
Administración y gestión del sistema sanitario público. El marco institucional (apuntes)

Juan F. Hernández Yáñez

Sociólogo. Asesoría e Investigación en Organizaciones y Servicios. Eryba, SL. Madrid. España.

A modo de introducción o de advertencia previa, creo que la administración (ámbito político-administrativo) y la gestión (ámbito asistencial) del sistema sanitario público constituyen dos áreas clara y necesariamente diferenciables, tanto desde un punto de vista teórico o conceptual, como puramente práctico. No se trata exclusivamente de que conformen dos niveles de un mismo ámbito, sino más bien dos ámbitos institucional y culturalmente muy diferentes; desde su regulación jurídica y sus formas de organización hasta sus contenidos funcionales, sus capacidades reguladoras, sus sistemas de reclutamiento y desarrollo profesional, sus sistemas de control externo, sus muy diferentes marcos culturales —digamos, “asistencial” y “funcionario” — y el relacional de su desempeño profesional —socialmente

expuesto uno, políticamente expuesto el otro—, sus niveles de dependencia y vinculación con el poder político, etc.

Por historia y por cultura, pues, los ámbitos administrativo y de gestión son muy diferentes y, si bien es evidente que su actuación está muy íntimamente relacionada (y jerarquizada), las dimensiones que caracterizan sus áreas de actuación y sus prácticas difieren radicalmente.

Es difícil, pues, desarrollar un texto que tiene más de conceptual que de descriptivo, sin caer en la trampa de limitarse a analizar las relaciones entre estos dos niveles tan diferenciados. Para esquivar esa “trampa” trataré de aportar al debate algunos elementos o apuntes para lo que denomino un “marco institucional”, cuya vocación es realizar algunas reflexiones sobre el entorno social y

(especialmente) organizacional que rodea a la administración y gestión de las administraciones y servicios públicos.

Desde una perspectiva institucional(ista) las estructuras organizativas de las instituciones (públicas) no se generan por pura racionalidad “trascendente” (por ejemplo, por entenderse que se trata de las formas más eficientes para desarrollar las funciones y tareas encomendadas), sino como el resultado de procesos asociados a la “transmisión de valores y prácticas culturales” (Hall y Taylor, 1996).

El enfoque neoinstitucionalista surge hace unos 25 años como rechazo a los excesos de los teóricos de la elección racional (tan íntimamente ligada al neoliberalismo), que explican las organizaciones como el resultado de las interacciones de individuos y grupos que adoptan en cada momento las decisiones que racionalmente entienden que maximizan sus utilidades personales y grupales. Es una confrontación ya clásica entre los enfoques “economicista” y “sociologista” de la acción social: “mientras que los teóricos de la elección racional (*rational choice*) presentan a menudo un mundo de individuos y

organizaciones buscando maximizar su bienestar material, los sociólogos frecuentemente proponen un mundo de individuos y organizaciones buscando definir y expresar su identidad de maneras socialmente aceptables” (Hall y Taylor, 1996:16).

El propio premio Nobel de economía, Gary S. Becker, quizás máximo exponente de la teoría de las elecciones racionales, se sintió obligado en su discurso de aceptación del galardón (Becker, 1993:285-6) a aclarar que su aproximación económica es más un método de análisis que una asunción sobre motivaciones particulares, que las utilidades que tratan de maximizar los individuos son de muy diversa índole, no sólo materiales, sino también valorativas, culturales o morales, y que si bien los individuos tratan de maximizar su bienestar, lo hacen más bien mirando hacia el futuro, tratando de anticipar las consecuencias venideras de sus acciones de hoy; pero que esta conducta con miras al futuro está “enraizada en el pasado, ya que el pasado puede proyectar una larga sombra sobre las actitudes y valores”.

En general, los países de la Europa continental han adoptado históricamente enfoques de organización

administrativa pública muy normativistas o legalistas; en ello se diferencian bastante de la Europa anglo-nórdica y de los países desarrollados de la Commonwealth, en los que se han venido adoptando enfoques más claramente funcionales y más eclécticos. Se trata, en el fondo, de sociedades muy diferentes: más dinámicas y participativas estas, más legalistas y corporatistas aquellas.

Mientras en el ámbito anglo-nórdico los reguladores centran su actividad en el diseño organizativo (cómo generar estructuras organizativas más funcionales), en la vieja Europa se deja sentir la obsesión por el control organizativo (cómo generar estructuras organizativas más y mejor controlables). Este enfoque (generalmente denominado de *command-and-control* y que yo denomino “monárquico”: todo el poder reside en el rey y se ejerce, en todo caso, por delegación) precisa de —y por tanto genera— un extremado isomorfismo organizativo, a partir de modelos organizativos más o menos simples que son clonados *ad infinitum*, constituyendo unas redes organizativas elementales de departamentos y centros clónicos que se orientan más a la estabilidad que a la funcionalidad o la flexi-

bilidad, y al control externo más que a la autonomía o la autorregulación.

Sin embargo, o quizás precisamente por ello, hace ya algún tiempo que en el marco europeo (Unión Europea [UE]) se ha expresado la preocupación por la falta de adecuación de la mayoría de sus administraciones públicas a las nuevas condiciones, necesidades y demandas de una sociedad más compleja y exigente. Surge así lo que se ha dado en llamar Nueva Gestión Pública (*New Public Management* [NPM]) y que, a vuelapluma, puede describirse como menos gobierno en la gestión y mayor simplificación reguladora, más sector privado en la provisión, modernización de las herramientas de gestión (especialmente en materia de recursos humanos), profesionalización de la gestión y de los gestores, más competitividad en “cuasi-mercados”, despolitización de las estructuras de gobierno, etc.

Las evaluaciones realizadas de las iniciativas adoptadas en numerosos países tienden a ser bastante tibias, básicamente porque se trata de iniciativas fragmentadas sin un modelo conceptual que las guíe, sustente y dé cohesión y también porque, en general, se ha desarrollado más una

retórica que una política, incluso hay quien opina que el NPM no es sino una ideología más ligada a las lógicas del mercado que a las del servicio público, y que trata de imponer el modelo anglo-americano como sinónimo de modernidad (Torres y Pina, 2004). No todo es negativo, evidentemente, pero considerada la “reforma” en conjunto, apenas se ha aseado un poco la fachada del servicio público en la mayor parte de los países en los que la retórica del NPM ha sido desplegada (para una buena y detallada descripción de los desarrollos del NPM en España puede consultarse García Sánchez, 2007).

De ahí que ya comience a hablarse de la post-nueva gestión pública (post-NPM) (Dent, 2005). En síntesis, las nuevas propuestas plantean un salto o cambio de paradigma desde el “nuevo” gerencialismo que proponía el NPM hasta un modelo de “gobernanza”, más basado en la autorregulación que en el control. La propia UE así lo formuló en el Consejo de Lisboa de 2000: para convertirse en “la economía basada en el conocimiento más competitiva y dinámica del mundo” es imprescindible contar con “un sector público altamente competente, profesional y competitivo,

caracterizado por estructuras de ‘gobernanza’ efectivas, prácticas de toma de decisiones innovadoras y efectivas y una provisión de servicios orientada hacia los resultados” (Dearing y Staes, 2006).

Por lo que respecta al sector sanitario existe un gran consenso acerca del control del gasto sanitario como principal vector de reformas desde al menos los años ochenta. Procesos de reforma, generalmente incrementistas con alguna excepción, que no se han sustentado en una respuesta a las necesidades sanitarias y de servicio, sino en la necesidad de controlar los costes. Por decirlo de una forma sencilla, la filosofía que guía las reformas no ha sido mejorar el servicio público sin que se descontrolen (mucho) los costes, sino más bien al contrario, controlar los costes sin que se deteriore (mucho) el servicio público. Ello tiene sus consecuencias y no sólo para la esfera pública, sino también, de manera muy importante, para los administradores y gestores sanitarios.

Los centros sanitarios han ido evolucionando desde un modelo de *laissez-faire*, casi de autogestión profesional, en el que las capacidades de decisión —*de facto*, cuando no

de *iure*— eran ejercidas por los profesionales (es decir, los médicos) a un modelo “gerencialista” o “managerial” en el que estas capacidades debían pasar a ser ejercidas, siempre por delegación expresa y bien delimitada del ámbito político-administrativo por los gestores. Se separaban así las decisiones de gestión y las asistenciales; sin embargo, las capacidades gestoras para innovar y ganar competencias son muy reducidas, ya que las herramientas esenciales (presupuestarias, dotación de recursos, relaciones laborales, retributivas, determinación de las condiciones de trabajo, etc.) son retenidas y ejecutadas por el regulador. Y éste, como ya hemos señalado, dentro de la lógica burocrática de control, desarrolla los centros y servicios desde el más puro isomorfismo organizacional, sin asumir y atender las especificidades y necesidades de cada centro.

Es decir, pasamos de un paradigma de *laissez-faire* a un modelo más estructurado, de “burocracia profesional”, por utilizar la conocida terminología de Mintzberg, caracterizado muy esquemáticamente por (Flynn, 2004):

1. Baja heterogeneidad organizacional (equipos-clones) y alta frag-

mentación organizativa, basada en áreas especializadas de conocimiento.

2. La estandarización de conocimientos y prácticas es realizada tanto por organismos profesionales, como por instituciones externas.

3. Admisión (controlada) del conocimiento tácito. Los profesionales individuales están admitidos como expertos autorizados que aplican sus conocimientos en áreas especializadas.

Sin embargo, este paradigma organizativo de “burocracia profesional”, aparentemente intocable, se derrumba muy pronto en cuanto las cifras económicas “demuestran” que el modelo no es sostenible. Este modelo, importado conceptualmente desde las HMO (*Health Maintenance Organizations*) americanas, pero escasamente aplicado en sus fórmulas organizativas (de nuevo, toca retórica), se muestra incapaz de hacer compatibles las lógicas económico-financieras, asistenciales y profesionales.

Por no abundar mucho en este aspecto las tendencias actuales muestran un claro viraje hacia las fórmulas industriales (en lo organizativo) y de mercado (en los presupuestos políticos). Es bastante evidente que se está produciendo un avance cla-

ro hacia el modelo de “burocracia-máquina” (siguiendo con la terminología de Mintzberg):

- Alto nivel de división del trabajo y especialización, orientados a procesos.

- Supervisión muy directa y esfuerzos permanentes por codificar los conocimientos y habilidades para reducir la incertidumbre y la variabilidad.

- Énfasis en reglas generadas por las estructuras de gestión, procedimientos de monitorización y estándares de rendimiento.

- Esfuerzo para minimizar el uso del conocimiento tácito y corregir los errores mediante la evaluación del desempeño.

Esta “vuelta de tuerca” parece reforzar el rol de los gestores, pero su resultado más tangible es un incremento notable de la conflictividad, especialmente en los sistemas sanitarios públicos. Especialmente —pero no sólo— en estos, la estructura político-administrativa sigue privando a los gestores de las competencias y capacidades básicas para gestionar eficazmente las élites profesionales; por otro lado, estas son profundamente reactivas a unos cambios que sólo pueden traducirse en una pérdi-

da de “poder” profesional, entendido como una erosión en su capacidad de decisión sobre aquellos aspectos esenciales de su propia identidad profesional, que los definen y son sus rasgos distintivos:

1. Evaluar la asistencia requerida para cada paciente concreto.

2. Decidir los diagnósticos y tratamientos, incluyendo qué pruebas y exámenes ordenar, qué medicamentos y procedimientos prescribir y a quién/dónde remitir a sus pacientes.

3. Definir la naturaleza y volumen de las tareas asistenciales, incluyendo que se les permita determinar sus propias conductas, prioridades, agendas, plazos y cargas de trabajo.

Naturalmente, ello choca frontalmente con la filosofía de la gestión (y de los gestores) que no es sino “decidir qué hay que hacer y hacer que otros lo hagan” (Harrison, 2006). En definitiva, desde el ámbito público se intenta producir un cambio crítico en el “rol de agencia” que quiere ser revertido, desde los profesionales (que defienden a los ciudadanos de los “abusos” de políticos y gestores sólo preocupados en ahorrar costes al precio que sea), hasta los gestores (que defienden a los contribu-

yentes de los “abusos” de profesionales sólo preocupados en mantener su autonomía, origen de su prestigio, estatus interno, capacidad de decisión y rentas).

Aspectos muy sensibles, tanto para profesionales como para ciudadanos, como por ejemplo el mantenimiento de la independencia y la libertad profesional a la hora de adoptar decisiones asistenciales o la primacía indiscutible de los valores sociales sobre los argumentos económicos, son retados por las “burocracias-máquina”. Lo cierto es que, como expresaron Porter y Teisberg (2006:381): “Los sistemas sanitarios están en curso de colisión con las necesidades de los pacientes y la realidad económica. Sin cambios significativos, la dimensión del problema sólo puede empeorar”.

Los gestores (entre ellos, aún peor, los “ejecutivos de bata blanca” de Bodenheimer y Casalino [1999a y 1999b]) se apropian de instrumentos desarrollados por los médicos, como la Medicina basada en evidencias, para controlar prospectivamente —no ya sólo, como hasta entonces, retrospectivamente— a los propios médicos, en un afán por estandarizar las prácticas y evaluar los rendimientos

característicos de las “burocracias-máquina”. Es este modelo el que está siendo fuertemente cuestionado en estos tiempos. El discurso de la “gobernanza” pisa fuerte en todos lados y desde las Ciencias Sociales se trata de aportar un marco conceptual que, al menos, ponga las propuestas en contexto, validando su enraizamiento en realidades sociales y económicas o, por el contrario, evidenciando una vez más que se trata de mera retórica.

Muchos de los teóricos neoinstitucionalistas ponen de manifiesto dos principales argumentos, uno de ellos referido al marco organizacional y otro a los cambios experimentados por las profesiones “clásicas”:

- En los servicios públicos o de bienestar, la introducción de técnicas de gestión privadas (no digamos, de capital privado) está socavando valores públicos tan importantes al menos como lo son los propios servicios públicos dispensados: “El NPM, con su gran énfasis en la eficiencia, tiende a socavar valores de servicio público tradicionales como confianza, equidad, predictibilidad, honestidad, continuidad [...]. Generalmente, el NPM asume que la cultura de honestidad en el servicio público se da por descon-

tada, pero al mismo tiempo las técnicas de gestión por resultados, construidas sobre supuestos de desconianza y egoísmo, pueden socavar la identidad y cultura comunes y generar un cambio hacia culturas más individualistas y egocéntricas” (Courpasson, 2000: 134).

– Los dominios tradicionales están experimentando una fuerte mutación, que afecta incluso a las profesiones “clásicas”, como por ejemplo la Medicina. No sólo por el creciente “pluralismo profesional” y por la erosión en su autonomía debida al enfoque “managerial”, sino también porque el propio entorno del trabajo profesional, antes claramente establecido, se está convirtiendo en un entorno “ambiguo”: “En un tiempo, las cosas eran simples. Las profesiones clásicas eran capaces de establecerse como grupos característicos o distintivos dentro de órdenes sociales estratificados, respaldados por fuertes apoyos feudales o estatales. Eran capaces de dispensar servicios tangibles y relativamente simples con claro valor añadido [...]. En nuestros días, un profesionalismo tan potente es difícil de alcanzar [...]. Los cambios sociales constriñen el profesiona-

lismo y el poder profesional en múltiples aspectos [...]. Cuando se aplican métodos profesionales, tales como terapéuticos o pedagógicos, no sólo no está claro qué métodos son o no efectivos; tampoco está claro lo que resulta o no efectivo [...]. En todos estos dominios, métodos y protocolos puestos en cuestión van mano con mano con lógicas de servicio difusas”. (Noordegraaf, 2007: 769-770).

Estas dos afirmaciones, de resultar ciertas, tienen su incidencia, ya que nos llevan a un aparente callejón sin salida: por un lado, las necesidades de eficiencia pueden producir un deterioro importante en los valores esenciales de servicio público, especialmente la mutua confianza; por otro, el propio entorno “ambiguo” en el que tienen que desarrollar su ejercicio los profesionales también mina la confianza en su capacidad para dispensar a los ciudadanos los servicios y procedimientos óptimos. En el primer caso, todo aconsejaría depositar en los profesionales el “rol de agencia” para atajar los desmanes gerencialistas, pero, en el segundo caso, todo aconsejaría depositar en los gestores el “rol de agencia” para garantizar la calidad y eficacia de los resultados de profe-

sionales que, aun trabajando en entornos ‘difusos’ o ‘ambiguos’ poseen una amplísima libertad para decidir.

En realidad, se trata de poner a punto un nuevo paradigma que, lejos de oscilar a un lado u otro (“gerencialismo”-autogestión), combine ambos elementos en un nuevo modelo: las organizaciones van evolucionando de un esquema fuertemente institucional a otro que ha sido denominado como burocracia *soft* o blanda (Courpasson, 2000; ver, aplicado al sistema sanitario, Sheaff et al, 2003; Flynn, 2004).

Las propuestas de Courpasson parten de una validación empírica (cualitativa) de la eficiencia de los modelos centralizados y también de la inevitable necesidad de descentralizar para satisfacer y fomentar los valores del “profesionalismo” que garantizan la confianza social y el desarrollo profesional y tratan de hacer compatibles dos necesidades institucionales básicas: el “dominio” que asegura la cohesión y la coherencia, pero también la legitimidad del poder central, ambas herramientas imprescindibles pero aparentemente incompatibles. En términos del autor citado, “el concepto de ‘burocracia blanda’ trata de expresar la emergencia de una centralización política de la organización, al

tiempo que el desarrollo de formas descentralizadas de conducir sus actividades: trabajos y responsabilidades se han convertido en más descentralizados, pero las decisiones políticas en más centralizadas. Esto es por lo que pensamos que las burocracias blandas son una manera eficiente de gobernar organizaciones descentralizadas que necesitan establecer una cierta coherencia”. (Courpasson, 2000:155).

¿Cómo se gestiona esta combinación de centralización política y descentralización operativa? Lo que se propone es la generación de liderazgos corporativos, no sólo desde el punto de vista directivo, sino especialmente en el lado profesional. Se trata de que los profesionales acepten perder autonomía personal para que el conjunto de la profesión, por el contrario, obtenga mayores cuotas de autonomía mediante un compromiso de cooperación leal (lo que se ha dado en llamar “nuevo profesionalismo”).

El reto básico para la profesión médica es complejo de resolver, pero no muy difícil de formular: o las organizaciones corporativas profesionales disciplinan las prácticas de sus miembros o estas serán disciplina-

das por otros estamentos ajenos a la profesión (incluso utilizando para ello a miembros de la propia profesión), es decir, se trataría de perder autonomía individual en beneficio de la autonomía del conjunto de la profesión, y aquí radica la esencia de un “profesionalismo renovado” a nivel corporativo: en el compromiso de las organizaciones profesionales para socializar en los valores profesionales básicos. (Hernández Yáñez, 2007: 13).

Desde este punto de vista, lo que se propone es un modelo cooperativo entre la dirección política del sistema y las organizaciones corporativas profesionales y, en el nivel meso, entre los directivos de centros y las élites y líderes profesionales de los mismos; sin embargo, en España y otros países de nuestro entorno, la cohesión de las profesiones sanitarias y el liderazgo de sus organizaciones corporativas médicas se ha difuminado por completo hasta ser prácticamente inexistente. Siendo así, resulta evidente que las políticas públicas deben orientarse, en un sentido estratégico y no meramente táctico, a la construcción de liderazgos profesionales a todos los niveles del sistema y a la construc-

ción de un pacto político expreso que sustituya al —supuesto— contrato social implícito que, si bien pudo tener vigencia hace décadas hoy no pasa de ser, de nuevo, mera retórica.

Pero eso no basta, ya que desde el lado de la dirección y gestión debería iniciarse cuanto antes un proceso de profesionalización que resulta imprescindible para alcanzar unas cuotas de legitimidad sin las cuales no resulta posible —sería hasta temerario— establecer una relación cooperativa con los liderazgos profesionales. En esto, el principal escollo son las peligrosas relaciones entre gestión y política, ya que la legitimidad significa el reconocimiento del derecho del gobernante a gobernar (Weber) y este reconocimiento se ve muy limitado cuando se percibe que el “gobernante”, no sólo no “gobierna”, sino que en realidad es “gobernado”...

Estos procesos de construcción de liderazgos profesionales, desde ambas orillas, profesional y directiva, no sólo son imprescindibles para alcanzar un alto grado de cohesión y cooperación en la construcción de políticas públicas y en la sostenibilidad del sistema, sino también porque sin ello es absolutamente imposible que la administración y gestión sani-

taria cuenta con instrumentos para realizar su complejo y complicado trabajo. Sin embargo, todo lo anterior tiene una premisa difícil de alcanzar: reconstruir la confianza perdida en un sistema donde nadie se fía de nadie: ni el centro de la periferia y viceversa; ni los directivos político-administrativos de los directivos asistenciales y viceversa; ni los gestores de los profesionales y viceversa... Evidentemente, ello supone un importante cambio cultural que no parece probable que asuman las visiones cortoplacistas, oportunistas y reactivas de quienes tienen encomendadas por los ciudadanos las responsabilidades de creación de servicios públicos modernos y sostenibles.

He reflexionado anteriormente sobre la paradoja que supone el hecho de que la dirección político-administrativa de los servicios de salud exija resultados a los gestores, mientras que se les deniegan las competencias y capacidades básicas para construir un clima organizativo y de relaciones laborales y profesionales mínimo para que pueda siquiera hablarse de un esbozo de buen gobierno organizacional. Ello constituye un hándicap insalvable y convierte en una quimera la existencia de órganos de direc-

ción y gestión de los servicios competente y profesional.

Pero, por otro lado, los gestores —que son uno de los agentes fundamentales del sistema— son incapaces, salvo excepciones contadas, de generar una identidad y fortaleza profesionales que les dote de peso en las decisiones del sistema, como sí sucede en otros países, incluso para la defensa de sus propios intereses grupales. Esta incapacidad, o falta de voluntad, para articularse como grupo con identidad e intereses propios es una de las muchas disfunciones que caracterizan y lastran a los servicios públicos.

El directivo público “sirve a dos amos”: políticos y ciudadanos/usuarios (los profesionales, en sentido puramente empresarial, son un recurso). Mordaunt (2006: 125) propone un sencillo esquema conceptual para entender las conflictivas relaciones con estos dos amos: el problema al que se enfrentan los directivos es cómo atender las demandas de las agencias externas y de los beneficiarios de sus servicios sin ser atrapados por ellos. Y refleja las tensiones en una tabla de doble entrada, parecida a la tabla I (que adapto y “traduzco” para servicios públicos): “La

Compromiso con la dirección político-administrativa			
Compromiso con la comunidad y los usuarios	Bajo		Alto
	Alto	“Desconectado” despilfarrador y riesgoso	Integración creativa
	Bajo	Nepotismo y corrupción	El sometimiento inhibe la capacidad de respuesta

Tabla I. Esquema conceptual para entender las conflictivas relaciones con estos “dos amos”.

‘integración creativa’ que propone el autor como alternativa al ‘sometimiento’ (*conformance*) exige, inevitablemente, una cierta capacidad de influencia o al menos de resistencia frente al poder político-administrativo; sin embargo, se trata en definitiva de que “puede existir congruencia de intereses entre los agentes externos e internos para asegurar el rendimiento organizacional, pero, enfren-tado con una divergencia de intere-ses, existe la tendencia a priorizar las demandas de aquellos que tienen la capacidad de aplicar fuertes sancio-nes. Este poder diferencial de los agentes para exigir responsabilidades y aplicar sanciones, si no se hace satis-factoriamente representa un serio dilema para los directivos de empre-sas sin ánimo de lucro [...]. Pero una atención igualmente insuficiente a los agentes (externos e internos) pue-

de llevar a una pérdida de legítimi-dad de la organización y, por tanto, también a una pérdida de recursos” (Mordaunt, 2006: 124).

Sirva todo lo anterior no sólo ni sobre todo para amparar empática-mente a quienes sienten en el día a día la soledad del *manager* (los direc-tivos y gestores de centros), sino también para llamar la atención acer-ca de la contradicción que representa para los directivos político-adminis-trativos la falta de confianza en su recurso esencial para aplicar sus polí-ticas, es decir, los gestores de primera línea, que se concreta en esa obse-sión por el control a que me refería más arriba.

Las difíciles relaciones entre el poder político de la organización (sean las estructuras administrativas, en el sector público, o los consejos de administración en el privado) y los

directivos ejecutivos son todo un clásico y no deben de extrañar; pero en el sector privado la cuenta de resultados y, sobre todo, los accionistas (mayoritarios) legitiman o deslegitiman las decisiones operativas, ofreciendo argumentos contundentes para recompensar o destituir a los gestores (con la que está cayendo en el sector financiero, paradigma de buena gestión, ya no estoy muy seguro de esta afirmación...). En el sector público, como se ha dicho hasta la saciedad, los accionistas no poseen capacidad de presión, puesto que quienes los representan en los “consejos de administración” (los miembros de los gobiernos) no suelen ser recompensados o destituidos por motivos relacionados con los intereses de los pequeños accionistas (los ciudadanos), sino por motivos de índole política.

Que los intereses son legítimos si en su búsqueda se respetan las reglas del juego es obvio, y además es cierto que en las organizaciones profesionales los propios intereses no sólo incluyen factores utilitaristas,

sino que también forma parte de ellos la visión sobre la propia identidad profesional, que incluye una forma legítima de entender nuestro papel y, por ello, de defender una forma de organizar, gestionar y prestar los servicios profesionales. Por último, no es menos obvio, aunque a veces se pierda de vista, que una parte esencial de la tarea directiva consiste en ser capaces de gestionar los conflictos de intereses.

Que los administradores y directivos de los servicios públicos poseen, como grupo, sus propios intereses es evidente, como lo es el hecho de que dentro de estos intereses también se incluye el desarrollo de la propia identidad y de los valores culturales que los definen como grupo o agente del sistema. La pregunta es hasta qué punto ambos colectivos constituyen o quieren constituir “grupos profesionales” con valores y visiones compartidas, con elementos comunes en la forma de pensar los servicios públicos y con una mínima vocación de defensa de un modelo de ejercicio profesional.



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Becker GS. Nobel Lecture: the economic way of looking at behaviour. *J Polit Econ*. 1993;101(3):385-409.
- Bodenheimer T, Casalino L. Executives with white coats – The work and world view of managed-care medical directors: First of two parts. *New Engl J Med*. 1999;341(25):1945-8.
- Bodenheimer T, Casalino L. Executives with white coats – The work and world view of managed-care medical directors: Second of two parts. *New Engl J Med*. 1999;341(26):2029-32.
- Courpasson D. Managerial strategies of domination. Power in soft bureaucracies. *Organizations Studies*. 2000; 21(1):141-61.
- Dearing E, Staes P. CAF works – Better service for the citizens by using CAF. Viena, Austria: Austrian Federal Chancellery; 2006.
- Dent M. Post-new public management in public sector hospitals? The UK, Germany and Italy. *Policy Polit*. 2005;33(4): 623-36.
- Flynn R. Soft bureaucracy, governmentality and clinical governance: theoretical approaches to emergent policy. En: Gray A, Harrison S, editors. *Governing medicine. Theory and practice*. Berkshire, UK: Open University Press; 2004. p. 11-26.
- García Sánchez IM. La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto Público*. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Hacienda. 2007;47:37-64.
- Hall PA, Taylor RCR. Political science and the three new institutionalisms. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. Köln, Alemania; 1996.
- Harrison S. Medicine and management: autonomy and authority in the National Health Service. En: Gray A, Harrison S, editors. *Governing medicine. Theory and practice*. Berkshire, UK: Open University Press; 2004. p. 51-9.
- Hernández Yáñez JF. Propuesta de organización corporativa de la profesión médica. Madrid: Fundación Alternativas; 2007.
- Mordaunt J. The emperor's new clothes: why boards and managers find accountability relationships difficult. *Public Policy Adm*. 2006;21(3):120-34.
- Noordegraaf M. From 'pure' to 'Hybrid' professionalism: present-day professionalism in ambiguous public domains. *Adm Soc*. 2007;39:761-85.
- Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care. Creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
- Sheaff R, Rogers A, Pickard S, Marshall M, Campbell S, Sibbald B, et al. A subtle governance: 'soft' medical leadership in English primary care. *Sociol Health Illn*. 2003;25(5):408-28.
- Torres L, Pina V. Reshaping public administration: the spanish experience compared to the UK. *Public Adm*. 2004;82(2):445-64.