

LAS INSTITUCIONES SANITARIAS COMO EMPRESAS DE CONOCIMIENTOS

Pere MONRÁS

I. JUSTIFICACIÓN HISTÓRICA

EL estado actual de la sanidad viene determinado por el entorno político de la transición a la democracia en España. Cuando se efectuaron las transferencias de la sanidad a las autonomías, se dieron las circunstancias adecuadas para repensar modelos que tuvieran capacidad de respuesta más apropiada a las realidades sociológica e histórica propias de cada comunidad.

En general, se partía de un modelo de equipamientos instalados por el sistema de protección social de la seguridad social, introducido a partir de los años cincuenta, muy centralizado en las capitales de provincia. La democracia y el progresivo avance económico y social producen un desarrollo poblacional con desequilibrios territoriales, fruto de las fuertes corrientes migratorias de los años sesenta. La inversión estatal en nuevos equipamientos no se hace en correspondencia con estas tendencias, ni por lo que se refiere a centros hospitalarios ni a otros equipamientos, como centros de atención primaria, creándose un desajuste entre necesidades y disponibilidades, especialmente en aquellos ámbitos territoriales en crecimiento.

En algunas comunidades, se dan situaciones singulares debido a su peculiar desarrollo económico. Así, por ejemplo, Cataluña, diferenciada respecto al resto de España en su desarrollo industrial, había creado ya,

desde principios de siglo, un tejido empresarial, especialmente en el sector textil, que levantó su propia forma de protección social a través del mutualismo, construyendo equipamientos asistenciales diversos: dispensarios, clínicas y hospitales, como mejor respuesta a la protección necesaria de la enfermedad, no resuelta entonces por el Estado.

En general, pues, en determinados territorios como Madrid, Cataluña, Baleares..., se conjugaron dos elementos claves para definir la política sanitaria en el momento de las transferencias sanitarias. Por un lado, la respuesta necesaria al sustancioso incremento de las necesidades poblacionales, especialmente en comarcas con escasez de instalaciones propias de la seguridad social, y, por otro lado, la existencia, especialmente en Cataluña, de dispositivos alternativos (fundaciones, mutuas...) concertados con la seguridad social (1).

Creemos entender que esta conjugación de factores en el momento mismo de las transferencias, junto al decidido impulso dado en su momento por el gobierno socialista para universalizar la cobertura y pasar de un sistema de seguridad social a un sistema nacional de salud, resultaron determinantes para el desarrollo del modelo que ahora tenemos.

En estas circunstancias, se pasa, en correspondencia con casi todos los modelos europeos, a una responsabilización por parte del Estado no sólo de la financiación de las políticas sociales,

y por supuesto de la sanidad, sino también de la misma provisión de servicios. Para hacer frente a esta responsabilidad, la Administración introduce en todos sus centros la gestión administrativa que le es propia, convirtiendo el «poco Estado y mucha sociedad» en un Estado monopolístico proveedor de servicios sanitarios, excepto en comunidades (Cataluña...) que, por historia, tenían una base de provisión estatal más débil coexistiendo con una red de provisión no pública fuertemente implantada.

Lo cierto es que, con más o menos infraestructura propia, este crecimiento y desarrollo han dotado al conjunto de España de un despliegue territorial de dispositivos asistenciales bastante ejemplar, dando merecido cumplimiento a una de las exigencias primeras de todo sistema sanitario público y universal, obediente al principio de equidad en su vertiente territorial. Las tasas anuales de crecimiento superiores al 15 por 100 del PIB explican por qué ha sido posible implementar este modelo.

Es importante señalar que la necesidad en Cataluña de aprovechar dispositivos ya existentes, evitando inversiones cuantiosas de la Administración, condujo a la implantación de instrumentos jurídicos —fundaciones, empresas públicas, consorcios— que permitían aprovechar parte de la red de provisión concertada. Con estas fórmulas jurídicas, se hizo compatible una gestión plural y diversa de los dispositivos, dando paso al llamado modelo catalán de provisión mixta, en un marco legislativo (LOSC) que reconocía la separación entre, por un lado, la financiación y la provisión en una red hospitalaria de utilización pública (XHUP), formada por un conjunto de centros propios de la seguridad social agrupados en el Instituto Catalán

de la Salud (ICS) y, por otro, un conjunto de otros dispositivos concertados de titularidad diversa.

En la mayoría de casos, los centros concertados con la red pública adoptaron fórmulas de gestión como los consorcios, fruto de la fusión de entidades diversas que carecían individualmente de viabilidad en un entorno de crisis económica y financiera. La aparición y el desarrollo de la Administración autonómica con competencias sanitarias recién transferidas, ávida de su nuevo papel, aceleró estos procesos de fusión para garantizar el aprovechamiento y supervivencia de los dispositivos existentes, con el fin de poder seguir prestando asistencia en ciudades y áreas de referencia densamente pobladas, no cubiertas todavía por la infraestructura sanitaria propia de la seguridad social.

Desde la perspectiva que otorgan los años transcurridos, se puede afirmar que estos modelos, dejando a un lado las comparaciones y la evaluación de sus defectos y bondades, se han actualizado como punto de referencia para una alternativa estratégica de desburocratización del sistema de gestión centralizado clásico.

El Tratado de Maastrich y el nuevo escenario macroeconómico, con sus exigencias de contención del déficit público, evidencian las dificultades para hacer sostenible el propio Estado del bienestar, y obligan a una reflexión seria sobre las medidas que pudieran introducir el valor de la eficiencia y, en consecuencia, los modelos de gestión en la provisión de servicios capaces de generarla. Es a través de este prisma bajo el que creemos que se argumenta la introducción de un nuevo discurso que tiene

una de sus bases en la autonomía de gestión de los centros.

Así, vemos que la presentación del actual Plan Estratégico del INSALUD (2) hace referencia a esta necesaria desburocratización del sistema y a la implantación de la autonomía de gestión en los centros mediante fórmulas jurídicas específicas. Las recomendaciones de las comisiones de expertos —en su día el informe Abril Martorell, y ya más recientemente las propias de la Subcomisión Parlamentaria o el trabajo «La Reforma sanitaria posible», de ESADE— también lo vienen sugiriendo.

Es por ello por lo que se dan las circunstancias para aunar lo que pueda ser necesario en una estrategia de futuro para avanzar en calidad y eficiencia, y sería conveniente no despreciar, sino analizar cuidadosamente, lo que han dado de sí las experiencias de autonomía de gestión que, aun sin generarse en el propio INSALUD, han existido en los diferentes territorios y servicios de salud del Estado.

Una evaluación inicial, merecedora de más atención, nos permitiría concluir probablemente que, sin lugar a dudas, la descentralización y la autonomía de gestión son determinantes para una modernización del sistema. Ahora bien, tal proceso puede provocar resistencias importantes desde dos ámbitos clave. Por un lado, las representaciones sociales sindicales, apoyando los logros estatutarios de la privatización de las plazas del sistema público (plazas en propiedad), y, por otro lado, la desconfianza y el recelo de los cuerpos nacionales (intervención), celosos de garantizar su función de control mediante el cumplimiento de la norma y el procedimiento como única garantía de obtención de resultados, sin que puedan intro-

ducirse otros sistemas de control más modernos.

Éstos deberían garantizar, más allá del sistema clásico de intervención, que los recursos estén orientados debidamente al fin social y de servicio público a que se destinan, independientemente de la naturaleza jurídica de quien los gestione. Esta función de control exigiría, por tanto, e ineludiblemente, que para implementar la autonomía en los centros fuera imprescindible dotarlos de órganos de gobierno reales, con plenas competencias y regulación de responsabilidades en esta función de control.

II. LA GESTIÓN SANITARIA MODERNA

Relman, en un ya muy citado artículo (3), exponía las tres grandes revoluciones sanitarias de este siglo y las categorizaba como: el desarrollismo, la contención de costes, y la era actual de la medida y evaluación de las prácticas clínicas. Quizá sea un acreditado referente para enmarcar una reflexión sobre los estilos de gestión sanitaria que se han sucedido.

1. La gestión administrativa

Como hemos dicho, el nacimiento de la seguridad social y el INSALUD (luego ICS en Cataluña) en el ámbito de la propia Administración dotó a estas instituciones de un marco de gestión propio de aquélla, que regula el control mediante la intervención previa, y que encorseta las decisiones de gestión en el marco de las regulaciones administrativas basadas en las normas y los procedimientos, siendo la gestión presupuestaria el aspecto clave de la función gerencial.

En este marco de gestión administrativa han nacido todos los complejos sanitarios de las grandes ciudades, con parecidos modelos estructurales y un único modelo organizativo de obligada referencia en el *BOE*: «Las organizaciones jerarquizadas de la seguridad social».

Este modelo organizativo consagra el servicio médico de especialidad como unidad básica en torno a la cual se configura la actividad, y se ha desarrollado en paralelo al desarrollo de las especialidades que las nuevas tecnologías y conocimientos han creado. Así, el conocimiento acreditado (titulaciones) era el núcleo de la organización, debiendo el paciente circular a través del sistema en búsqueda del ámbito más apropiado. La atomización de especialidades y su fragmentación progresiva ha creado una esperpéntica situación organizativa de difícil acomodo a las necesidades de los enfermos. El sistema MIR para la formación especializada, habiendo introducido grandes mejoras para la acreditación de conocimientos, está suponiendo un elemento más de dificultades para las adaptaciones organizativas necesarias.

Bajo la jerarquización introducida, otras profesiones sanitarias han ido incorporándose subordinadamente a la de los médicos, aun a pesar de la mimética creación de las direcciones de enfermería como contrapoder.

Por último, el marco de relaciones laborales para todas ellas, basado en el concepto privatizador de la plaza en propiedad (el Estatuto Marco), en un sentido mimético de la propia Administración, articula una trabazón que, dando a las partes seguridad, les secuestra las posibilidades de un desarrollo profesional, funcionarizando una

profesión que, por definición, debería estar abocada a depender de los resultados.

La progresiva implantación de la función gerencial, con el objetivo de introducir mecanismos de gestión enfocados a la contención del gasto, ha topado y seguirá topando con la rigidez del marco administrativo, que no tiene en sí mismo las condiciones para lo que genuinamente define a la gestión, es decir, optar entre alternativas posibles tanto en ingresos como en gastos.

De hecho, las decisiones económicas y el control gerencial permanecen concentrados en estructuras centrales externas a los centros, dejando a éstos un único espacio: la gestión de las actividades.

2. La gestión empresarial

La consolidación y el impulso dado a las gerencias en los centros del INSALUD-ICS, al unísono con lo que ya venían haciendo los demás centros concertados no propios de la Administración, va creando una corriente que introduce paulatinamente la cultura de empresa en la sanidad. Las bases de ésta y el sentido de su existencia cabría refererirlas, quizá, a la segunda revolución anunciada por Relman, en el sentido de la estrategia de contención de costes que obliga a poner coto al desarrollo incrementalista, de dudosa sostenibilidad.

La cultura gerencial, más propia del mundo empresarial, aporta, no obstante, numerosas mejoras. Se han acotado las diferentes partidas que configuran el gasto, y se han empezado a conocer el sentido de las desviaciones y las posibles correcciones. De hecho, estos elementos se han introducido en un marco de crecimiento

económico sostenido, con tasas anuales superiores al 15 por 100 hasta 1992. Así, al concepto de *equidad* se ha añadido decididamente el concepto de búsqueda de la *eficiencia*.

Esta etapa, no obstante, ofrece diversas matizaciones en relación con el entorno concreto de los centros, pudiéndose distinguir, en general, dos estilos definidos.

Un primer grupo referido a los centros propios de la Administración, en los que la gestión empresarial no ha podido profundizarse más que en el marco de la creación de una cultura de eficiencia como valor a tener en cuenta. Los resultados son únicamente los relativos a la eficiencia de producción, entendiéndolo por ello, y en versión positivizadora, la realización de mucha mayor actividad con los recursos existentes. Algunos sectores opinan, con cierta frivolidad, que éste es el camino, y que podría ser suficiente, aunque no se avanzara en el terreno jurídico hacia la autonomía real por centro, sin apercibirse de que toda eficiencia de producción de un sistema de por sí ineficiente no puede llevar más que a una mayor ineficiencia general del sistema, aparte el hecho de que tal evolución acabaría con el sector concertado, donde precisamente se dan las condiciones de eficiencia. Algo semejante a lo que sería para RENFE hacer funcionar muchos trenes y con puntualidad sin que transportaran viajeros.

Un segundo grupo podría relacionarse con aquellas instituciones con personalidad jurídica propia (los hospitales «concertados») cuya supervivencia viene determinada por su capacidad de mantener la viabilidad económico-financiera propia. Si se analizan los datos existentes, como los que proporciona en Cataluña

la Central de Balances, una parte de ellas presenta una situación bastante consolidada, manteniendo equilibrada su cuenta de explotación sin entrar en endeudamientos de difícil retorno, capaces además de crear excedentes para garantizar su desarrollo y crecimiento; pero, al mismo tiempo, en otra parte de ellas, se observa que se hallan en una precaria situación económico-financiera permanente, siempre pendientes de la subvención para su supervivencia.

Una de las características relevantes de este grupo de instituciones «concertadas» es, de hecho, su propio marco de relaciones contractuales, que son de tipo laboral, más flexible y gestionable, y no estatutario, que es rígido e inamovible. No obstante, también es lógico señalar que la cultura laboral predominante en el país continúa siendo la del empleo, que adopta la posición de los derechos, más que la del contrato de trabajo, que debería regirse por las aportaciones de ambas partes, tanto en los derechos como en las obligaciones.

Comentar, sólo de paso, la existencia de un tercer sector de gestión empresarial lucrativo cuya finalidad es la producción de beneficio, pero que, en general, no se halla en la red de provisión pública ni recibe financiación pública.

III. LOS LÍMITES DE LA GESTIÓN SANITARIA ACTUAL Y LAS CONSECUENCIAS ORGANIZATIVAS CREADAS

Ya hemos comentado que la base del desarrollo de las organizaciones sanitarias, tanto en la etapa primera como en la actual de contención de costes, se ha

basado en la equidad y la eficiencia (4).

Los límites de esta etapa deben buscarse en la capacidad que demuestran las organizaciones y el sistema para alcanzar estos objetivos. Parece, desde esta perspectiva, que ni sería bueno ampliar la implantación territorial, ya muy cubierta, e incluso en algunos aspectos con exceso, ni parece tampoco que en un marco de restricción presupuestaria tan exigente como el actual, o incluso aquél en el que previsiblemente se vivirá en el futuro europeo, puedan ser viables más políticas desarrollistas.

La integración del valor de la eficiencia social, y no sólo en el sentido de eficiencia económica, exige como mínimo un ordenamiento que fije por igual las reglas de juego para todo el conjunto de proveedores, lo cual no es el caso todavía en Cataluña ni, por supuesto, tampoco en el resto de España (5).

Por otro lado, estas etapas de gestión han consolidado un modelo *jerárquico*, tal como ya hemos dicho, basado en las especialidades médicas, cada vez más compartimentado. Las progresivas evidencias desde las gerencias de los inconvenientes de este modelo está llevando a implantar modelos organizativos *divisionales* que, con la pretensión de mayor control, han supuesto, de hecho, un crecimiento bastante elevado de las estructuras de dirección, sin modificarse todavía las bases reales organizativas de la misma producción. Como ejemplo más paradigmático de esta concepción divisional, cabe citar el propio ICS (división Primaria-división Hospitalaria) o la propia Administración, en la que subsisten entremezcladas las estructuras funcionales por líneas de atención (hospitales, primaria,

salud mental, socio-sanitaria...) junto a las gerenciales (regiones, sectores o centros). De hecho, las razones profundas para un cambio más trascendente no están todavía a debate.

La reingeniería de procesos (centros de actividades, institutos...), tan de moda, parece todavía más fruto de una búsqueda que de un encuentro. En general, si bien aporta una orientación más decidida hacia el cliente, se enfrenta a una gestión de cambio harto compleja, derivada precisamente del difícil rompimiento de un modelo basado en las especialidades.

También cabe destacar que estos avances no tienen acicate excesivo. Las condiciones para la innovación organizativa no se ven estimuladas ni primadas en términos reales, y no se incita desde la propia sociedad una mayor exigencia sobre las prácticas asistenciales. El acomodo a un Estado del bienestar que otorga barra libre para el consumo de servicios (urgencias hospitalarias como paradigma del acceso fácil al sistema) no predispone a una conciencia ciudadana de responsabilidad y compromiso, sino más bien a una cultura de queja y reivindicación que poco transforma (6).

IV. NUEVAS ORIENTACIONES EN LA GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Siguiendo a Relman de nuevo, cabría repensar, creemos, nuevas orientaciones en la gestión y organización de los servicios sanitarios, añadiendo a los objetivos de equidad y eficiencia el de *la calidad y seguridad del servicio para el paciente y la*

efectividad de las prácticas clínicas de los profesionales, mediante el cual a la eficiencia estructural se añadiera una eficiencia basada en los resultados de lo que da sentido y razón de ser a las organizaciones sanitarias: la resolución efectiva de los problemas de salud de la población, haciendo lo que sea necesario sin caer en excesos ni en defectos en la toma de decisiones clínicas. Tan cuestionable puede ser la medicina defensiva del «por si acaso» como la medicina economicista del «ya veremos».

La toma de decisiones clínicas, y el reconocimiento y convencimiento de que éstas siempre contienen incertidumbre, nos debería llevar a la aceptación sin más de que las organizaciones sanitarias no pueden funcionar en el marco funcional o administrativo, como tampoco en un marco de gestión de empresa de producción clásica, por el hecho diferencial de que no cabe organizar la fuerza de trabajo de los empleados, sino gestionar la aportación del conocimiento experto de sus profesionales, caracterizado por decisiones cuyo valor añadido es dar servicio. En definitiva, asumir con integridad el reto de fomentar empresas de conocimientos que se organizan no tanto basándose en la titulación acreditada de sus profesionales como en razón a las competencias profesionales demostradas y demostrables (7).

Para que ello fuera posible, señalaríamos las siguientes tendencias como imprescindibles:

1) Separación definitiva y total entre la financiación y compra y la provisión, y autonomía de gestión de los centros. Sólo con una red de proveedores acreditados, con unas mismas reglas de juego, puede tener sentido la eficiencia global y la calidad de

servicio buscadas. Bajo este marco común a todos los proveedores, tiene sentido una central de resultados que mida y dé valor a la eficiencia y calidad, y permita, a su vez, la estabilidad del sistema, evitando que pueda haber desviaciones no soportables por el sistema como conjunto (un ejemplo claro se puede ver en la regulación del sistema financiero, que dispone de su propia central de balances y sistemas de control por el Banco de España y el Fondo de Garantía de Depósitos Bancarios).

2) Con el valor de la eficiencia y la calidad reconocidos, los objetivos de gestión dejan de estar focalizados en la estructura, para centrarse en el propio proceso asistencial y en el valor añadido de servicio (8), lo cual forzosamente implica integrar la efectividad de las prácticas clínicas como objetivo de la gestión. Las tecnologías modernas y el avance indiscutible conseguido en sistemas de información hacen que puedan nacer ya, como de hecho ocurre, experiencias y esfuerzos estructurados para aportar las evidencias que permitan este tipo de gestión (medicina basada en la evidencia para acotar los márgenes de seguridad en las decisiones, y metodologías de CRSA para identificar, asumir y compartir riesgos de la incertidumbre residual de las decisiones).

3) La organización de las actividades en el marco de estos objetivos señalados requiere de un ordenamiento preciso de cómo las venimos haciendo y en qué dispositivos del sistema pudiera ser más pertinente hacerlas. Así, aparece un modelo estructural de hospital que ya no está centrado en la cama, sino en el paciente, que se enfoca a la atención ambulatoria, siempre que sea posible, y que potencia los medios tecnológicos e infor-

mativos para una toma de decisiones rápida y en el momento preciso, y que hace imprescindible mantener la coordinación entre niveles asistenciales para garantizar el *continuum* de la asistencia. A este nuevo ordenamiento estructural le corresponde de inmediato un ordenamiento de los flujos de actividad para que se puedan atender las prioridades en función de los criterios de prevalencia, severidad y complejidad. La función gerencial para este ordenamiento necesario deberá, por tanto, abandonar los supuestos de crecimiento de las estructuras directivas como solución y apostar por un progresivo aplanamiento de organigramas, dando paso a responsables asistenciales de nuevo cuño que tomen las riendas de la conducción de este ordenamiento de las actividades. Esto supone, de hecho, iniciar lo que tímidamente podríamos tipificar de modelo *relacional*. Esta organización relacional rompe la subordinación de estamentos y funciones, hace imprescindible la configuración de múltiples liderazgos y se vertebra en forma de equipos interprofesionales interrelacionados.

Por último, en un marco de autonomía de gestión, con la eficiencia como valor reconocible y reconocido por el sistema, y la efectividad de las prácticas clínicas potenciada y facilitada en nuevos modelos organizativos, no podemos olvidar la clave final de todo el proceso: *los profesionales*.

Éstos no son obreros que vendan su fuerza de trabajo por horas o por lo que aportan sus manos, ni asalariados homogéneos que sindicalizan su valor, sino que conforman un cuerpo profesional, acreditado por la sociedad y sus propios colegios, que aporta sus conocimientos para aplicarlos en el marco de las organizaciones poseedoras de

los instrumentos tecnológicos y estructurales.

En este substrato es donde cabe frenar la introducción de más criterios de gestión propios de la producción industrial *taylorista*, y entender cuáles deben ser las nuevas formas de gestión y organización que puedan corresponderse mejor con lo que una organización sanitaria es: *una empresa que aplica conocimientos por un conjunto de profesionales que deben ser capaces de tenerlos y ampliarlos continuamente*. Un concepto de empresa con modelos de gestión basados en la autonomía del centro y en la de los profesionales. Un modelo de gestión clínico, asistencial e institucional que integre el paciente, la población y la comunidad en un todo.

Con este reto de la gestión se corresponde igualmente otro para el propio mundo profesional, que es comportarse como tal, eludiendo quedarse únicamente como técnico cualificado y asumiendo con plenitud la conciencia profesional que conlleva un contrato con la sociedad por el

cual no se es en tanto en cuanto se disponga de un título, sino en tanto en cuanto se ejerza con competencia probada y evaluada según las exigencias de la propia sociedad. Este nuevo contrato social exige probablemente a las profesiones sanitarias, como un todo, auspiciadas y alentadas por sus propios colegios profesionales, la autoexigencia y el control del nivel competencial de sus colegiados (9).

Quizá una expresión reducida de todos estos nuevos conceptos, que se exigen al ejercicio profesional en el seno de las organizaciones, no debería olvidar nunca las viejas realidades de siempre, las realidades del enfermo como persona inmersa en un proyecto propio de vida.

En definitiva, propugnamos una propuesta de evolución y transformación que nos permita la comprensión de los mecanismos organizativos de este tipo de organizaciones, permitiendo transformar el obsoletismo de las *actuales organizaciones jerarquizadas con base en las titulaciones académicas en organizacio-*

nes relacionales basadas en las competencias profesionales.

NOTAS

(1) LAFARGA, J. L., «El Consorci: un instrument al servei del consens», *Salut Catalunya* 8 (4), 1994.

(2) INSALUD, *Plan Estratégico. El Libro Azul*, Madrid, 1998.

(3) RELMAN, S., «Assesment and accountability: The third revolution in medical care», *New England Journal of Medicine*, 1988, 319:1, páginas 220-22.

(4) MONRÁS, P., «De la equidad a la eficiencia: un modelo de "segunda generación" para la gestión de servicios sanitarios», *Todo Hospital*, 1997, 134, págs. 13-21.

(5) Departament de la Presidència, *L'Estat del Benestar*, Generalitat de Catalunya, 1996.

(6) BRUCKNER, P., *La tentación de la inocencia*, Ed. Anagrama, 1995.

(7) CODINA, J.; LLOVERAS, G.; MAURI, E., y ORIOL, A., *Les competencies professionals en ciències de la salut. Escenari futur per a l'exercici de les professions sanitàries*, Barcelona, 1997.

(8) MONRÁS, P., «Alternatives dins de la gestió sanitària: de la gestió d'estructures a la gestió de processos assistencials», *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, 1994, 22, páginas 17-20.

(9) BERWICK, D. M., y NOLAN, T. W., «Physicians as leaders in improving health care: A new series in *annals internal medicine*», *Annals Internal Medicine*, 1998, 128, páginas 289-292.

Resumen

Nuestras instituciones sanitarias son herencia del modelo de organización jerárquico-administrativa del sistema de seguridad social imperante desde los años cincuenta. Hoy, los criterios de eficiencia social, sostenibilidad, y las nuevas necesidades sociales obligan a replantearse la idoneidad de esta forma «clásica» de organización. Las organizaciones sanitarias deben asumir el reto de recrear o reinventar sus sistemas de gestión (en sentido amplio), haciendo ocupar al profesional sanitario su rol en la conducción estratégica y operativa de las mismas y adaptando los sistemas de incentivos apropiados para ello. Este reto responde al reconocimiento de que las organizaciones sanitarias son organizaciones de conocimientos con la doble función integrada —que no mezclada— de aplicar estos conocimientos con satisfacción, equidad, efectividad y eficiencia y, también, de desarrollarlos bajo el principio de fomentar la competencia y la acreditación de sus profesionales.

Palabras clave: empresas sanitarias, empresas de conocimientos, organizaciones relacionales, procesos asistenciales, eficiencia social.

Abstract

Our health institutions are a legacy of the model of social security system hierarchical and administrative organization in force ever since the fifties. Today, social efficiency and sustainability criteria and new social needs force us to reconsider the suitability of this «classic» form of organization. The health organizations should assume the challenge of re-creating or re-inventing their management systems (in the broadest sense), making the health professional play his part in their strategic and operational implementation and adapting appropriate methods of motivation for this purpose. This challenge responds to the recognition that health organizations are know-how organizations with the dual integrated—but not mixed—function not only of applying this know-how satisfactorily, fairly, effectively and efficiently, but also of developing it in line with the principle of enhancement of the competence and standing of their professionals.

Key words: health companies, know-how companies, relational organizations, care processes, social efficiency.

JEL classification: I10, I18, H51.