
Políticas y transiciones hacia una nueva gestión sanitaria pública

Luis Ángel Oteo Ochoa

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

Resumen

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, sociales, antropológicos y éticos, todos ellos interdependientes.

A decir verdad, el modelo burocrático de administración general ha perdido credibilidad en el sector sanitario por la rigidez de sus instrumentos, que dificultan dar una respuesta eficiente a los nuevos imperativos que exige una sociedad moderna.

Bajo el paradigma de las jerarquías tradicionales, que muchos consideran funcionalmente agotadas para gestionar economías sociales basadas en el conocimiento, posiblemente quede poco espacio para que se exprese la innovación organizativa emprendedora, la autogestión cooperativa responsable, así como el ingenio y la noble tarea de servicio público del mejor profesionalismo sanitario. Necesitamos por ello activar algunas iniciativas de cambio orientadas hacia una gestión antiburocrática que permita responder a la complejidad y dilemas organizativos, sin adelgazar en el proceso de transición las propias competencias esenciales de los servicios sanitarios públicos.

La convergencia entre las corrientes vanguardistas de la administración pública, el buen gobierno institucional, el desarrollo de los principios del federalismo socialmente integrador, la gestión basada en la evidencia y un profesionalismo humanista renovado, pueden constituir los vectores que impulsen la modernización de las instituciones sanitarias.

En el presente trabajo se plantean estrategias de cambio reformistas que ayuden a proteger desde los diferentes estratos y niveles de autogobierno sanitario los activos estratégicos de los servicios públicos (capital humano, tecnológico, reputacional y social), los modelos de experiencia y aprendizaje colaborativo, las bases estructuradas del conocimiento operacional y los mecanismos y redes de cohesión e integración organizativa.

Palabras clave: nueva gestión pública, externalización, gestión basada en la evidencia, profesionalismo sanitario, formas de gestión directa e indirecta, contrato social, trabajadores del conocimiento, comunidades de prácticas, buen gobierno, federalismo sanitario, gestión del conocimiento, capital social, competencias centrales, gobierno clínico.

Summary

The reformists' vision of the healthcare organizations are influenced by the concurrent transformations of society, involving economic, demographic and technological factors, as well as other cultural, social, anthropological, and ethical dimensions, all of them interdependent.

The bureaucratic model of general administration in healthcare has lost credibility, due to rigidities of the procedural tools, unable to react efficiently to the challenges of a modern society.

Under the paradigm of traditional hierarchies, especially inappropriate for knowledge based sectors, there are probably small room for innovation, entrepreneurship, self-responsible management, creativity, civil service ethics, and professionalism in health. Therefore we need to activate some initiatives inducing changes towards anti-bureaucratic management, leading to coping with complexity and organizational dilemmas, but retaining the essential competencies of public healthcare services.

The convergence of vanguard thinking in public administration, good governance, social integrative federalism, evidence based management, and humanist professionalism, can be the foundations for the modernization of healthcare institutions.

In the present paper some reformist strategies are proposed, aiming to protect the strategic assets of the public healthcare services (human, technological, reputational and social capital), the collaborative way of learning, the structural foundation of the operational knowledge, and the mechanisms and networks which provide social cohesion and organizational integration.

Key words: *new public management, outsourcing, evidence-based management, health professionalism, direct and indirect forms management, social contract, knowledge-workers, communities of practice, good governance, sanitary federalism, knowledge management, social capital, core competence, clinic governance.*

Introducción

El sector de la salud forma parte esencial de la economía productiva y social de los países avanzados y es generador continuado de riqueza, prosperidad y empleabilidad cualificada; por más, su cadena de valor, es un *cluster* de innovación de primer orden.

Sin embargo, la arquitectura organizativa burocrática del sector sanitario público no concilia con “modelos de contingencia adaptativos”, es decir, con el ajuste de las funciones y procesos estratégicos a los cambios de un entorno discontinuo y global. Como señaló atinadamente Mintz-

berg las estructuras burocráticas no garantizan una gestión socialmente eficiente y de calidad, miran más hacia dentro que hacia fuera y sólo buscan perpetuarse¹.

Por otra parte, la red de relaciones (*networking*) informales que se han ido enhebrando en la historia de los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) en las últimas décadas ha promovido no sólo la transferencia de conocimiento intergeneracional por medio de 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 identitario. Este capital humano, tecnológico y social desarrollado e integrado en los procesos esenciales de las tecnoestructuras ha contribuido a fortalecer las competencias organizativas básicas distintivas.

En los sistemas sanitarios la innovación de los procesos asistenciales está directamente relacionada con el grado de consistencia de las competencias profesionales, tecnológicas, organizativas, personales y sociales. La buena combinación y gestión de las mismas 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. Además, hoy sabemos también que el grado de excelencia de los servicios sanitarios depende del desarrollo y continuidad de los procesos asistenciales, y ello está vinculado básicamente a la capacidad de gobierno clínico para crear y sostener redes asistenciales clínicas y sociales colaborativas a través de incentivos adecuadamente orientados.

Por estas razones las bases estructuradas del conocimiento en los servicios sanitarios públicos no debe-

rían ser alteradas por externalizaciones radicales, que fragmenten las competencias esenciales y desajusten el modelo de experiencia adquirido en las diferentes funciones y niveles asistenciales. 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 arquitecturas y procesos sanitarios.

La gobernabilidad del sistema sanitario debe sustentarse en los principios éticos que guían las prácticas y comportamientos de la organización y que se materializan en la forma, métodos e instrumentos de la gestión aplicada, en la capacidad y competencia directiva y en la responsabilidad social como eje rector de todas las actuaciones públicas.

El pensamiento del *management* moderno

Las dos tendencias o escuelas de pensamiento dominantes del discurso de *management*, tanto científico como práctico, en las décadas de los

ochenta y noventa, y que han seguido la mayoría de las grandes instituciones han sido la teoría sobre estrategia de Porter² y la teoría económica de Williamson^{3,4} sobre los costes de transacción. Estas dos corrientes tienen en común el énfasis que ponen en los fuertes incentivos, la productividad y, por tanto, en la eficiencia estática, y su lógica es siempre la apropiación y el control jerárquico con una concepción individualista, instrumental y limitativa de la iniciativa humana.

Maximizar el valor de la empresa considerando el sistema de creencias del ser humano como un factor meramente instrumental constituye probablemente la característica más identificativa de la visión dominante del *management* economicista. Por el contrario, y en alineamiento con la teoría del *management* humanista o antropológico, esta concepción alternativa de las instituciones económicas y productivas centra en las personas y en la organización la confianza y los fines para crear el valor y promover su distribución para todos los *stakeholders*, incluida la propia sociedad. La motivación humana, los incentivos, la cooperación, la autonomía, la autoridad y la gestión ope-

racional completa constituyen la base consustancial de esta visión avanzada del nuevo paradigma empresarial.

El *management* social renovado enfatiza que las sociedades modernas no son únicamente mercados, sino también economías organizacionales (término atribuido a Herbert A. Simon, Premio Nobel de Economía en 1978)⁵ y que los nuevos modelos de gestión estratégica en la empresa se basan en una mejor comprensión de la motivación individual, colectiva e institucional: el bienestar social y el corporativo no sólo no son incompatibles, sino que la premisa es justo la contraria. En una economía organizacional, donde la esencia de la empresa reside en la creación de valor, empresa y sociedad no entran en conflicto; son más bien interdependientes y su punto de encuentro es un nuevo contrato social entre ambas, una filosofía avanzada del bienestar y del progreso económico.

La célula básica en todos los ámbitos de la vida económica y social representa lo que Peter Drucker denominaba la “organización gestionada”. En este marco conceptual de las organizaciones modernas el objeto y responsabilidad del *management* como disciplina científica implica esencial-

mente liderar y organizar la colaboración de los trabajadores del conocimiento, imprescindiblemente autónomos y autogestionados⁶. En este ideario social del *management* tienen especial valor los interrogantes morales que plantea la praxis humana, y en particular las nuevas hipótesis antropológicas y las aplicaciones organizativas desde una sabiduría práctica y disciplina virtuosa⁷. Bajo este principio ético y económico el *management* moderno se considera el motor principal del cambio, del crecimiento, de la innovación, del proceso educativo y del desarrollo del capital social⁸.

La filosofía social de la empresa contemporánea, los métodos y técnicas del *management* social, así como los principios éticos que sustentan el modelo de decisiones directivas y profesionales, deben ser la base de legitimación para progresar en la nueva gestión de los servicios sanitarios. Por ello, este nuevo *management* antropológico no debe ser político ni intervencionista, sino científica y socialmente operativo orientado al bien común.

La *Academy of Management* en los EE.UU. está promoviendo iniciativas para la gestión basada en la eviden-

cia, ayudando a construir comunidades que evalúen los efectos de la investigación en este campo emergente de la ciencia empresarial⁹. El método científico en la práctica de la gestión moderna y en la función directiva utilizando la mejor evidencia disponible, es una tendencia incipiente que previsiblemente será compartida en el futuro por diversas disciplinas. Razones de ética empresarial y social para la gestión operativa y el proceso educativo en las ciencias del comportamiento humano están ya determinando el desarrollo de técnicas y herramientas aplicadas, así como soluciones informáticas con sistemas inteligentes para crear un campo formal de conocimiento disponible para la toma de decisiones en la responsabilidad gerencial¹⁰.

La autoridad sanitaria, en el ejercicio de su responsabilidad institucional y política, deberá atender a los nuevos conceptos anteriormente señalados de *management* humanista, antropológico y social para fortalecer y dotar de consistencia interna a la organización. Estas prácticas de buen gobierno y ética pública contribuyen a impulsar un pensamiento avanzado de gestión, reforzar las redes preexistentes de capital social, aten-

der las demandas y necesidades emergentes, desarrollar capacidades para orientar la estrategia y consolidar las credenciales y los valores universales de las instituciones sanitarias.

Cambio organizativo y nueva gestión pública en los servicios sanitarios

El nuevo entorno de transformaciones sociales está marcado por la dinamicidad y la interdependencia de factores estratégicos económicos, tecnológicos y sociales¹¹. El cambio es hoy parte inherente a la propia naturaleza económica y social de las organizaciones sanitarias, y por consiguiente es preciso institucionalizarlo. ¿Qué y cómo hacer el cambio para salir del jarro de las esencias burocráticas? ¿Cómo hacer esta transición?

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

La formalización del pensamiento estratégico desde la responsabilidad pública considera que se deben orien-

tar los cambios organizativos y gestores, respetando la propia historia, los valores y principios, la identidad cultural y el patrimonio social de las instituciones sanitarias; lo esencial que legitima el proceso transformador no puede estar bajo formatos meramente utilitarios o mercantiles ajenos a la misión del SNS.

Es conveniente recordar como punto de partida que el desarrollo y consolidación de las capacidades internas, competencias básicas y activos estratégicos, así como las experiencias de cooperación entre niveles y unidades funcionales, que han venido contribuyendo en las últimas décadas a la creación de las fortalezas distintivas y de posicionamiento sostenible en el sector sanitario público, están hoy razonablemente en riesgo. Esta constatación objetiva es consecuencia de la ausencia notoria de iniciativas de reforma en la política institucional y en la gestión pública, más concretamente en la función de producción (hoy denominada “operaciones”)⁽¹⁾ y que consideramos imprescindibles.

⁽¹⁾ Sistema de operaciones: incluye desde una idea o conocimiento, hasta la prestación directa del servicio dentro de las actividades y procesos de la cadena de valor de la institución.

Sorprende que si bien los modelos de cambio organizacional gozan de una amplia base conceptual y empírica, el sector público viene careciendo del impulso estratégico para emprender bajo nuevos enfoques de gestión las transformaciones necesarias, que en todo caso deberán ser incrementales y sostenidas en el tiempo, para que las burocracias sanitarias sean capaces de renovarse, adaptarse, aprender de su propia experiencia y consolidar su posicionamiento estratégico.

Pensamos para ello que las instituciones sanitarias, bajo estrategias institucionales de buen gobierno, deben evolucionar inexorablemente desde esquemas tecnocráticos funcionales hacia modelos organizativos más flexibles, autónomos, cohesionados, interactivos y comprometidos con una mejora continua en los resultados económicos y sociales¹².

Dirigir esta transición desde estructuras jerarquizadas a diseños organizativos más holísticos, que faciliten la coordinación cooperativa, diluyan las barreras funcionales y faciliten las funciones operativas exige liderazgo institucional y gestor.

Se precisa por tanto de un acuerdo firme de colaboración y mutua leal-

tad entre los agentes principales del sistema, desde la legitimidad de un renovado contrato social, lo cual presupone profundizar en el modelo organizativo antropológico o humanista, tanto en lo referente a sus bases motivacionales, como en relación con el propio formato de participación profesional y social.

Como guía de renovación desde estructuras mecanicistas hasta entidades basadas en el conocimiento, creemos que la conjunción de la organización horizontal y en red constituye el diseño funcional más apropiado para las organizaciones sanitarias en nuestro tiempo. La elección de este prototipo organizativo desde la perspectiva operacional viene determinada por la necesidad de integrar la cultura, los valores, la información y el conocimiento en comunidades epistémicas y comunidades de prácticas profesionales con derechos de decisión residuales y visión emprendedora.

La base de legitimación de la organización sanitaria del futuro que proponemos está sustentada en los principios del federalismo sanitario (constitución o norma común, equilibrio de roles, autonomía, cohesión social, subsidiariedad y parti-

cipación democrática) y en la denominada “nueva gestión pública”, que se caracteriza por una predisposición a dejar de lado cualquier creencia y opinión ortodoxa —las peligrosas medias verdades del mercado que muchos abrazan—, y sustituirlas por un implacable compromiso para reclutar evidencias y pruebas necesarias, con el fin de tomar decisiones más fundamentadas e inteligentes¹³.

El desarrollo de un diseño federativo requiere de un marco institucional regulado específicamente para todas las fórmulas jurídico-organizativas de titularidad pública, presentes hoy en el SNS, que no sólo dotaría de garantías y coherencia interna a los procesos de cambio, sino que además facilitaría la profundización en las estrategias de descentralización sanitaria y un renovado dinamismo en la mesogestión y en los microsistemas clínicos para liderar propuestas avanzadas de recursos humanos y mejorar el desarrollo profesional¹⁴.

Desde una visión de protección y custodia de nuestro mejor legado social, avanzar hacia un nuevo paradigma de servicio público, sustentado en formas de organización y gestión antiburocrática en el marco de las denominadas usualmente “formas

de gestión directa”, entendemos que es un proceso de modernización bien fundamentado. Las evidencias sobre la nueva gestión pública han demostrado garantizar los derechos laborales y sociales, fomentar la participación democrática y promover órganos colegiados de buen gobierno con transparencia y rendición de cuentas; otorgando, además, carta de naturaleza a los derechos de ciudadanía sanitaria.

Todas las reformas sanitarias de las últimas décadas en los países socialmente avanzados han sustentado sus cambios organizativos y de gestión en sistemas de garantías públicos y en el mejor y más actualizado conocimiento científico disponible: en los ámbitos del desempeño gubernamental, *accountability* democrática, rediseño de procesos y revitalización de las funciones y competencias esenciales de su cadena de valor prestacional.

Es una práctica de buen gobierno promover iniciativas para la gestión basada en la evidencia, concordante con una filosofía del *management* social, humanista y antropológico sustentado en principios éticos para la toma de decisiones directivas y profesionales, y que son la base de legitimación para progresar en la nueva

gestión meso y microinstitucional de los servicios sanitarios.

Como refiere Fabrizio Ferraro, galardonado por la *Academy of Management* en 2006, la teoría económica y las ciencias de gestión empresarial no están suficientemente probadas con rigor y no son aplicables de forma universal. Por sí solas no dinamizan las organizaciones ni los mercados, y es posible que sus aplicaciones no sean necesariamente virtuosas en las instituciones públicas. Sin embargo, sí existe evidencia de que las redes sociales (formales e informales), el entramado agencial y social subyacente y las motivaciones intrínsecas estimulan las transformaciones y los cambios profundos que conducen a mejoras en los procesos de integración, tanto organizativos como de gestión¹⁵. Toda integración compleja incluye también iniciativas de colaboración y alianzas estratégicas¹⁶.

La legitimidad de la nueva gestión pública está en su filosofía moral, 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.

Entendemos por ello que existen factores internos robustos en la reserva genética de la organización sanitaria pública para seguir mejorando la calidad asistencial de los servicios, la productividad social en el uso de las tecnologías sanitarias, la capacidad creativa en la función gerencial y la eficacia en la gestión de los procesos desde una cultura de buen gobierno¹⁷.

Las nuevas fórmulas de gestión antiburocrática para el cambio organizativo en los servicios sanitarios exigen regular los órganos de dirección y de participación democrática, además de incentivar con instrumentos de compensación toda iniciativa emprendedora que promueva actividades de autogestión responsable y desarrollo de competencias técnicas para la resolución de problemas de salud. El progreso profesional, como respuesta organizativa a las motivaciones intrínsecas de las personas, deberá constituir un elemento de valor estratégico en los nuevos diseños de gestión pública y en el buen gobierno de las instituciones^{6,18,19}.

Las dinámicas de gestión proeficiencia sólo son posibles con profesionales involucrados activamente en el cambio, gestionando la agenda de procesos organizativos desde un nue-

vo profesionalismo sustentado en valores éticos y sociales que ayuden a impulsar una cultura de calidad²⁰. La integración de servicios en la cadena de valor es la resultante de interacciones organizacionales que se sustentan en la confianza, la calidad de las relaciones internas, el mutuo respeto interprofesional, la cultura colaborativa y una visión longitudinal de la asistencia. Para que este modelo sea sostenible los profesionales sanitarios —y fundamentalmente la profesión médica— deberán ser agentes activos con capacidad de autorregulación, autonomía responsable y liderazgo autogestor, y la gerencia sanitaria deberá reconocer y garantizar un sistema de compensación coherente con esta visión integradora de la salud²¹.

En las instituciones sanitarias un elemento adyacente en la gestión de la innovación es la necesidad de custodiar los conocimientos esenciales generados en su ciclo de vida completo, ya que este activo fijo tiene implicaciones estratégicas de primer orden para sostener las competencias y la calidad de los procesos en la cadena de valor asistencial²².

La gestión de los procesos interfuncionales e interdepartamentales en las comunidades de prácticas clí-

nicas obliga a gobernar el ciclo de vida completo del conocimiento operacional, que debe estar basado en un sistema organizativo integrador y coordinado de proveedores de servicios sanitarios, lo cual implica una visión abierta, horizontal y de continuidad entre los diferentes niveles y estratos asistenciales²³.

La protección y gestión del conocimiento esencial en los servicios sanitarios es probablemente la primera prioridad estratégica de las instituciones públicas, por ser la garantía incondicional de calidad en las prestaciones de salud. Esta visión está sustentada en que es el capital intelectual el único recurso que permite conservar en el tiempo posicionamientos de ventaja competitiva. Por ello, el enfoque de la gestión moderna requiere un cambio de concepción en la visión de los recursos humanos en su actividad como trabajadores del conocimiento, al entender que un activo intangible, valioso, escaso, imperfectamente imitable e insustituible como fuente de competencia sostenible debe ser considerado y protegido como un valor estratégico de primer orden.

Los centros sanitarios deberán diseñar una estrategia para ganar la

batalla por el talento, a través de políticas eficientes en el gobierno de las personas que motiven y promuevan el atractivo profesional. Algunos autores proponen el uso de la responsabilidad social emprendedora como atributo ético del profesionalismo sanitario para conseguir una mejor custodia del talento y aconsejan iniciativas para vincular a los empleados mediante estrategias de compromiso con la sociedad, así como una buena gestión de la cartera de servicios que contribuya a satisfacer necesidades reales y estimular la creatividad a través de medidas de justa compensación en función de rendimientos y resultados²⁴.

Una estrategia oportuna para este fin sería impulsar, desde la gestión sanitaria, actuaciones para que se garantice la transferencia de conocimiento intergeneracional por medio de herramientas de *coaching* y *mentoring*, que permitan compartir experiencias y apoyo mutuo entre profesionales en diferentes tramos de su vida laboral.

Otro elemento crítico de la política gubernamental es la gestión y control de la I+D dentro de la cadena de innovación de los servicios sanitarios. Esta función debe permane-

cer integrada evitando toda interferencia tendente a externalizar al mercado procesos o subprocesos generadores de conocimiento a través de redes de colaboración científica que sustentan uno de los pilares críticos de valor competencial y de legitimación social de los centros sanitarios públicos. Por ello, el no evitar la fragmentación o discontinuidad ineficiente en la cadena de valor de los servicios sanitarios lleva consigo el debilitamiento de las bases del conocimiento contextual y codificado de los procesos organizativos y de gestión, alterando de forma irreversible el ciclo de la gestión virtuosa de la innovación²⁵.

Las instituciones sanitarias son siempre prototipos inacabados que exigen experimentación, investigación y ensayos piloto, así como procesos de experiencia para desarrollar sus propias bases de evidencia. Llevar a la práctica efectiva con determinación las mejores pruebas disponibles es el sistema más apropiado para el aprendizaje organizativo.

La práctica gestora basada en la evidencia cambia la dinámica de gobierno y la autoridad de las instituciones, modificando incluso el poder formal y el *statu quo* de la organización, dotan-

do de valor o reconocimiento social la reputación profesional basada en pruebas, hechos y datos bien fundamentados²⁶.

Hemos aprendido a desconfiar de los buhoneros de las ideas “videntes” de gestión y de las medias verdades que tratan viejos conceptos como si fueran grandes innovaciones y que, además, minimizan los inconvenientes, riesgos, contratiempos y costes que tienen la mayoría de las imaginativas soluciones prácticas, y sólo señalan las virtudes potenciales de los cambios que se proponen. Estas teorías fervientes están muchas veces motivadas por dogmas, mitos, creencias y todo tipo de flujos ideológicos que no acompañan bien a la evidencia y se resisten a la presentación de pruebas sobre su eficacia y capacidad de aprendizaje de la organización.

Creemos más bien que son la experiencia colectiva de los equipos multidisciplinares y las comunidades de prácticas integradas, que se adhieren a las ideas razonables y métodos estandarizados y evaluables, quienes consiguen ejecutar buenas estrategias y cambios organizativos a través de acciones coordinadas^{27,28}. La orientación a proce-

so, los equipos de trabajo autónomos y autogestionados, el fomento de las relaciones informales de base cooperativa, el acceso al conocimiento y la utilización de las tecnologías de la información y el conocimiento (TIC), forman parte de los cambios necesarios en la división de trabajo y en las demarcaciones organizativas internas que trae consigo la descentralización funcional y la delegación (*empowerment*) en los microsistemas asistenciales.

Se acepta generalmente que las organizaciones menos jerarquizadas permiten formalizar colaboraciones más estables y confiadas para mejorar la calidad de los servicios y, además, son más intensivas en la migración de conocimiento, consiguen más alto rendimiento, fidelizan a los profesionales en función de motivaciones e intereses propios y refuerzan las sinergias y la cultura interna.

Por todo lo expuesto, la pregunta relevante para enfrentar los desafíos de modernización en los servicios sanitarios públicos es si la función política y gubernamental está preparada para enfrentarse a la ortodoxia burocrática y a las dificultades que impone la dura realidad, es decir, al verda-

dero cambio organizativo basado en evidencias gestionables, rendición de cuentas, liderazgo participativo y reconocimiento social de un profesionalismo renovado²⁹.

La evolución de los servicios sanitarios en las últimas décadas nos ayuda a afrontar la mejor estrategia para ordenar o regular los procesos de cambio organizativo y de gestión pública, haciendo posible una renovación profunda de las burocracias administrativas que han mos-

trado no ser la forma más eficiente para dar respuesta a las grandes transformaciones de la sociedad.

Dado que la experiencia nos indica que el inmovilismo organizativo y social tiene más costes que el cambio, parece oportuno avanzar desde la política sanitaria una agenda abierta, que posibilite una reflexión madura sobre los elementos y orientaciones de futuro para mejorar el funcionamiento de los servicios de salud y su legitimidad ante la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mintzberg H. Mintzberg on management: Inside our strange world of organizations. Nueva York: The Free Press; 1989.
2. Porter ME. What is strategy? Harv Bus Rev. 1996;(Nov-Dec):61-78.
3. Williamson OE. Markets and hierarchies: Analysis and antitrust implications. Nueva York: The Free Press; 1975.
4. Williamson OE. The economic institutions of capitalism. Nueva York: The Free Press; 1985.
5. Herbert AS. El comportamiento administrativo: estudio de los procesos de adopción de decisiones en la organización administrativa. 4ª ed. Madrid: Ed. Aguilar; 1982.
6. Drucker P. Knowledge-worker productivity: The biggest challenge. Calif Manage Rev. 1999;41(2):79-94.
7. Rosanas JM. Beyond economic criteria: a humanistic approach to organizational survival. Journal of Business Ethics. 2006;78(3):447-62.
8. Putnam R. Bowling alone: America's declining social capital. Journal of Democracy. 1995;1(1):65-78.
9. Rousseau DM. Is there such a thing as evidence-based management? Academy of Management Review. 2006;31(2):256-69.
10. Walshe K, Rundall TG. Evidence-based management: from theory to practice in health care. The Milbank Quarterly. 2001;79(3):429-57.
11. Porter ME. The five competitive forces that shape strategy. Harv Bus Rev. 2008;86(1):78-93.
12. Nomen E, Nieto J. El conocimiento protegido. Harv Deusto Bus Rev. 2004;124:53-62.
13. Behn RD. The new public-management paradigm and the search for democratic accountability. International Public Management Journal. 1998;1(2):131-64.
14. Martín JJ. El gobierno de las organizaciones sanitarias en el estado español. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. Barcelona: Ariel S.A; 2005. p. 333-48.
15. Ferraro F, Pfeffer J, Sutton RI. Economics language and assumptions: How theories can become self-fulfilling. Acad Manage Rev. 2005;30(1):8-24.
16. Doz YL, Hamel G. Alliance advantage. Boston: Harv Bus School Press; 1998.
17. Kirby J. La reserva genética de la empresa. Harv Deusto Bus Rev. 2005;135:30-2.

18. Davenport TH, Thomas RJ, Cantrell S. The mysterious art and science of knowledge -worker performance. MIT Sloan Manage Rev. 2002;44(1): 23-30.
19. Davenport TH, Glaser J. Just-in-time delivery comes to knowledge management. Harv Bus Rev. 2002;80(7): 107-111.
20. Johnson P, Wistow G, Schulz R, Hardy B. Interagency and interprofessional collaboration in community care: the interdependence of structures and values. J Interprofessional Care. 2003;17(1):69-83.
21. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. Int J Integr Care. 2005; 5:1-5.
22. Hansen M, Nohria N, Tierney T. In what's your strategy for managing knowledge? Harv Bus Rev. 1999; 77(2):106-116.
23. Birkinshaw J, Sheehan T. Managing the knowledge life cycle. MIT Sloan Manage Rev. 2002;44(1):75-83.
24. Bhattacharya CB, Sen S, Korschun D. Using corporate social responsibility to win the war for talent. MIT Sloan Manage Rev. 2008;49(2): 37-44.
25. Nohria N. ¿Promover la I+D internamente o subcontratarla? Harv Deusto Bus Rev. 2005;141:4-15.
26. Sutton RI, Pfeffer J. Evidence-based management. Harv Bus Rev. 2006; 84(1):62-74.
27. Godfrey MB. What works: evidence-based policy and practice in public services. Health & Social Care in the Community. 2001;9(6):504-5.
28. Davies HTO, Sandra MN, Peter CS. What works? The role of evidence in public sector policy and practice. Public Money Management. 1999; 19(1):3-5.
29. Learmonth M, Harding N. Evidence-based management: the very idea. Public Administration. 2006;84(2): 245-66.

