicios y garantías públicas (calidad de activos estratégicos, resultados asistenciales y económicos, ventajas competitivas, sostenibilidad social...).

Las organizaciones sanitarias públicas inmersas en su propia entropía, en donde prima la uniformidad y la indiferenciación, asisten impasibles a estos cambios sin que ello haya promovido una reflexión política y social ordenada sobre este tipo de iniciativas y actuaciones estratégicas que dicen, desde el gobierno de las instituciones, buscar soluciones creativas a los problemas inveterados que aquejan a las burocracias administrativas. La garantía que oferta el mercado de disponibilidad de recursos y tecnologías especializadas adaptables a entornos cambiantes y a unos costes predecibles es contemplada por algunas Comunidades Autónomas como una oportunidad de modernización sanitaria ante la imposibilidad, desde formatos de decisión burocráticos, de dar respuesta a determinadas necesidades que la sociedad plantea con mayor exigencia y urgencia.

Contemplamos hoy que el sector privado se está posicionando en los *clusters* tecnológicos más innovado-

res, capturando con ofertas onerosas inteligencia y masa crítica del sector público más cualificado y competente. Algunos de estos cambios estructurales tensionan las redes públicas y se llevan a efecto con la complicidad subyacente de gobiernos sanitarios autonómicos y con la quietud de los agentes sociales, lo cual empobrece la posición estratégica de los servicios sanitarios públicos.

La gestión indirecta en sus diferentes modalidades de contratación externa (convenio/concierto, arrendamiento y concesión), tal como se está concibiendo y orientando en la política sanitaria de algunas Comunidades Autónomas, es un claro ejemplo de una estrategia inapropiada, ya que no garantiza la calidad del empleo ni la eficiencia social. Como ya se ha señalado la no evaluación de riesgos e implicaciones estratégicas en esta materia con carácter previo a la toma de decisiones puede llevar a desarticular toda una política integrativa en los servicios sanitarios públicos, por afectar directamente a los procesos críticos de la cadena de valor asistencial.

Dado que el proceso darwiniano desde las isocronas del mercado no ha sido regulado por los poderes públi-

cos con la prudencia política y competencias preventivas exigibles, lo que Mintzberg (2001)²³ denomina calidad decisional, nos encontramos hoy con que algunas categorías de externalización llevadas a efecto en el sector público en los últimos años posiblemente podamos considerarlas irreversibles (no podrán ser integradas en la cadena de valor pública) por diferentes causas, que han sido descritas en la literatura empresarial con el término *commitment* (*lock-in; lock-out; inercia organizativa*), es decir, compromiso con una estrategia que modifica estructuralmente la participación y el posicionamiento estratégico en el sector sanitario.

Algunos creemos que desde la responsabilidad política toda estrategia desintegrativa de procesos esenciales que comprometa la equidad y eficiencia social debiera ser impugnada por razones de interés general, con independencia de las tendencias del mercado para fomentar la externalización de infraestructuras, sistemas distribuidos, procesos, aplicaciones y servicios públicos²⁴.

La responsabilidad pública desde la perspectiva del buen gobierno no puede soslayarse ante el cambio estructural que puede generarse cuando se

proponen alternativas organizativas y de gestión que desestructuran la cadena de valor, descapitalizan activos principales y fragmentan competencias esenciales públicas en los servicios sanitarios.

La utilización o no del *outsourcing* es siempre una decisión estratégica que puede generar cambios orgánicos, soluciones de compromiso, así como desconfianza y conmoción organizativa. Como refiere Doig (2002)²⁵, sin valorar adecuadamente la estructura de costes y las capacidades internas, iniciativas radicales de *outsourcing* pueden ir demasiado lejos y modificar irreversiblemente la configuración de las cadenas de valor del sector.

En caso de plantearse desde la autoridad sanitaria externalizaciones proactivas estratégicas para el interés general, la disyuntiva entre una integración vertical compleja y la privatización bajo formas de gestión indirecta podría resolverse con modalidades híbridas que concilien intereses y competencias entre mercado y sector público (*joint venture*, alianzas, franquicias, acuerdos vinculantes de propiedad de activos de inversión, etc.) preservando la administración sanitaria, la coordinación

general de los procesos, las garantías públicas y el control jurídico²⁶.

El sector sanitario público debería plantearse crecimientos orgánicos a través de modelos intraemprendedores que pudieran combinar competencias y activos propios para crear nuevos servicios y/o mejorar procesos esenciales en la cadena asistencial. También se puede promover lo que se ha venido a denominar “producción colaborativa” para prestar servicios de especialización y calidad, como resultado de la conjunción complementaria y eficiente de recursos públicos y privados, sustentada en unas relaciones de mutua confianza.

Un aspecto relevante del proceso de externalización es el posible efecto que pudiera tener sobre las bases del conocimiento de la organización sanitaria, máxime cuando proteger y custodiar este capital intelectual se ha convertido en un objetivo estratégico de todas las instituciones. La renuncia de profesionales cualificados o la externalización de servicios esenciales pueden afectar al modelo de experiencia organizativo, a la continuidad asistencial, así como a la calidad y eficiencia técnica de los resultados^{27,28}.

No hay respuestas mágicas para mitigar la pérdida de conocimiento cuando profesionales cualificados abandonan las instituciones públicas. Sabemos que no es fácil sostener las motivaciones intrínsecas, las formas de trabajo colaborativas y las percepciones de los empleados para su identificación con las instituciones y sus valores. La incertidumbre por la pérdida de profesionales cualificados puede dañar las redes sociales, la cultura organizativa y las bases de confianza de los centros. Por tanto, la pregunta a responder es cómo prevenir para que los profesionales competentes no abandonen las instituciones comprometiendo el capital reputacional y las dinámicas de gestión del conocimiento; ¿qué incentivos serían los más apropiados para que no se produzcan deserciones profesionales y rupturas del contrato social implícito?^{29,30}.

El gobierno del conocimiento en las organizaciones sanitarias públicas debe ser un determinante estratégico de las actuaciones que se desarrollen desde la función de autoridad. Para ello es preciso asegurar los desarrollos de aprendizaje y crecimiento profesional, con referencia

en las mejores prácticas, generar nuevo conocimiento y facilitar la accesibilidad al mismo para la toma de decisiones, alineando las políticas de compensación e incentivos con las estrategias de gestión del conocimiento. Las bases estructuradas del conocimiento en los servicios sanitarios públicos que permiten dinamizar las capacidades de innovación y la resolución de problemas de salud, no deben ser alteradas por externalizaciones que fragmenten las competencias esenciales y el modelo de experiencia adquirido en las diferentes funciones asistenciales³¹.

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

masiva de servicios especializados sí pudiera afectar de forma irreversible al modelo de trabajo en las comunidades profesionales, y al círculo virtuoso de gestión del conocimiento como base de la experiencia organizativa³².

Un aspecto poco tratado en la literatura empresarial y en las ciencias humanistas son los efectos que algunas estrategias de externalización no bien fundamentadas, como así está aconteciendo en el sector sanitario público, pudieran tener sobre lo que Robert Putnam denomina “capital social”, en relación con su influjo en los microsistemas de prácticas profesionales; por ejemplo: modificaciones en las relaciones e interacciones organizativas, cambios en el rendimiento de las actividades productivas, fragmentación de competencias profesionales y tecnológicas, ruptura de los modelos de trabajo cooperativos basados en la experiencia y aprendizaje de equipos multidisciplinares, alteración de los mecanismos de confiabilidad profesional necesarios para llevar a cabo iniciativas sociales emprendedoras y, eventualmente, disminución de la productividad de los trabajadores del conocimiento^{33,34}.

Nueva gestión pública para proteger y sostener las competencias y activos estratégicos de los servicios sanitarios públicos

Los activos estratégicos básicos (valorados por la sociedad, no disponibles en el mercado, que desarrollan ventajas competitivas, etc.) integrados en la cadena de valor asistencial mantienen las competencias distintivas de los servicios sanitarios públicos. Constituyen el resultado secuencial histórico de decisiones operativas, de técnicas de producción especializadas y de modelos de experiencia colaborativa.

En el sector sanitario existen diversas categorías de activos estratégicos que requieren protección y sostenibilidad:

1. Tecnológicos (cartera tecnológica: absorción, integración, difusión y aprendizaje).
2. Posicionales (redes asistenciales, centros I+D+I, apalancamiento de competencias esenciales, bases de información, reputación institucional y social, etc.).
3. *Know-how* (eficiencia en procesos productivos, modelo de experiencia e innovación, etc.).

4. Regulación y arbitraje (desarrollo normativo, competencias y control jurídico, etc.).

5. Organizacionales (capacidades organizativas, cartera de procesos, alianzas estratégicas, etc.).

Para proteger estas competencias nucleares en el sector sanitario público debieran ser consideradas diferentes formas de integración estratégica que impulsaran el crecimiento y desarrollo de las instituciones, permitiendo dinamizar todo el potencial intraemprendedor de la organización, a través de la combinación de recursos, competencias y activos propios. La integración estratégica promueve la creación de nuevas oportunidades para diversificar la oferta de servicios y gestionar la innovación organizativa y tecnológica, incluyendo iniciativas de colaboración y alianzas^{35,36}.

Desde esta visión podemos considerar que la alianza de base colaborativa o asociativa que establece un continuo entre *outsourcing* (mercado) e integración (sector público) se refuerza con la compatibilidad cultural y el estilo de gobierno de las instituciones, que se vinculan de forma contractual a través de estrategias comunes e interdependientes y bajo criterios de calidad relacional y reputacional^{37,38}.

Estas formas de integración estratégica para reforzar las actividades y procesos básicos de las instituciones y capitalizar las propias competencias internas requieren inteligencia organizativa, habilidades directivas, gestión flexible y ejercicio de responsabilidad política, así como incentivos alineados con la estrategia de cambio³⁹.

Por ello, alguna de las preguntas a las que deberemos responder desde la responsabilidad sanitaria pública para orientar apropiadamente el diseño organizativo pudieran ser las siguientes:

- ¿Cómo diseñamos y gestionamos la integración y la diferenciación cualificada?

- ¿Cómo agrupamos las personas, los procesos y las unidades operativas para dar respuesta a las nuevas necesidades de salud de la población, al tiempo que promovemos mecanismos de conectividad organizativa y social?

- ¿Cómo potenciamos simultáneamente la diversidad y la cohesión organizativa?

Las dualidades subyacentes insertas en estas preguntas ayudan a definir el modelo organizativo de los servicios sanitarios y previenen fragmentaciones ineficientes en las redes públicas asistenciales.

Ghemawat (2007)⁴⁰ propone tres tipos de estrategia global para encontrar el equilibrio óptimo entre descentralización y cohesión organizativa y social: adaptación, agregación y arbitraje. Para el sector sanitario público la estrategia de adaptación supone revitalizar sus activos estratégicos presentes en la cartera de servicios para mantener su posicionamiento competente y el liderazgo tecnológico y social. La estrategia de agregación representa alcanzar el equilibrio entre las economías de escala y la capacidad de respuesta a condiciones locales. Por ello se tiene la necesidad de que el Sistema Nacional de Salud (SNS) se dote de una arquitectura estratégica para integrar conocimientos y tecnologías, y gobernar la complejidad de los factores de producción y globalización, así como las interdependencias regionales. El arbitraje, como tercer tipo de estrategia global, permite gestionar los procesos de regulación internos y atender al equilibrio entre necesidades, demandas y expectativas de la sociedad, a la vez que gestionar eficientemente la *supply chain* de las organizaciones sanitarias.

Nadler y Tushman (2000)⁴¹ nos ayudan a entender algunos de los imperativos estratégicos para el desarrollo

de las competencias básicas, que pueden servirnos para la reflexión y creación de nuevos diseños organizativos en nuestro SNS.

La arquitectura organizativa burocrática del sector sanitario público no concilia con “el modelo de contingencia”, es decir, con el ajuste de las funciones y procesos estratégicos a los cambios de un entorno dinámico, disruptivo y global, que ha mostrado su validez para gestionar el desarrollo de nuevos patrones de cooperación, alianzas estratégicas y redes de valor compartidas⁴².

Consideramos que la conjunción de la organización horizontal y en red constituye el diseño funcional más apropiado para las organizaciones sanitarias. La cohesión horizontal de las unidades funcionales mediante la gestión por procesos, la dilución de las demarcaciones internas, la disminución de los niveles de jerarquía y la coordinación colaborativa entre agentes profesionales y sociales son algunos de los elementos que configuran este diseño organizativo. Además, la red de relaciones (*networking*) informales que se han ido tejiendo e hilvanando en la historia de los centros sanitarios del SNS en las últimas décadas, ha promovido no sólo la transferencia de conocimiento operacional y

la colaboración entre profesionales y unidades funcionales, sino también el propio modelo de aprendizaje del sector público cuya reputación es innegable y constituye un valor institucional identitario⁴³⁻⁴⁵.

La base de legitimación de este tipo de organización sanitaria holística y flexible está sustentada en los principios del federalismo: constitución o norma común, equilibrio de roles, autonomía, subsidiariedad y participación democrática.

Pudiendo entender que este diseño organizativo es coherente con la propia naturaleza económica y social del servicio sanitario público, no podemos olvidar que la experiencia de cuidados integrados a través de la cadena de valor es siempre un proceso lento y complejo. Las experiencias recientes que se han desarrollado en países nórdicos para integrar los procesos en el cuidado de la salud han generado resultados desiguales, éxitos y fracasos, que merecerían ser brevemente comentados. Los factores clave que han determinado los mejores resultados de la integración han sido la dedicación profesional plena, la legitimación social del cambio organizativo y las bases de confianza entre los agentes intervinientes⁴⁶.

Hoy sabemos que la calidad de los servicios y cuidados sanitarios depende del desarrollo, continuidad e integración de los procesos de la cadena de valor asistencial, y ello está vinculado básicamente con la capacidad gestora para crear y sostener redes clínicas colaborativas mediante incentivos adecuadamente orientados. Creemos también que la integración de los cuidados de salud está directamente relacionada con la naturaleza, liderazgo, competencias y cultura profesional existente en el proceso de cambio. Se ha demostrado que la cultura organizacional emprendedora es más importante que la propia fortaleza de las competencias profesionales para avanzar en la integración de niveles, funciones y procesos^{47,48}.

Las reformas promovidas por las autoridades sanitarias suecas para reestructurar sus sistemas con un nuevo concepto de la salud basado en la integración de proveedores en la cadena de valor asistencial se han tensionado porque el sistema de decisiones *top-down* no era concordante con la cultura profesional preexistente. Es por ello imprescindible impulsar cambios en el clima organizativo y profesional para que la cultura basada en la confianza y en la igual-

dad de oportunidades facilite el desarrollo de las cadenas integradas de cuidados de salud; ello conlleva la necesidad de un sistema de gestión participativa y proactiva con la base profesional que va a sustentar y garantizar el cambio^{49,50}.

Las organizaciones basadas en el conocimiento, como son los servicios sanitarios, requieren cambios organizacionales que hagan posible la dirección por procesos y el gobierno del conocimiento operativo⁵¹⁻⁵⁴.

La experiencia de la gestión cooperativa articulada funcionalmente en las instituciones sanitarias públicas a través de los denominados contratos de gestión, que representan básica y tácitamente acuerdos de servicios y de calidad (*quality agreements*) y que tratan de conciliar objetivos de gestión y propiamente clínicos, viene siendo la expresión organizativa de vanguardia en la meso y microgestión en las dos últimas décadas para orientar la organización por procesos y desarrollar vínculos de confianza que generen competencias esenciales. Este modelo de continuidad en las políticas de recursos humanos requiere un ajuste estratégico (teoría del ajuste) para fidelizar el capital intelectual y sostener las ventajas competitivas⁵⁵⁻⁵⁷.

Quienes abogamos por un nuevo modelo de organización y gestión pública ponemos en tela de juicio alguno de los convencionalismos ortodoxos firmemente asentados en nuestro SNS, que no permiten proyectar lo mejor de las personas en el servicio público y la sociedad.

La legitimidad de la nueva gestión pública está en su filosofía moral para la organización, que impulsa el crecimiento simultáneo de las personas, la organización y la propia sociedad e impugna el viejo y reduccionista debate dual sobre la responsabilidad de las instituciones económicas y sociales.

También apoyamos la gestión basada en la evidencia que se caracteriza por una predisposición a dejar de lado cualquier creencia y opinión ortodoxa —las peligrosas medias verdades que muchos abrazan— y sustituirlas por un implacable compromiso para reclutar los hechos/pruebas necesarias con el fin de tomar decisiones más fundamentadas e inteligentes. ¿Cómo transformarse en una institución que se enfrenta al desafío de tomar decisiones basadas en la evidencia, es decir, al verdadero cambio?

Para ello debemos considerar que toda organización es un prototipo inacabado que exige experimenta-

ción, estudios, pruebas y aprendizaje para desarrollar su propia base de evidencias. Dudar y aprender al mismo tiempo que actuar de acuerdo con los mejores conocimientos disponibles, junto a la experiencia cooperativa, necesita examinar la lógica subyacente de los resultados de la investigación para evaluar críticamente qué hay detrás de la evidencia.

Si bien seguimos anclados en el sector sanitario público en modelos mecanicistas de gestión, aún quedan holguras en la “reserva genética” de la empresa sanitaria pública para seguir creando y gestionando talento, mejorar la calidad de la gestión, fortalecer el capital intelectual y social, incrementar la productividad marginal a través de la incorporación y uso apropiado de tecnologías sanitarias, perfeccionar los sistemas de información y renovar la vitalidad de las estructuras organizativas⁵⁸.

Consideraciones finales

El conocimiento idiosincrásico y las competencias profesionales se focalizan e insertan en los micro-sistemas clínicos y requieren diseños organizativos flexibles e integrados para gestionar los procesos

y evaluar los resultados globales. Los modelos de trabajo cooperativo en los centros sanitarios públicos son vulnerables a dinámicas de cambio desintegrativas que puedan afectar a las bases de conocimiento y a los sistemas de aprendizaje técnico y social, en los cuales se sustenta la calidad de la asistencia y los cuidados de salud^{59,60}.

Retener en las organizaciones los procesos de valor y de naturaleza personalizada debe ser un objetivo estratégico de toda institución, cuyo capital reputacional técnico y social está basado en sus competencias esenciales. Las tendencias actuales del mercado con herramientas de *outsourcing* y *offshoring* vienen planteando estrategias muy activas para reducir costes y llegar a ser más eficientes; sin embargo, los resultados no están siendo los esperados. Por el contrario, es decir impulsar políticas de *insourcing* e *inshoring* debiera ser también considerado por las organizaciones que precisan gobernar el conocimiento y crear valor en los procesos. Es de interés investigar sobre este aspecto para evaluar el riesgo operativo y estructural que puede generarse por decisiones que afectan al núcleo central de las actividades de la organización⁶¹.

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

1. Nivel de *management*: es preciso contemplar los nuevos sistemas de planificación y la gestión del conocimiento orientados a las mejores prácticas para obtener los mejores resultados de salud individual y poblacional, compatibles con la eficiencia económica y social.

2. Nivel de estrategia: evaluar el capital intelectual y las capacidades múltiples que sostienen la posición de competencias de distinción pública, apostar inequívocamente por la I+D+I orientada a la resolución de problemas clínicos y de preferencia social, y por último desarrollar modelos de alianza perdurable con otros agentes públicos y privados, que hagan posible seguir creciendo orgánicamente y consolidando redes de capital tecnológico, social, cívico, cultural y deóntico.

Este pensamiento estratégico entendemos que es la mejor opción para evitar o neutralizar tendencias privatizadoras que fragmenten competencias esenciales o tensionen las redes de cohesión interna (capital social) en el servicio sanitario.

3. Nivel organizativo: el sistema sanitario público no tiene otra opción para salir fortalecido que reconciliar flexibilidad e integración, impulsar nuevas capacidades funcionales, modular la estructura para garantizar la continuidad de los procesos, promover iniciativas de auto-organización y comunidades de prácticas, desarrollar equipos de proyecto y de proceso integrando experiencia y funciones, y por último, incentivar y compensar los compromisos profesionales y sociales para que la interacción de los agentes en la organización dinamicen y hagan propios los cambios necesarios.

Es previsible que todo ello pueda conducir a dotar de consistencia y seguridad a los activos estratégicos en los servicios sanitarios públicos, que en todo caso deberán ser gestionados y protegidos como recursos centrales. Posiblemente los factores de más incertidumbre en esta estrategia de cambio organizativo tengan que ver con las resistencias internas a la revisión de los procesos de integración vertical y horizontal, la segmentación de la demanda por niveles de complejidad y el modelo de asignación de recursos que en el ámbito institucional se determine.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vestring T, Rouse T, Reinert U. Hedge your offshoring bets. MIT Sloan Manage Rev. 2005;46(3):27-9.
2. Linder J. Transformational outsourcing. MIT Sloan Manage Rev. 2004; 45(2):52-8.
3. Nomen E, Nieto J. El conocimiento protegido. Harv Deusto Bus Rev. 2004;(124):53-62.
4. 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.
5. Oteo LA, Hernández J. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Cap.21. Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. Barcelona: Editorial Masson, S.A.; 1998.p. 433-58.
6. Chistensen CM. Pasado y futuro de la ventaja competitiva. Harv Deusto Bus Rev. 2000;106(1):4-9.
7. Brown JS, Duguid P. Creativity versus structure: a useful tension. MIT Sloan Manage Rev. 2001;42:93-4.
8. Porter ME. From competitive advantage to corporate strategy. Harv Bus Rev. 1997;65:15-75.
9. Jones P, Meleis AI. Health is empowerment. Adv Nurs Sci. 1993;15(3):1-14.
10. Bowen DE, Lawler EF III. The empowerment of service workers: What, why, how and when. Sloan Manage Rev. 1992;33(3):31-9.
11. Storck J, Hill PA. Knowledge diffusion through strategic communities. Sloan Manage Rev. 2000;45:63-74.
12. Wenger E. Communities of practice: learning, meaning and identity. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
13. Cooper R, Markus ML. Human reengineering. Sloan Manage Rev. 1995; 36(4):39-50.
14. McGree WM, Hudak RP. Reengineering medical treatment facilities of Tri-care: The medical group practice model. Mil Med. 1995;160:235-9.
15. Valor J, Fonstad D, Andreu R. Outsourcing in Spain: an empirical study of top management's perspectiva. Research paper nº 244. Barcelona: IESE; 1993.
16. Quinn JB, Hilmer FG. Strategic outsourcing. Sloan Manage Rev. 1994; 35(4):43-55.
17. Prahalat CK, Hamel G. The core competence on the corporation. Harv Bus Rev. 1990;68:79-91.
18. Earl M. The risks of outsourcing IT. MIT Sloan Manage Rev. 1996;37(3):26-32.

19. Prieto A, Arbelo A, Mengual E. El papel de la financiación público-privada en los servicios sanitarios. Documento de trabajo n° 99. Madrid: Laboratorio Fundación Alternativas; 2006.
20. Meyers S. ED Outsourcing: is it good for patient care? Trustee. 2004;57(4): 12-4; 19-20.
21. Marini G, Street A. A transaction cost analysis of changing contractual relations in the English NHS. Health Policy. 2007;1:17-26.
22. Repullo JR. Externalización, eficiencia y calidad; perspectiva desde el enfoque de costes de transacción. Rev Calidad Asistencial. 2008;23(2): 83-7.
23. Mintzberg H, Westley F. It's not what you think. MIT Sloan Manage Rev. 2001;89-93.
24. Jennings D. Strategic guidelines for outsourcing decision. Strategic Chance. 1997;6(2):85-96.
25. Doig SJ, Ritter RC, Speckhals K, Woolson D. ¿Ha ido demasiado lejos el outsourcing? Harv Deusto Bus Rev. 2002;107:82-90.
26. Chyna JT. From alliances to outsourcing: Making good connections. Health Exec. 2000;15(3):12-6.
27. Lesser E, Prusak L. Preserving knowledge in an uncertain world. MIT Sloan Manage Rev. 2001;43(1):101-2.
28. Mc Govern G, Quelch J. Externalizar el marketing. Harv Deusto Bus Rev. 2005;(135):64-6.
29. Billi JE, Pai CW, Spahlinger DA. Assessing uncertainty in outsourcing clinical. Services at tertiary health centers. Int J Health Plann Manage. 2007;22:245-53.
30. Prusak L, Cohen D. How to invest in social capital. Harv Bus Rev. 2001; 79: 86-93.
31. Ovretveit J. Purchasing for health. A multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing. England: Open University Press; 1995.
32. Groysberg B, McLean AN, Nohria N. Are leaders portable? Harv Bus Rev. 2006;147:20-31.
33. Kiechel W. The new capital thing. Harv Bus Rev. 2000;149-54.
34. Cohen D, Prusak L. In good company: How social capital makes organizations work. Boston: Harv Bus School Press; 2001.
35. Doz YL, Hamel G. Alliance advantage. Boston: Harv Bus School Press; 1998.
36. Burgelman RA, Doz YL. The power of strategic integration. MIT Sloan Manage Rev. 2001;42(3):28-37.
37. Ring PS, Van de Ven AH. Structuring cooperative relationships between

- organizations. *Strategic Manage J.* 1992;13:483-9.
38. Koza MP, Lewin AY. The Co-Evolution of strategic alliances. *Organization Science.* 1998;9:255-64.
39. Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: Meaning, logic, applications and implications: A discussion paper. *Int J Integr Care.* 2002;2:2-10.
40. Ghemawat P. Redefining global strategy. Boston: Harv Bus School Press; 2007.
41. Nadler DA, Tushman ML. La empresa de futuro: imperativos estratégicos y competencias básicas para el siglo XXI. *Harv Deusto Bus Rev.* 2000;(96):34-46.
42. Pieper R. Integrated organisational structures. En: Nies H, Berman P, editors. Integrating services for older people: a resource book for managers. Dublin: EHMA; 2004.
43. Birkinshaw J, Sheehan T. Managing the knowledge life cycle. *MIT Sloan Manage Rev.* 2002; 75-83.
44. Bhattacharvya CB, Sen S, Korschun D. Using corporate social responsibility to win the war for talent. *MIT Sloan Manage Rev.* 2008;49(2):37-44.
45. Porter ME. What is strategy? *Harv Bus Rev.* 1996;47(6):61-78.
46. Ahgren B, Axelsson R. Determinants of Integrated Health Care Development: Chains of Care in Sweden. *Int J Health Plann Manage.* 2007;22: 145-57.
47. Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health. A conceptual framework. *Int J Health Plann Manage.* 2006;21:75-88.
48. Huxham C, Vangen S. Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage. London: Routledge; 2005.
49. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *Int J Integr Care.* 2005;5:1-5.
50. Johnson P, Wistow G, Schulz R, Hardy B. Interagency and interprofessional collaboration in community care: The interdependence of structures and values. *J Interprof Care.* 2003;17(1): 69-83.
51. Drucker P. Knowledge-worker productivity: the biggest challenge. *Calif Manage Rev.* 1999;41:79-94.
52. Davenport TH, Thomas RJ, Cantrell S. The mysterious art and science of knowledge-worker performance. *MIT Sloan Manage Rev.* 2002;3-30.
53. Davenport TH, Glaser J. Just-in-Time delivery comes to knowledge management. *Harv Bus Rev.* 2002;80:107-11.
54. Hansen M, Nohria N, Tierney T. In what's your strategy for managing knowledge? *Harv Bus Rev.* 1999;77(2): 106-16.

55. Delery JE, Doty H. Modes of theorizing in strategic human resource management. Test of universalistic, contingency and configurational performance predictions. *Acad Manage Rev.* 1996; 39(4):802-35.
56. Wright PM, McMahan GC. Theoretical perspectives for strategic human resource management. *J Manage.* 1991; 18(2):295-320.
57. Pfeffer J. Competitive advantage through people. *Calif Manage Rev.* 1994;36(2):9-28.
58. Kramer RM. La reserva genética de la empresa. *Harv Deusto Bus Rev.* 2005;30-2.
59. Davenport TH. The coming commoditization of processes. *Harv Bus Rev.* 2005;101-8.
60. Holmboe ES, Lipner R, Greiner A. Assessing quality of care knowledge matters. *JAMA.* 2008;299(3):338-40.
61. Aron R, Singth JV. Getting offshoring right. *Harv Bus Rev.* 2005;83(12): 135-43.

