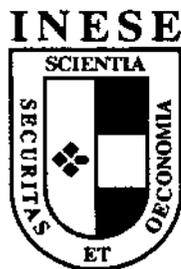


# **IX CONGRESO DE GERENCIA DE RIESGOS Y SEGUROS INDUSTRIALES**

---

**MADRID, 10-11 DE MARZO DE 1997**

---



**LA NECESIDAD DE LA GERENCIA DE RIESGOS  
EN LA ADMINISTRACION PUBLICA**

**Por: D. José Antonio Cobeña Fernández**  
Subdirector General de Ordenación Administrativa.  
Servicio Andaluz de Salud.  
**CONSEJERIA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCIA**



## INDICE

\*\*\*\*\*

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>3</b>
<b>EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD: ¿AZAR O NECESIDAD DE RIESGO SOCIAL?.....</b>	<b>6</b>
<b>CALIDAD Y MARKETING EN LA GERENCIA DE RIESGOS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA.....</b>	<b>10</b>
<b>CLAVES DEL CAMBIO EN EL CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD PUBLICA Y SANITARIA.....</b>	<b>16</b>
<b>GERENCIA INTEGRAL DE RIESGOS.....</b>	<b>18</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>25</b>
<b>BIBLIOGRAFIA Y DOCUMENTACION DE REFERENCIA.....</b>	<b>28</b>





## INTRODUCCION

Buenos días. Mi primera expresión, en esta intervención, es de agradecimiento al Comité organizador de este IX Congreso de Gerencia de Riesgos y Seguros Industriales, CEGERS 97, al invitarme a participar como ponente, en nombre del Servicio Andaluz de Salud, Organismo Autónomo de carácter administrativo, dependiente de la Consejería de Salud, de la Junta de Andalucía. Es un honor para la Administración Pública andaluza estar presente en este Congreso, donde la pluralidad, la participación y la visión de un futuro, no tan lejano, son su hilo conductor, así como compartir esta responsabilidad de manifestar una posición pública, por diversos motivos: primero, por participar en un foro tan sugerente para despejar incógnitas sobre el futuro de la gerencia de riesgos y de la responsabilidad ante un futuro incierto y mucho más el de la Administración sanitaria, tal y como lo venimos experimentando en estos últimos meses, en el debate de la dicotomía **público-privado**, legítimamente, por otra parte, si respetamos los principios constitucionales de sometimiento de la Administración Pública a la Ley y al derecho, acorde con la expresión democrática de la voluntad popular, en el sentido estricto de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, al declarar **el carácter instrumental** de la Administración, puesta al servicio de los intereses de los ciudadanos y la responsabilidad política del Gobierno correspondiente, en cuanto es responsable de dirigirla.

En segundo lugar, porque es también muy sugerente intentar establecer líneas garantistas en términos de **necesidad y no de azar**, para la gestión y evaluación de la actividad pública y, más concretamente de la actividad sanitaria, desde la propia Administración y a través, en este caso, de una metodología, entiendo que científica, de la gerencia de riesgos, desde la óptica obligada de los principios básicos y constitucionales de la Administración, es decir, de los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, y no de los de la falsa apreciación de la patente de corso y seguridad omnímoda del poder administrativo.

Y en tercer lugar, porque se está fraguando un clima de opinión favorable a la desregulación total de la gestión sanitaria, también de su responsabilidad, por no poder acomodarse la misma al derecho público, ante el fracaso en la financiación del Sistema Nacional de Salud, la escasa política de personal aherrojada por sistemas y estatutos caducos, así como la problemática gestión de la contratación administrativa por el carácter férreo de la norma sustantiva actualmente en vigor, es decir, la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas. Es decir, actividad directiva, gestión pública, financiación, política y gestión de personal, así como contratación administrativa, son auténticos riesgos y bombas de relojería alejadas de las falsas seguridades tradicionales de la Administración Pública. Aquí es donde se instala lo que llamaba dicotomía **gestión pública-gestión privada**, al abrirse un nuevo universo interesantísimo sobre la variabilidad de las nuevas formas de las organizaciones y de los cambios en sus propias prácticas organizacionales (HARROW Y WILLCOKS, 1990, REA, 1990, ROTH Y BOZINOFF,



1990, BOZEMAN, 1987).

Si sugerentes y controvertidos son estos planteamientos, más pueden serlo las posibles respuestas garantistas, en clave de necesidad y de inteligencia creadora, que paso a exponer como cuestiones en discusión. La lectura reciente de la gerencia de riesgos aplicada al sector público sanitario, nos lleva a considerar en el horizonte del 2000 la necesidad de adoptar la actitud ética del niño de Andersen en su cuento **El traje invisible** o del **emperador**, como se ha traducido a veces: **decir la verdad sobre lo que está pasando**. Mucho más cuando se intenta liberar a la gerencia de riesgos de las múltiples críticas que se van adosando como magma histórico a la sufrida vasija conceptual de la misma, en una actitud que también nos recuerda la imagen espuria de los cortesanos del emperador, donde se acepta, por parte de todos, una determinada acepción de los términos pero sin entrar en el verdadero análisis de la realidad social actual, en una ceremonia de confusión donde muchos prefieren seguir llevando la cola del supuesto traje del emperador y no llamar las cosas por su nombre.

Desde hace diez años y no más, asistimos a un giro copernicano en la concepción de la responsabilidad pública, en nuestro caso de la responsabilidad sanitaria y, más en concreto, de los profesionales de la medicina. También se ha desarrollado en este tiempo una nueva percepción de la responsabilidad en la gestión de la Administración Pública, basada en términos de calidad. Mucho se ha escrito sobre el particular, pero es necesario partir de un escenario al que asistimos a diario en la representación de unos determinados profesionales, con un determinado público, los usuarios del sistema, y con una crítica que cada vez cala más hondo en la población, dejando a un lado la única posibilidad que se contemplaba con anterioridad, en las tímidas críticas que se podían hacer a las actuaciones de los médicos, siempre desde una óptica estricta y rigurosamente profesional.

Hemos pasado, de esta forma y como ejemplo muy claro, a una nueva concepción de la relación médico-paciente. Desde una tradición de relación justa y benéfica, se ha pasado a una relación de prestación de servicio-cliente, en el más puro sentido del término, demandándose, por tanto, nuevas exigencias de los resultados de esa relación, en términos de calidad. Y no podemos olvidar que habiendo sido una relación gratuita, en el doble sentido del término, como actitud profesional y como marco económico entendido así por la población, la exigencia de la buena atención se ha tomado en una reclamación personal e intransferible. ¿Qué papel ha jugado aquí la responsabilidad de la Administración, en la responsabilidad de la relación medico-paciente, primero y de la responsabilidad sanitaria después?. Pues ni más ni menos que el giro al que hemos asistido durante los últimos quince años, en la concepción socializada y socializante del reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud, plasmado posteriormente en la Ley de Sanidad y en la Ley de creación del Servicio Andaluz de Salud, en Andalucía.

Al haber permitido la democracia la participación real y efectiva de los ciudadanos, como



derecho constitucional, en el reconocimiento de sus derechos, uno de ellos, el más importante desde un punto de vista personal y social, ha sido que la Administración sanitaria funcione bien y que, por tanto, sus profesionales también. Es decir, se exige una gerencia de la Administración, por tanto, una gerencia también de sus riesgos, en sentido positivo, en su buen funcionamiento. Pero ante la impotencia que han sentido los ciudadanos ante la palabra dura **Administración**, se ha preferido tradicionalmente volcar todas las críticas ante los funcionarios, las personas y profesionales de la salud, ya sean profesionales directos de la atención de salud o directivos. Aquí aparece, entonces, el nuevo escenario en el que tenemos que debatir el tema que nos ocupa: los ciudadanos, gracias al reconocimiento legal que les brinda la Ley 30/1992, de RJAP y PAC, saben que antes o independientemente de la responsabilidad de los profesionales que intervienen en los actos médicos o de gestión sanitaria, la Administración (por tanto, también sus gestores) debe responder de las lesiones que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos y específicamente, por los daños causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria (DA 1ª R.D. 429/1993, de 26 de Marzo). Lamentablemente, se construye así un edificio inteligente de responsabilidad desde una actividad consecuente y no antecedente, sin tenerse en cuenta que se está institucionalizando el posible mal funcionamiento de la Administración por definición, es decir, se profesionaliza el desorden, frente a la actitud lógica y necesaria de gestionar el riesgo de cualquier actividad pública.

Estamos asistiendo a un cambio cultural trascendental en las relaciones de la Administración con los ciudadanos. El nuevo marco jurídico de estas relaciones se encuentra plasmado en la interesante Ley 30/1992, anteriormente citada, al consagrarse los derechos de los ciudadanos basados en el principio constitucional del sometimiento de las Administraciones Públicas al principio de legalidad respecto al sistema de responsabilidad. Asimismo, la toma de conciencia de los ciudadanos y de los profesionales de las organizaciones, de la responsabilidad en sus relaciones, ha propiciado un cambio cultural evidente en cuanto al reconocimiento mutuo de derechos y deberes. En definitiva, el ciudadano espera y demanda a la Administración que funcione bien. La posibilidad real de que el **riesgo de azar o de necesidad** desvíe este propósito, es lo que se tiene que enfocar desde la metodología de la gerencia de riesgos.

Los datos estadísticos del Servicio Andaluz de Salud, correspondientes al análisis de siniestralidad en responsabilidad durante el año 1996, apuntan a esta una nueva realidad escénica que esbozábamos anteriormente: la responsabilidad exigida en términos de indemnización por un determinado daño causado a un beneficiario del sistema sanitario público, se comienza a ver situada de forma determinante en el ámbito de la responsabilidad patrimonial de la Administración y no tanto en términos de responsabilidad personal e intransferible de los profesionales. Queda rotundamente clara la importancia de rediseñar la función directiva en la gestión sanitaria pública, debido, fundamentalmente a este **deslizamiento histórico** y al mayor grado de sensibilidad en los ciudadanos para exigir el control y la evaluación de los riesgos derivados del derecho



constitucional anteriormente expuesto. Es obvio hablar entonces de la necesidad de la gerencia de riesgos en la Administración Pública Sanitaria, pero más allá incluso del terreno de la responsabilidad civil. Hablo también del riesgo en general, en una nueva clave cultural de que la Administración es una organización más ante el azar y, por tanto, ante el riesgo, no escapando de él, en ninguno de sus posibles frentes.

### **EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD: ¿AZAR O NECESIDAD DE RIESGO SOCIAL?**

Es obligado, por otra parte que les ofrezca las señas de identidad del marco de referencia de esta intervención. El Servicio Andaluz de Salud, Organismo Autónomo de carácter administrativo, adscrito a la Consejería de Salud, de la Junta de Andalucía, gestiona y administra los servicios públicos de atención sanitaria, cuya titularidad corresponde a dicha Consejería. Desarrolla sus funciones bajo la dirección, supervisión y control de la Consejería de Salud y, en particular, son las siguientes, como marco del riesgo institucional latente y manifiesto:

- Gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Administración y gestión de las Instituciones, Centros y Servicios Sanitarios que operan bajo su dependencia orgánica y funcional.
- Gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

Quizá sea en el ámbito de la gestión, junto al de la financiación de la misma, donde se han realizado (véase el Informe Abril) los análisis de riesgo más atrevidos en cuanto a la concepción de la gestión de los servicios públicos de salud, referidos básicamente al Insalud, pero que se pueden extrapolar perfectamente a nuestro Organismo Autónomo: el Insalud, **actúa de acuerdo con principios ajustados al Derecho Público, absolutamente incapaces de impulsar [sic], en términos jurídicos correctos, el dinamismo y agilidad necesarios para la gestión de la asistencia sanitaria. El Derecho Público podría servir eventualmente para las funciones de financiación y compra, pero de ninguna manera puede adecuarse a la gestión.** Aquí, el profesor MUÑOZ MACHADO (1995) hace una observación muy interesante: **La Comisión (se refiere al Informe Abril) entiende que el Servicio Nacional de Salud debe adoptar las formas jurídicas más adecuadas para promover la responsabilidad y la eficacia de la gestión, partiendo de la base de que el servicio público no está determinado por la forma jurídica en que se organiza, sino básicamente por la naturaleza de la función.**



Aunque sea con la brevedad que exige este encuentro, deseo señalar que la figura jurídica que actualmente tiene el Servicio Andaluz de Salud, Organismo Autónomo de carácter administrativo, es muy controvertida en la actualidad, aunque es justo reconocer que la figura nació con un claro signo **independentista, económico y social**, tal y como lo señala el profesor BAENA DEL ALCAZAR (1993):

*En todo caso debe quedar claro que los Organismos Autónomos y las empresas públicas constituyen una proporción altísima del volumen orgánico de todo el Estado... Quiere decirse con ello que la Administración española, como todas las actuales, ejerce un importante protagonismo económico y social y lo lleva a cabo a través de esta fórmula orgánica, ya que no son adecuadas para ello las estructuras convencionales de la Administración central. Por tanto, mientras esta zona sea desconocida o se contemple solo desde perspectivas formales, faltan elementos de juicio de la máxima importancia sobre la realidad administrativa española.*

*Se hace esta advertencia porque no es raro que las críticas o reflexiones se centren en la organización convencional, olvidando que es en este sector tantas veces ignorado donde se gestionan las actividades del Estado que suponen una respuesta a algunas de las más importantes demandas sociales (empleo, seguridad social, sanidad).*

Llegados a esta situación, es justo reconocer que se ha avanzado mucho en la modernización de la gestión sanitaria en Andalucía, quedando grandes interrogantes en las dos grandes áreas de responsabilidad: financiación y gestión/provisión, en la búsqueda de alternativas eficientes y eficaces a la situación actual que, de acuerdo con el reciente Decreto 317/1996, de 2 de Julio, hace tan sólo ocho meses, lleva a incidir de nuevo en el refuerzo de la separación de responsabilidades, dejando la puerta abierta en el marco de la gestión, aunque se tenga que bordear permanentemente la Ley de creación del Servicio Andaluz de Salud. Aquí es obligado volver a retomar las claves constitucionales de cómo debe funcionar la Administración Pública como organización administrativa y qué papel juega cada Gobierno en el diseño de la actuación de la misma. Es sorprendente analizar que la Constitución, como ya lo exponíamos al principio de esta intervención, centra la actuación de la Administración en un único artículo, el 103, y dice taxativamente: **La Administración sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la ley y al Derecho.** Recientemente, en el año 1992, se promulgó una excelente Ley, la 30/1992, llamada de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que la considero impecable por dos razones fundamentales. Deja muy claro, en primer lugar, que no existe organización administrativa sin ordenación previa clara y precisa, pero, en segundo lugar, la Administración es sólo un instrumento en manos de un Gobierno, no un fin en sí misma, donde el ciudadano es el rey y, en principio, lleva la razón. Podríamos hablar de **señor ciudadano**, en clave de López de Arriortúa.



Servicio Andaluz de Salud

En su extraordinaria exposición de motivos, que les recomiendo en atenta y meditada lectura, dice que el sometimiento de la Administración a la ley y al derecho **es acorde con la expresión democrática de la voluntad popular**, es más, **la Constitución consagra el carácter instrumental de la Administración, puesta al servicio de los intereses de los ciudadanos y la responsabilidad política del Gobierno correspondiente, en cuanto es responsable de dirigirla**. Y de cara a la gestión queda rotundamente claro para el legislador, ¡ojalá lo fuera para el gestor público del riesgo!, que **las técnicas burocráticas formalistas, supuestamente garantistas, han caducado, por más que a algunos les parezcan inamovibles, y la Ley se abre decididamente a la tecnificación y modernización de la actuación administrativa...**

He considerado interesante para ustedes, dentro de la complejidad de esta exposición, abordar también otras realidades de la organización administrativa de la sanidad en Andalucía. Me refiero concretamente a la existencia de un órgano colegiado de participación comunitaria denominado **Consejo Andaluz de Salud**, que permite a sus miembros formular la política sanitaria y el control de su ejecución, asesorando en esta materia, a la Consejería de Salud, en el ejercicio de las funciones de fomento de la participación y vertebración comunitaria, que la Ley del Servicio Andaluz de Salud, en su artículo 3º 2.k.) le tiene encomendada.

Dentro de la organización administrativa del Sistema Sanitario en Andalucía, es necesario hacer mención también a la creación de la **Escuela Andaluza de Salud Pública**, en el año 1985, mediante Acuerdo de Consejo de Gobierno, con sede en Granada, bajo la figura jurídica de Sociedad Anónima, con el objetivo social de establecer las estructuras básicas precisas para la formación y especialización de profesionales de Salud Pública y Administración Sanitaria y, más en concreto, en relación con el Servicio Andaluz de Salud, para promover la investigación y el intercambio científico-técnico.

Como cauce alternativo a las cuestiones que planteábamos anteriormente, bajo la sombra del Informe Abril, se constituyó por Decreto 104/1993, de 3 de Agosto, la Empresa Pública **Hospital de la Costa del Sol**. Esta entidad de derecho público goza de personalidad jurídica propia, plena capacidad jurídica y de obrar para el cumplimiento de sus fines y patrimonio propio. Se rige por sus normas especiales y por la legislación general que le es aplicable. La Disposición Adicional Decimoctava de la Ley 4/1992, de 30 de Diciembre, de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía de 1993, por la que se creaba la citada Empresa Pública, recogía expresamente que **sin perjuicio del sometimiento de su actuación a estrictos criterios de interés público y rentabilidad social, así como a los criterios de publicidad y concurrencia, la entidad se registrará por el Derecho privado en lo relativo a contratación y relaciones patrimoniales. En todo caso, el personal de la entidad se registrará por el Derecho laboral.**



Asimismo, mediante la Ley 2/1994, de 24 de Marzo, se creó la Empresa Pública para la **gestión de los servicios de emergencias sanitarias**, constituyéndose la misma mediante el Decreto 88/1994, de 19 de Abril, en el que también se aprobaron sus propios Estatutos. Recientemente y de acuerdo con la Disposición Adicional Segunda de la Ley 8/1996, de 26 de diciembre, de Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1997, se ha creado la Empresa Pública del Hospital de Poniente de Almería, como una nueva experiencia de gestión sanitaria, a la luz de los criterios que estamos desarrollando en esta Conferencia.

Tanto la Escuela Andaluza de Salud Pública, como las Empresa Públicas descritas, Hospital Costa del Sol, Hospital de Poniente de Almería y Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, figuran adscritas a la Consejería de Salud, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 4. del Decreto 317/1996, de 2 de Julio. Asimismo, y como novedad organizativa recogida en este Decreto, depende de la Consejería de Salud también la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, como Servicio Administrativo sin personalidad jurídica. Esta Agencia se crea mediante Decreto 318/1996, de 2 de Julio, cuyo fin primordial es la realización de estudios y evaluaciones de los instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, así como de los sistemas organizativos en los que se desarrolla la atención sanitaria, de acuerdo con criterios de seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia, y sobre la base de su valoración ética, clínica, económica y social.

Respecto de la ordenación sanitaria del Servicio Andaluz de Salud que, sin lugar a dudas, genera una tipología específica de organización administrativa, es interesante destacar que con anterioridad a la creación del Servicio Andaluz de Salud ya se había publicado el Decreto de ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía (1985), todavía vigente y, con posterioridad a la Ley, el Decreto de ordenación de asistencia sanitaria especializada (1986), la Orden de regulación de la Red Transfusional de Andalucía (1986), el Decreto de ordenación de servicios de salud mental (1988), aún cuando ya se había iniciado la reforma psiquiátrica en el año 1984, mediante la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental, cuyo fin fue de coordinar, dinamizar y profundizar en la reforma del dispositivo de Atención a la Salud Mental en Andalucía, en la línea de adecuación a los principios de la psiquiatría comunitaria, y la Orden reguladora de trasplantes en la Comunidad Autónoma de Andalucía (1991).

Es obvio considerar que no existe la organización administrativa y sanitaria perfecta, ni exactamente extrapolable. Existen realidades sociales e ideologías que son propicias sólo en ámbitos y ambientes democráticos, como algo incuestionable, y que nos obligan, en sí mismas, a aplicar el llamado **principio de realidad**. En la legislatura iniciada en el año 1996, en Andalucía, el Consejero de Salud, en su intervención ante el Parlamento, el día 15 de Mayo de 1996, explicó de forma pormenorizada los objetivos de la política sanitaria a llevar a cabo por un Gobierno concreto:

#### **1. La consolidación de un sistema público de salud plenamente comprometido con**



**los principios de aseguramiento único y público, cobertura universal y gratuidad en el acceso a las prestaciones para todos los andaluces.**

**2. La modernización del sistema sanitario público, adaptándolos a los nuevos desafíos, generando innovación, uso y aprovechamiento de las nuevas tecnologías y potenciando las políticas de I + D en el sector.**

**3. La legitimación social del sistema sobre la base de su democratización, incrementando su transparencia, el enfoque de atención personalizada y la participación social y profesional.**

**4. La búsqueda de la eficiencia organizativa y económica del sector público, incorporando criterios de flexibilidad al conjunto de la organización y desarrollando todas las potencialidades de gestión que ofrece un sector público moderno y orientado al servicio de los ciudadanos.**

**5. Y dotar de un nuevo impulso a las políticas de salud pública basadas en la promoción de la salud y en la prevención.**

Es obvio que respetando hasta la saciedad el Artículo 103 de la Constitución, el único referido a la forma de entender la voluntad popular la forma de organizarse la Administración Pública y que estoy citando a lo largo de mi intervención, como punto de encuentro, las organizaciones administrativas están al servicio de la política que fije el Gobierno respectivo. Y es aquí donde tenemos que situar el primer riesgo a analizar. Si la Constitución española fue el punto de inflexión para que ocho años después se pudiera promulgar la Ley de bases de la Sanidad Española y la de creación del Servicio Andaluz de Salud, es justo reconocer que en 1997 estemos obligatoriamente obligados a respetarlas, cumplirlas y hacerlas cumplir desde la autoridad administrativa y sanitaria correspondiente. Mucho mejor si se hace desde la disciplina del respeto a valores tan básicos como el primer objetivo de esta legislatura en Andalucía: la consolidación de un sistema público de salud plenamente comprometido con los principios de aseguramiento único y público, cobertura universal y gratuidad en el acceso a las prestaciones para todos los andaluces, todo ello con la finalidad de **mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de los andaluces**. Este es nuestro marco de riesgo.

## **CALIDAD Y MARKETING EN LA GERENCIA DE RIESGOS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA**

Venimos insistiendo, en nuestro trabajo diario en la Administración Pública andaluza, en la importancia que tiene la definición de la **calidad total** como determinante de una forma de actuar la Administración eficaz y eficiente. La calidad pasa a ser así una variable estratégica en la



Gerencia de Riesgos, dado que el factor de **competitividad** aflora como determinante de una identidad de la propia organización y de las personas que trabajan en ella, debiendo ser tenido en cuenta sin las fobias que señalamos habitualmente como **complejo de inferioridad** ante la empresa privada. Calidad de cara a nuestros clientes internos y externos, es decir, todas aquellas personas que demandan nuestros servicios, cualquiera que sea su índole, en clave de **productos**.

Dada la trascendencia de la estrategia de calidad en la Administración Pública, me interesa destacar sobremanera el papel que juegan los valores humanos en la prestación de los servicios administrativos y sanitarios a los ciudadanos, por otra parte **producto intangible**, a veces **inasible**, así como la importancia, en términos de satisfacción del usuario, que tiene la percepción interna y externa de la calidad, es decir, del riesgo de la no-calidad.

Acudo, curiosamente, a unas fuentes de referencia de empresas profesionalizadas en el campo de la comunicación y su expresión más sofisticada, donde el factor de calidad apunta por estos derroteros en la búsqueda de la calidad total: "Me refiero a cuestiones tan importantes como la formación esencial y el valor de su actuación permanente; la planificación de las carreras y el activo material que representan los recursos humanos; la creación de una actitud nueva, como valor patrimonial vinculado a la cultura de la organización; la coherencia de propósitos y procedimientos; la velocidad de adaptación en el cambio cultural que todo ello significa y la implicación de nuestras plantillas, muy especialmente de nuestros mandos intermedios en el proceso" (VELAZQUEZ-GAZTELU, 1992). Debería preocupar, por tanto, la situación de no-calidad ó mala calidad de nuestros productos y servicios, mucho más cuando son públicos, por la injusticia social respecto del valor intrínseco de los mismos, así como del coste que suponen. Y esta es la cara menos amable del riesgo. La metodología a observar en la implantación de la mejora de la calidad en la Administración y en el ámbito de la comunicación, mas en concreto, exige contemplar las siguientes actividades:

- investigación de mercado
- diseño y rediseño
- producción
- evaluación

Este ciclo de actividades viene definido normalmente por el plan estratégico de la organización, al determinarse los estándares de calidad a través de Programas. En definitiva, es la proyección del denominado **círculo Deming**, es decir, Planificación, Ejecución, Verificación y Acción. La estructura tiene que ser racionalizada a tenor de los programas que comportan un control de calidad, sobre la base de que no toda organización es capaz de soportar estas actividades, en clave de calidad y porque una vez identificadas las necesidades de los clientes internos/externos, las unidades de trabajo juegan un triple rol: de usuarios, procesadores y

suministradores de **productos**.

La estrategia básica para implantar un programa de calidad en gerencia de riesgos, en la Administración Pública, pasa necesariamente por los siguientes procesos. En primer lugar, es necesario **justificar adecuadamente la necesidad de la mejora de la calidad en la prestación de los servicios**, mediante la recogida de información acerca de la magnitud de los problemas identificados en clave de no-calidad o de necesidad de prestación de la misma, análisis de los beneficios que se obtendrían por la implantación del proyecto de mejora y el análisis riguroso de coste de los trabajos superfluos, mucho más en la Administración, al hablar de dinero, espacio y tiempos públicos.

En segundo lugar, es necesario **identificar las necesidades y expectativas por parte de los clientes** internos y externos, admitiéndose como elemento incuestionable el del reconocimiento del axioma: mi compañero, el primer cliente satisfecho.

En tercer lugar, es imprescindible acometer el **análisis de los procesos** que en la actualidad se observan en nuestras organizaciones, al nivel de organigramas funcionales, procedimientos y circuitos, siendo útil la confección de **diagramas de flujo**, en los que se debe prestar especial atención a lo que denominamos **comunicación útil**.

En cuarto lugar, hay que **estudiar los defectos, síntomas y problemas del proceso actual**, en la secuencia exacta en la que lo establecemos, es decir, como correlación **defecto, síntoma, problema**, debiéndose cuidar el establecimiento de la diferencia entre causa y síntoma, que no son lo mismo.

La última fase contempla la **implantación de los cambios a introducir**, explicando a los funcionarios los motivos y objetivos del plan de calidad junto a sus programas, planificando la estrategia a seguir, formando a las personas que van a intervenir en el mismo e incentivando la participación real y efectiva de los llamados **primeros clientes**. Es obvio señalar en este momento la importancia trascendental de la implantación simultánea de programas de evaluación y control de la estrategia de calidad.

Cuando queremos analizar los costes de calidad en nuestra organización administrativa, es imprescindible centrarse en la relación directamente proporcional que se produce entre aumento de calidad y aumento de productividad, donde se genera una reducción de costes y de precio, aumentando la cuota de penetración en el mercado, facilitándose la justificación de la permanencia de determinados puestos de trabajo o la generación de nuevos, así como aumentando el beneficio social y la supervivencia real y efectiva de las unidades administrativas, bajo todos los puntos de vista imaginables. En definitiva, estamos hablando de la llamada **reacción en cadena** de Deming.



Y unido al proceso de calidad hay que abordar el de marketing aplicado a la Administración Pública. Dependiendo de las diferentes escuelas científicas que estudian y desarrollan el marketing, nos podemos encontrar con diferentes conceptualizaciones de marketing a tenor de la aceptación o no de las limitaciones que supone trabajar, en el sector de servicios sociales y en el público, con las trasposiciones conceptuales y conductuales. Autores excelentes como KOTLER y ZALTMAN, han profundizado en las acepciones modernas de marketing social, pero todavía desde un punto de vista bastante restrictivo en cuanto al **mercado** de ideas o causas sociales.

Podemos definir el marketing social como el proceso mediante el cual se establece un intercambio de ideas, conductas y servicios, mediante instrumentos de análisis, control, motivación y comunicación, con un costo determinado, de cara al cambio social y consiguiendo la satisfacción del cliente.

Independientemente de las múltiples definiciones que podemos localizar en una revisión bibliográfica y documental en torno al concepto de marketing social, existen dos términos que nos llaman poderosamente la atención en el sector público: **intercambio y competencia**. Tenemos que partir de una nueva concepción de Administración Pública, en cuanto que sólo se puede admitir una relación Administración-ciudadano/cliente, desde una perspectiva moderna de organización receptiva, atenta y comunicante, en dinámica de calidad total, para que podamos incorporar la terminología de marketing en las acepciones de intercambio y competencia. Una Administración que acepta estas dos realidades sociales, está en disposición de atender a su mercado meta, de manera eficiente y efectiva. En cuanto al intercambio, porque está dispuesta a cambiar ideas e informaciones, productos, en definitiva, con los ciudadanos. Respecto a la competencia, porque trabaja en términos de calidad, por qué no, para captar y fidelizar ciudadanos y clientes, en razón de una supervivencia que devuelva motivación e interés al funcionario.

Los servicios públicos tienen que entrar necesariamente en una dinámica de competencia con las organizaciones públicas y privadas, es decir, tienen que saber convivir con el riesgo y, por tanto, gerenciarlo. La estandarización y uniformidad tienen que desaparecer del sector público, en un nuevo marco de creatividad organizacional. Tiene que profesionalizarse la función pública, nunca mejor dicho, básicamente en la prestación de servicios directos a los ciudadanos. Y este es el reto de los nuevos directivos de la Junta de Andalucía, en la nueva cultura administrativa y de servicio que tiene que presidir cualquier acto público.

Las ventajas del marketing social se establecen en los siguientes parámetros:

- Mejor atención e información sobre las necesidades e intereses de los ciudadanos.
- Creación de una Administración receptiva y, por tanto, de unos servicios accesibles,



desde la equidad y universalidad de la atención pública.

- Atención a los instrumentos propios del marketing, en toda su extensión, incluidos los cuatro términos tipo: concepto, precio, comunicación y distribución.
- Oferta más eficiente de las prestaciones.
- Identidad corporativa.

En el análisis de la estrategia de marketing que se debe implantar en la Administración es muy adecuado el enfoque que preconiza QUINTANILLA (1991) cuando aborda la gestión del marketing mediante el análisis de las variables que intervienen en todo plan de marketing como desarrollo estratégico que se imbrica con el crecimiento de la organización. Más adelante estudia la caracterización de dichas variables que son designadas como instrumentales, estratégicas y operativas. Las dificultades que ya enunciábamos al principio de estas líneas, al abordar el fenómeno de la trasposición del lenguaje de marketing científico a la Administración, se hace evidente cuando pormenorizamos la metodología que le es propia y volcamos la terminología en las actividades de los servicios que presta la Administración. Términos como **precio, mercado, distribución** ó la tan traída y llevada **comunicación**, deben ser siempre analizados en terrenos fronterizos para la Administración, aún cuando defiendo permanentemente la tesis de que la Administración puede admitir, sin ningún tipo de fisuras, todos y cada uno de los términos que son específicos del metalenguaje del marketing. Ya he abordado en trabajos anteriores la necesidad de incorporar el término "cliente" a nuestra relación con los funcionarios y ciudadanos/interesados. Es a partir de esta nueva concepción de la interrelación con los compañeros de trabajo y su eficacia/eficiencia relacionada con los rendimientos, cuando se descubre la bondad de la nueva cultura administrativa a adoptar, en una filosofía de cambio organizacional.

Se hace, asimismo, necesario, acometer la salvaguarda de los principios constitucionales que enriquecen la relación democrática del Estado con los ciudadanos. Es decir, los principios inviolables de equidad y universalidad en el acceso a la prestación de servicios de la Administración, que es lo que ennoblece la democracia, no son "per se" incompatibles con las nuevas metodologías organizacionales como puede ser la del marketing estratégico en los Centros de prestación de servicios. Si esta nueva acción del Estado fuera explicada -comunicada- suficientemente y con todas las garantías del Estado de derecho, a los ciudadanos, se aceptaría de buen grado que se mostrara una nueva sensibilidad hacia lo que el ciudadano espera de los servicios que debe prestar el Estado, en términos de calidad. No se rompería así el "monopolio de la mente" respecto de la acción del Estado, porque la "marca" Estado, en nuestro caso "Junta de Andalucía", sellaría todo tipo de servicio bien ejecutado.



Todo ello apunta a un nuevo estilo de acción administrativa, que tiene que dejar de lado la dimensión de cerrazón y esquema férreo en la relación con los ciudadanos/clientes. Es como si se estableciera una nueva misión de las acciones públicas donde el ciudadano pasaría a ser "el rey", teniendo siempre "la razón", en un nuevo marco de competitividad (que siempre es sana) y rentabilidad del gasto público, que bastante tiene que ver con el "precio" de los servicios públicos.

Habría que resolver, a partir de estos planteamientos, todos las posibles desviaciones hacia actitudes no protectoras de los derechos inalienables de los ciudadanos en su relación con la Administración, pero sin que suponga esta prevención una paralización de la nueva **revolución de la gestión**, en frase de DRUKER. Es decir, habrá que sensibilizar a los clientes internos, en primer lugar, sobre la bondad del nuevo sistema organizacional estratégico, para que se descubra la urgente acción social y cultural en el terreno del marketing público. Y habrá que hacerlo porque si no se escapará la oportunidad de descubrir qué significan determinados riesgos de la actividad pública, como puede ser el de la **competencia** en su dialéctica, permanente, con la seguridad del empleo y trabajo público, independientemente de su efectividad o no: "Si en un marco de competencia no ve claramente el personal la relación que media entre un trabajo con éxito y los posibles estímulos y en su caso recompensas (en cuyo caso han de reconsiderar la posible rentabilidad de una participación en la competencia), entonces nos encontramos, como consecuencia, que ellos mismos tampoco estarán suficientemente motivados para promover una aplicación eficaz de las técnicas de **marketing** ni para entrar en su juego" (RÖBER, 1989).

En este terreno nos situamos en el **metamarketing**, al insertarlo en la Administración. Los puntos de mira no son sólo políticos ó económicos, que también deben serlo, dicho sea de paso. Vamos más allá. Por ello hablamos de **meta-marketing**, es decir, más allá del marketing. Uno de los grandes retos de éstos nuevos planteamientos radica en la necesidad de la **participación** de los ciudadanos en las acciones públicas, en la toma de decisiones. Uno de los grandes retos del marketing científico es estar muy atentos a las expectativas de los clientes. Esta debe ser la nueva actitud de la Administración. Este es su más allá en este terreno.

Para finalizar este apartado, voy a apuntar una nueva estrategia para la implantación del marketing aplicado a la gestión, por ejemplo, de Centros de prestación de servicios, en las claves apuntadas a través de estas páginas. Se trata de la metodología establecida por QUINTANILLA (1991), en relación con el marketing interno en las organizaciones. Son seis pasos a seguir, que de forma resumida son los siguientes:

- 1) El Marketing Aplicado a Centros de Servicios (MACS), abre una nueva **perspectiva investigadora** a la Administración.
- 2) El Marketing así enfocado se establece en una **perspectiva de Marketing operativo**,



es decir, se pueden "vender" por parte de la Administración, los Servicios que presta (publicidad, presión de ventas y promociones).

- 3) **Perspectiva del Marketing estratégico:** esta metodología es una filosofía organizativa y un instrumento de análisis. Permite prestar atención a las opiniones, deseos y necesidades de los trabajadores.

- 4) **Perspectiva del Marketing-Mix:** nos permitirá estudiar y valorar el diseño del producto, distribución, relación coste-beneficio y comunicación del producto interno.

- 5) **Perspectiva de la participación organizacional:** se dota a la metodología de una técnica para la participación en las organizaciones.

- 6) **Perspectiva realista:** hay que saber llevarla a cabo en su ámbito de aplicación, observando el llamado "principio de realidad".

## **CLAVES DEL CAMBIO DEL CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA Y SANITARIA**

¿Qué significa este giro copernicano, expuesto en las palabras anteriores, ante los servicios que presta la Administración, ante la responsabilidad de la gestión pública y, en nuestro caso concreto, sanitaria?. Creemos que lo siguiente, centrándonos en la actividad pública sanitaria:

- Cambio cultural de los usuarios de la Administración Pública, de los Sistemas Sanitarios, al ser más conscientes, por tanto, más responsables, de las relaciones profesionales que se establecen entre el médico y el ciudadano en su rol de paciente.

- Cambio cultural de la relación ciudadano-Administración, al haberse consolidado la responsabilidad patrimonial, articulada por la Ley 30/1992, de RJAP y PAC.

- Cambio cultural en la relación de los funcionarios con los ciudadanos, emergiendo una nueva actitud vergonzante, **defensiva**, ante los riesgos de la acción pública, lanzándose contra los mismos -lo que se llama en lenguaje coloquial- la división Acorazada Guzmán el Bueno, exigiéndose, por ejemplo, en la capacidad de contratar de las empresas todos los medios de acreditación posibles, los siete incluso, sin dejar resquicio alguno, en una actitud burocrática, formalista y, como dice irónicamente la Ley 30/1992, supuestamente garantista.

Ni que decir tiene, la mezcla explosiva, en el ámbito de organización sanitaria, cuando coinciden en la actividad sanitaria diaria ambas **acciones defensivas**, la de los profesionales



sanitarios, médicos fundamentalmente, y la de los administradores y gestores. Habrá que propiciar un cambio cultural de los profesionales administrativos y gestores de la Sanidad Pública, al comenzar a tocar fondo la administración defensiva, en aras de una **gestión de calidad**, mediante protocolos de actuación y guías prácticas, **protegida y asegurada por la Administración sanitaria**, en el sentido más estricto de los términos. En palabras del Profesor Muñoz Machado, Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad Complutense en Madrid, la medicina defensiva **protege el patrimonio y el crédito público del médico, aún en perjuicio de la salud del paciente, al que a veces no se aplican remedios que puedan producir cualesquiera consecuencias indeseables. Y en perjuicio también del progreso de los servicios sanitarios y de su coste. No se desarrollan con el rigor debido y, además, tantas precauciones reclaman gastos que serían evitables.** En nuestras palabras, la administración defensiva protege el patrimonio y el crédito público de unos determinados gestores y administradores públicos, aún en perjuicio de la salud del sistema (también, en última instancia, del paciente), al que a veces no se aplican los remedios necesarios por el temor político/técnico a la reacción ciudadana. Y en perjuicio también del progreso de la sanidad pública en nuestro país respecto de los servicios sanitarios y de su coste. No se desarrollan con el rigor debido y, además, tantas precauciones reclaman gastos (desgastes...) que serían evitables. Sin comentarios.

- Cambio cultural en los gestores sanitarios, al adquirir especial importancia la percepción social del riesgo sanitario, profesionalizando esta especialización directiva. La nueva orientación gestora de la consideración de los servicios de salud, como provisión de servicios, desvinculados de la planificación que corresponde a la autoridad sanitaria, consolidándose un nuevo sistema de gestión, en base a la información e informatización de los datos de gestión, evaluación y toma de decisiones y la creación de los sistemas integrados de información e informatización de la Atención Primaria y la Asistencia Especializada, constituyen el denominador común de la nueva responsabilidad de los gestores para garantizar, en términos de calidad, la satisfacción de los ciudadanos/usuarios y de los ciudadanos/clientes.

- Honda preocupación en las Compañías Aseguradoras, Corredurías y Reaseguradores nacionales e internacionales, al estar muy removido el mercado de la responsabilidad sanitaria, desde su óptica tradicional y conservadora, en el sentido más correcto de los términos. Las Compañías comienzan a perder/ganar dinero, trabajan en la incertidumbre de las decisiones judiciales y no saben a qué atenerse en la nueva concepción expuesta anteriormente acerca de la responsabilidad patrimonial, ya que no pueden controlar todos y cada unos de los procedimientos de los siniestros, al ser cada vez más responsabilidad directa de la Administración y haber intereses cruzados ante los ciudadanos-usuarios-clientes.



## GERENCIA INTEGRAL DE RIESGOS

¿Qué hacer ante esta nueva situación?. Este Congreso puede ser una plataforma ideal para que podamos debatir, en términos clásicos de **cuestiones en discusión**, las nuevas líneas que dejaré entrever en esta intervención. La Administración sanitaria andaluza está trabajando en una nueva concepción de abordaje de la responsabilidad administrativa y sanitaria, por parte de sus gestores, como demanda hecha realidad por la percepción social de la responsabilidad pública, a través de la **gerencia de riesgos (risk management)**, que lo hago extensivo a todos los ámbitos de dirección y gestión del Organismo. El Servicio Andaluz de Salud, con ocasión de los programas de seguros de responsabilidad civil de sus trabajadores más directamente vinculados con el riesgo en las relaciones profesionales, viene abordando en el marco de un concepto más integral de atención al riesgo, la gerencia de estas actuaciones, trascendiendo lo que se inició - mediante la contratación de pólizas- como una respuesta a una presión profesional enmarcada en determinadas sentencias judiciales en torno a negligencias profesionales, en un clima de casi alarma social/profesional, pero evidentemente vinculadas a riesgos presumiblemente identificables desde una óptica de calidad y buena práctica profesional y organizacional. Los **objetivos generales** de la responsabilidad en la gestión sanitaria pública, desde la metodología de la gerencia de riesgos, a través de un nuevo paradigma científico, son los siguientes:

- **IDENTIFICAR** las situaciones de riesgo (riesgos implícitos y explícitos) de la organización pública sanitaria en Andalucía, el riesgo holístico, mediante declaraciones explícitas y transparentes de su actividad integral e integrada, trascendiendo funciones y divisiones, con objeto de detectar los riesgos puros y los riesgos speculative business. El Servicio Andaluz de Salud, es una organización sanitaria muy compleja, con setenta y cinco mil trabajadores, seiscientos cincuenta mil millones de pesetas de presupuesto anual correspondiente al ejercicio de 1997 (647.660.535 MP), con treinta y un Hospitales, cincuenta y tres Distritos de Atención Primaria de Salud, cinco Centros Regionales de Transfusión Sanguínea, tres Áreas Sanitarias, en fase de desarrollo dos de ellas, unos Servicios Centrales en constante cambio de función histórica y con un total de mil quinientos ocho Centros censados desde un punto de vista patrimonial.

Por todo ello, no nos debe ser ajeno el Programa de Gerencia de Riesgo, en sus tres vertientes:

\* Riesgos patronales y responsabilidad general ó de explotación de la Administración. Los Directores-Gerentes de los Hospitales del sistema, los Jefes de Servicio, el Jefe de Mantenimiento del hospital correspondiente, tienen que tomar conciencia, por ejemplo, de que en el análisis de la siniestralidad del año 1996, en el Servicio Andaluz de Salud, se han producido 13 reclamaciones incluidas en el Programa de Gerencia de Riesgos en esta Sección (de un total de 41), por accidentes en situación de espera ó circulación en Centros sanitarios, lo que indica, por ejemplo, que se ha creado una bolsa de siniestralidad



que debe ser atendida, lógicamente, por las respectivas Direcciones de Servicios Generales ó Administradores de los Centros afectados y que dichas reclamaciones no son ajenas a la función de gestión integral de riesgos de los directivos del Servicio Andaluz de Salud, en cualquier puesto de estructura que ocupen.

\* **Riesgos profesionales en la actuación sanitaria:** responsabilidad de los profesionales sanitarios. En las transparencias que siguen se muestran los datos fundamentales de siniestralidad en las reclamaciones presentadas en el año 1996 (110), en el Organismo. Huelga decir la implicación profesional y de la microorganización del Servicio, en la detección y localización de los siniestros.

\* **Riesgos profesionales en la actuación administrativa y Responsabilidad de los gestores,** en general, en instituciones sanitarias, que los principales afectados por las reclamaciones, entre el personal sanitario, 17 en el año 1997, tienen que conocer y no ignorar, por su **nueva vertiente de responsabilidad**, en el ámbito directivo.

- **ANALIZAR E IDENTIFICAR** las principales consecuencias de los riesgos explícitos: incidencias, quejas y reclamaciones y siniestros.

\* **Libro oficial de sugerencias y reclamaciones de la Junta de Andalucía.** Frente a un promedio de dieciséis mil reclamaciones/sugerencias al año, en los hospitales de la Comunidad Autónoma, identificadas oficialmente por el Libro regulado por el Decreto 262/1988, de 2 de Agosto, de la Junta de Andalucía, se está trabajando en identificar aquellas incidencias/reclamaciones que pueden derivar en un siniestro susceptible de cobertura por las Pólizas actualmente contratadas por el Servicio Andaluz de Salud. Las estimaciones más optimistas señalan que el 20% de las citadas Reclamaciones, suelen referirse a actuaciones de profesionales médicos, aunque no pasen de la categoría de mera incidencia. Aquí, la acción de respuesta y atención profesionalizada de las mismas, es el gran reto para la organización hospitalaria, dado que una intervención extemporánea o no medida desde la óptica de la gerencia de riesgos, puede derivar fácilmente en un siniestro. Las respuestas regladas, por Decreto, a las citadas reclamaciones se llevan a cabo, normalmente, por la Dirección-Gerencia de los Centros ó, en algún caso, por la Dirección Médica o por las unidades denominadas Gestorías de Usuarios. Por la propia filosofía del Decreto, los Servicios donde se han producido los hechos que motivan las reclamaciones, son los grandes implicados en la gestión/gerencia de riesgos, aunque la respuesta final sea de representación corporativa, vicaria, a través de la Dirección-Gerencia del Hospital, por ejemplo.

\* **Partes de incidencia/reclamación del Programa de Gerencia de Riesgos.** El Programa actual de Seguros del Organismo, ha establecido la obligatoriedad de



cumplimentar un parte de incidencia/reclamación, incluido en un protocolo de actuación en caso de incidencia en responsabilidad, donde es requisito imprescindible que, con independencia de la fuente de identificación de la incidencia/reclamación, se debe adjuntar, en todo caso, la hoja del Libro de Sugerencias y Reclamaciones donde figure la reclamación de referencia, con objeto de controlar desde el primer momento las actuaciones ante los ciudadanos que reclaman y toda la documentación que se haya producido en torno a la reclamación y esté en poder de los Servicios sanitarios. Aquí cobra especial interés la sensibilización de los jefes de Servicio en torno al valor de la documentación clínica que se genere en torno a un paciente o usuario del sistema, en situación de salud ó enfermedad.

- **PREVENIR** las situaciones de riesgo.

\* Guías y protocolos de actuación. En el Servicio Andaluz de Salud, se llevan a cabo actuaciones sanitarias, en términos de calidad y trascendiendo la misma, a través de protocolos clínicos, en concreto, 46 protocolos quirúrgicos, en una primera fase, que versan sobre el manejo asistencial de patologías de alta prevalencia en Hospitales del Organismo, incluyendo los criterios y recursos diagnósticos necesarios, los criterios de indicación quirúrgica, los procedimientos de elección y el tipo de cuidados necesarios.

\* Planes y programas de prevención de riesgos, en los que necesariamente deben estar incluidos los Servicios Clínicos hospitalarios, mucho más desde la entrada en vigor en 1996, de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, aún pendiente de implantación masiva en la Administración Pública, pero donde habrá que estar muy atentos a la masa crítica que, en torno al riesgo y sus consecuencias, se va a crear.

\* Comisiones de calidad. La implantación de la metodología de la calidad total (TQ), se impone en los Centros hospitalarios, bien como revolución copernicana o como tercera revolución, según se desarrollaba recientemente en un artículo en la revista de Calidad Asistencial, donde se abordaba la realidad de la implantación de las líneas guía en la práctica clínica, según el esquema de KASSIRER, 1993, donde la sexta y última razón que justifica la aceptación de las citadas líneas guía, es de marcado interés para la responsabilidad en la gestión hospitalaria: **permitiría ponderar las circunstancias con motivo de litigios médicos.**

\* Comisiones de ética, en la actividad profesional diaria e investigadora, en una nueva dimensión de la interpretación de la conducta profesional, no tanto desde una dimensión estrictamente deontológica, sino en un nuevo marco de actuación. Las denominaciones de los grupos y órganos colegiados no son inocentes (Lukács), mucho menos en el terreno de la ética. Estamos viviendo unos momentos estelares de **contraética** en todos los



órdenes, de los que no escapan la actividad profesional individual, colectiva y de organizaciones, cualquiera que sea. La lectura de los profesionales de la teoría ética en España, anteriores a nuestros días, como Aranguren, Sánchez Vázquez, Ferrater Mora, entre otros, así como en la actualidad, Savater, Camps, Gracia Guillén y Marina, también entre otros, deja entrever que la referencia a los valores éticos, a su teoría y práctica, no se puede ni debe asimilar a las ciencias del deber, como tendríamos que traducir, casi literalmente, la deontología. José Ferrater Mora, en su magnífico Diccionario de Filosofía (1976), afirmaba que la **deontología es la ciencia de los deberes**, de lo obligatorio, lo justo, lo adecuado, en la clave de Jeremías Bentham, a través de su obra **Deontology, or the Science of Morality** (1834), bastante lejano de lo que hoy aspiramos a vivir como la actitud ética individual, colectiva y profesional, entre otras.

Es por eso por lo que apostamos, entre otras razones, por una nueva visión de la ética que nos permita desinstitucionalizar el enfoque clásico de su razón de existir en cualquier campo profesional, como puede ser el nuestro, y abandonar la visión decimonónica anteriormente citada. Ferrater Mora afirmaba, también en 1976, hace veinte años, que el término **deontología** está en desuso. Por otra parte, el profesor Aranguren, en su magnífico libro **Ética**, publicado en 1958, ya daba una visión muy progresista de la ética, en el análisis etimológico del término, al concluir que en su estado primigenio cultural, la ética se podía traducir como **la raíz de la que brotan todos los actos humanos**, o todavía mejor, **el suelo firme que justifica dichos actos**, en definitiva, **una forma de vida**.

La reciente lectura de José Antonio Marina (1995), en su obra **Ética para náufragos**, nos lleva de la mano a cuestionar el aspecto peyorativo, coercitivo y restrictivo de la deontología, versus la ética: **todavía me cuesta trabajo pensar que la ética no es el museo de las prohibiciones sino la máxima expansión de la creatividad humana**, Lógico, por otra parte, desde la reflexión deontológica. Y si algo queda claro en este planteamiento, es la necesidad del anti-deber, como inseguridad necesaria de la acción personal ó profesional, en el esquema de la ética de situación, al ser siempre la acción ética un acto creativo: la ética es la más inteligente creación de la inteligencia humana, es dinámica, no estática. Si reconocemos con el autor que existen tres niveles éticos decisivos, es decir, la ética de la supervivencia, la ética de la felicidad y la ética de la dignidad, la conducta de los profesionales se hace creativa en sí misma, desde cualquier óptica con que se trate y desde los diferentes roles que se ejecuten: como profesional ó como cliente. Es obvio que estamos hablando de algo más que del deber, sobre todo cuando se estructura como norma y no como fruto de un derecho creado y descubierto por sí mismo ó por la colectividad, profesional en este caso.

El mismo Freud, afirmaba en una carta a J.J. Putnam, algo verdaderamente dramático sobre el deber:

*Cuando me pregunto por qué me he esforzado siempre en ser honesto, condescendiente e incluso bondadoso con los demás, y por qué no desistí al notar que todo ello sólo me acarrecaba perjuicios y contradicciones, pues los otros son brutales e impredecibles, no tengo, a pesar de todo, una respuesta (Marina, 1995).*

Los deberes, se convierten, a través de esta visión centralizadora, en el dominio propio de la moral, en un sistema ininteligible. Por esta razón, planteamos un cambio en la concepción de la ética versus deontología, no por un mero prurito semántico, sino por lo que supone de cambio cultural en la concepción de una ética como suelo firme de los actos personales, sociales y profesionales, en la clave de inteligencia creadora de la dignidad humana. Ética de la responsabilidad profesional, en definitiva, que engloba dos elementos esenciales: conocimiento y libertad. Todo lo contrario al imperativo categórico del deber.

\* Formación en gerencia de riesgos, a todos los niveles de gestión, incluyendo a directivos de todos los niveles, incluso los asistenciales como pueden ser las Jefaturas Clínicas y de Enfermería.

- **MINIMIZAR LOS DAÑOS** ocasionados por un siniestro.

\* Gerencia de riesgos: atención a los protocolos y manuales de actuación en caso de incidencia, reclamación y siniestro (Planes Generales de Hospitales).

\* Atención inmediata y personalizada a los profesionales y ciudadanos afectados por un siniestro.

\* Gestión de los casos abiertos, bajo la cobertura o no de transferencia de riesgo contratada y, en su caso, a través de la Comisión de Seguimiento y Control de las Pólizas vigentes.

- **EVALUAR** la siniestralidad de la organización en series temporales.

\* Análisis de resultados a través de los diversos sistemas de información de hospitales existentes, que se traduce en la consideración de los resultados en áreas tan sensibles como número de camas, ingresos y estancias por hospitales, provincias y región, resultados de las consultas de especialidades, del área de cirugía, de obstetricia y de urgencias, en correlación con los datos de siniestralidad en los Centros de referencia.



\* Incorporación del índice de siniestralidad en responsabilidad (ISR), en los Contratos-Programa firmados entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, y el Organismo con los Hospitales y Distritos de Atención Primaria de Salud.

\* Análisis de costes de la siniestralidad latente (riesgos asumibles incluso en condiciones óptimas de actuación) y manifiesta (siniestralidad real y cuantificada), a través de herramientas y de la metodología al uso sobre cuantificación del producto sanitario, utilizando la clasificación de pacientes y la producción hospitalaria (Grupos Relacionados con el Diagnóstico GRD).

- **ASEGURAR** a las personas y las cosas de las consecuencias de un determinado riesgo, mediante ciertas condiciones, "librando de cuidados, tranquilizando", en expresión de Julio Casares, por la propia demanda/alarma profesional y social existentes, llevando a cabo una gerencia individualizada de cada riesgo latente y manifiesto y, llegado el caso, articulando la suscripción de Pólizas adecuadas al principio de realidad del Organismo, en todas sus vertientes imaginables, basadas en su propia declaración de información de riesgo y de responsabilidad, para profesionalizar dicho aseguramiento y no desvirtuar la situación actual de desconcierto en el mercado del seguro privado. En definitiva, dejar de disparar económicamente con pólvora del rey, en caso de siniestro, como ha venido siendo habitual en la Administración, desde una nueva perspectiva de rentabilidad social del dinero, espacio y tiempos públicos.

- **FINANCIAR** el riesgo identificado, a través de actuaciones de retención o transferencia, que se simplifican en la actualidad a la práctica del autoseguro mediante retención presupuestaria, en partidas específicas y programadas, así como en la transferencia a través de seguros privados y administración de los mismos. En la actualidad, la financiación y contratación de los seguros de responsabilidad civil de todos los Centros dependientes del Servicio Andaluz de Salud, se lleva a cabo de forma centralizada, después de haber sufrido una experiencia histórica muy importante y didáctica desde el año 1990 hasta nuestros días. En el citado año 1990, se suscribió una Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil, que se adjudicó, mediante concurso público, por la cantidad de cuarenta y siete millones, veintidós mil, ochocientos treinta y siete pesetas (47.022.837 Ptas.), con una vigencia comprendida desde el día 1 de mayo de 1990 hasta el día 30 de abril de 1991, con una delimitación temporal de la cobertura fronteriza en el mundo del seguro, por su propia indefinición, teniendo como objeto garantizar las consecuencias económicas derivadas de la responsabilidad civil que pudiera corresponder al Organismo por daños y perjuicios corporales y/o materiales y/o consecuenciales, consecutivos, causados por acción u omisión a terceros, en el ejercicio de la actividad de los profesionales de la medicina, enfermería y fisioterapeutas. Esta primera experiencia no fue satisfactoria, fundamentalmente por la falta de cultura de atención al riesgo y la prestación exclusiva de atención al siniestro. Posteriormente, se convocó un concurso público, en el año 1992, que aún estando basado en una nueva filosofía de proyección económica, en cuanto a su cuantía, al elevarse el tipo de licitación hasta la cuantía de setenta y cinco millones



de pesetas (75.000.000 Ptas.), fue un serio revés para el Organismo, al tener que declararlo desierto por falta de licitadores. Y es en los años 1992 y 1993, cuando se intenta dar un giro copernicano a la atención a la Póliza de Responsabilidad, surgiendo la necesidad de buscar asesoramiento externo, mediante unos profesionales del Seguro, que desembocó en un concurso para la adjudicación de tal asesoría técnica, recayendo en una Correduría de primera línea en el país. A partir de ese momento se comenzó a trabajar en una nueva línea de profesionalidad absoluta, comenzando por una identificación de los riesgos existentes en el Servicio Andaluz de Salud, en una primera etapa, vinculada a la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Como consecuencia de esta acción, se elaboró un Programa de Seguros, que tuvo la luz pública en el año 1994 y que se mantiene hasta el día de hoy, basado ineludiblemente en la Gerencia de Riesgos y atendiendo tres grandes secciones que, en este año 1997, se traduce en la inversión de las siguientes cantidades en función de la tipología del seguro contratado:

**SECCION I: RESPONSABILIDAD GENERAL O DE EXPLOTACION: 25.125.000 PTAS.**

**SECCION II: RESPONSABILIDAD CIVIL SANITARIA: 814.875.000 PTAS.**

**SECCION III: RESPONSABILIDAD CIVIL NO SANITARIA: 45.225.000 PTAS..**

Para llevar a cabo estos objetivos, se ha elaborado un Programa de Seguros de Responsabilidad en el Servicio Andaluz de Salud, en el esquema de Gerencia de Riesgos, basado en la atención a la responsabilidad general ó de explotación del Organismo, a la responsabilidad profesional de todos los trabajadores y, con carácter novedoso, a la responsabilidad de los profesionales en su actuación no sanitaria, distribuidas en tres secciones de cobertura claramente diferenciadas. Asimismo, se ha suscrito una Póliza, en una cuarta Sección, de seguro de responsabilidad civil para donantes de sangre, vigente desde el día 26 de abril de 1994 y hasta la fecha, por un importe anual (1996-1997), de un millón, trescientas setenta mil, trescientas treinta y siete pesetas (1.370.337 ptas.). Se está elaborando en la actualidad un programa específico para estudiar la cobertura de los riesgos de daños generales en edificios del Organismo, así como la complementariedad de la póliza de vehículos en su vertiente de todo riesgo, al ser vehículos de alto riesgo y elevarse el total de la flota a un número bastante elevado (424) y de las más diversas tipologías. Y para cerrar este ciclo histórico, se están sentando las bases de una atención profesional desde esta perspectiva de gerencia de riesgo en relación con las sugerencias y reclamaciones que se presentan en todos los Centros dependientes del Servicio Andaluz de Salud a la luz de lo preceptuado en el Decreto 262/1988, de 2 de febrero y que en el año 1995 se han elevado a un total de dieciséis mil cuatrocientas cincuenta y dos (16.452), solamente referidas a la atención prestada en los hospitales de la Comunidad Autónoma. Faltan, por tanto, los datos referidos a los Centros de Atención Primaria de Salud.



## CONCLUSIONES

Así se concibe la Responsabilidad en la Gestión Pública Sanitaria, en la clave de Gerencia de Riesgos, en el esquema revolucionario de la responsabilidad-aseguramiento de profesionales y ciudadanos, donde más debe preocupar la responsabilidad antecedente que la consecuente, es decir, más debe preocupar el acto profesional alejado de los miedos a las acciones de responsabilidad que la acción de responsabilidad en sí, porque al trabajar en términos de calidad recibida y percibida y de diagnósticos de situación de riesgo y siniestros, la evaluación general de los actos profesionales de la Administración Pública y, por tanto, también los sanitarios, se enmarcarán en un derecho constitucional y legal más que en una literatura del miedo. Esa es la cuestión.

Cuando se lee con detenimiento el programa general de este Congreso, todos hemos percibido el deseo de los organizadores de plantear, en el terreno de las hipótesis, caminos y nuevas direcciones en Riesgo y Gerencia de Riesgos. Por otra parte, estamos asistiendo a un fenómeno mundial de cierto caos y turbulencia en nuestros alrededores, por llamar de alguna forma al entorno de riesgo de cada uno, por tanto al entorno social y empresarial. Es decir, lo que se presentaba como un trámite organizativo, se plantea en la actualidad, en este Congreso, como una interesante tarea a explicar.

La Administración, en su nueva visión y misión organizativa como empresa, como organización, mucho más en el ámbito sanitario, no escapa al caos y turbulencia que citábamos anteriormente. Como realidad social, asiste a una representación diaria, en su escenario particular, de lo que ocurre en la sociedad. Pero cuando utilizamos estas dos palabras mágicas, caos y turbulencia, sentimos como si introyectáramos una aproximación al sentido negativo de la vida, de la sociedad. Nada más lejano en mi intención al haberles explicado de forma inteligente, comprometida (en el sentido pascaliano del término **engagement**), la metodología científica de la Gerencia de Riesgos en una organización llamada **Administración Pública**.

Decía anteriormente que les he explicado de **forma inteligente** el tema asignado por la organización del Congreso. Más de un asistente habrá pensado que esta conclusión denota un cierto aire de controversia. Nada más lejano de mi interés social de las palabras. Peter F. DRUCKER (1993), en su interesante libro **La Sociedad Poscapitalista**, plantea una hipótesis de trabajo realmente revolucionaria: *El recurso económico básico, el medio de producción para utilizar el término de los economistas, ya no es el capital ni los recursos naturales (el suelo de los economistas) ni la mano de obra. Es y será el saber*. Es decir, es necesario conocer a las personas y a las cosas, genéricamente hablando, ser personas instruidas, para alcanzar el grado de sabiduría suficiente para obtener resultados sociales y económicos. Según DRUCKER, *El saber hoy es el único recurso significativo*. Añadiríamos: también en la Gerencia de Riesgos. A



la Revolución Industrial, que dio una imagen de empresa, a la Revolución de la Productividad, que también configuró formas de organizarse, sigue en la actualidad la Revolución de la Gestión: *Proporcionar saber para averiguar en qué forma el saber existente puede aplicarse a producir resultados es, de hecho, lo que significa gestión.*

Con esta reflexión elevamos el saber a una categoría trascendental para el conocimiento de lo que llamamos **organizaciones**. La Administración moderna debe ser una organización muy interesante desde esta óptica anunciada y desde una perspectiva saludable. Ustedes, han esperado legítimamente que esta intervención, sea productiva, rentable, como contraprestación social al dinero empleado y al tiempo y espacio ocupados. Esta conferencia la he planteado como innovadora en cuanto al método tradicional, en el esquema clásico que citaba al principio de la intervención. Lo que deseo es que les sirva para algo, fuera del esquema del Maestro de la Hermandad de Hesse o del Mundo del Nunca Jamás, de Peter Pan.

Por otra parte, les anuncio que en el abordaje de la Administración que hemos presentado como organización, he tenido en cuenta la realidad de un universo caótico. Aunque se trabaje todos los días como meritorio en el gran teatro del mundo, es bastante evidente la complejidad que rodea toda acción e interacción humana. La Administración no escapa a esta realidad y cuando se va a abordar cualquier enfoque científico organizacional, es obvio cuestionar lo que hasta ahora había tenido alguna consistencia en la metodología científica de la Administración como organización. Es decir, lo que consideraba interesante describirles con un cierto afán didáctico, lo cuestiono hoy, porque la explosión de complejidad, que llama KLIKSBERG (1993), junto a la inestabilidad geopolítica que nos rodea, hace que el saber se erija en la única garantía para dominar la situación de riesgo: *¿Cómo planificar cuando las previsiones tienen que englobar a infinitos factores, ligados mediante interrelaciones crecientes, en combinaciones nuevas, que son territorio casi inexplorado por el conocimiento humano? ¿Como hacerlo en un **timing** histórico en donde casi no existe tiempo, porque la aceleración determina que el futuro se presente de inmediato, reuniéndose casi presente y futuro? ¿Cómo prever en una época en donde el pasado ha dejado de ser una guía utilizable por cuanto el futuro será totalmente distinto del mismo?. ¿Estaremos en los albores de una nueva ciencia de la inestabilidad, del riesgo, en el marco científico expuesto por Ilya Prigogine, Premio Nobel de Química?*

Hace diez años se destacaba la búsqueda de la excelencia en las empresas americanas, como forma de acometer la nueva década que se presentaba como caótica. Hoy sería difícil seguir defendiendo la teoría de PETERS y WATERMAN (1982), a pesar de sus esfuerzos por intentar definir los atributos de las empresas "excelentes": el énfasis en la acción, la proximidad al cliente, la autonomía e iniciativa, la productividad contando con las personas, poner manos a la obra con eficacia, respeto a la fórmula: "zapatero a tus zapatos", las estructuras sencillas, de staff reducido y el tira y afloja simultáneo. Es lo que se retoma en la década de los noventa bajo la tríada de la flexibilidad, ambigüedad y paradoja, términos que hoy día adquieren una importancia extrema,



precisamente por su apertura y su vinculación con la revolución de la gestión o de los "gobiernos de las empresas" (LORENZ, 1994).

Por último, deseo señalar un horizonte de esperanza fundada. Si parto de la hipótesis de que el saber es el primer motor inmóvil -en su sentido aristotélico- de nuestra sociedad actual, la inteligencia creadora es la que da forma al saber, es decir, damos un voto de confianza al ser humano frente a los factores y medios de producción tradicionales. El capital y la producción, no son la quintaesencia de las organizaciones. Es el saber de la persona instruida lo que la libera, lo que permite desdramatizar las planificaciones, programaciones, ejecuciones y evaluaciones de la organización llamada Administración o empresa, porque vivimos en un mundo contingente, caótico, inseguro, cambiante, complejo, inestable e incierto, es decir, en un universo de riesgo, tanto en azar como en necesidad. Es, al fin y al cabo, lo que José Antonio MARINA (1993), plantea como cometido de la inteligencia transformadora de la realidad social: *Es la inteligencia la que permite, mediante una poderosa conjunción de tenacidad, retórica interior, memoria, razonamiento, invención de fines, imaginación -en una palabra, gracias al juego libre de las facultades-, que veamos una salida cuando todos los indicios muestran que no la hay. Inteligencia es saber pensar, pero, también, tener ganas o valor para ponerse a ello. Consiste en dirigir nuestra actividad mental para ajustarse a la realidad y desbordarla.*

En esta clave comenzamos esta interesante aventura hacia lo desconocido. Cuando se está ocupando el rol que ustedes desempeñan en este Congreso, aflora, cuando menos, la espera de qué dirá el que está enfrente. Hoy me gustaría añadir algo más a esa espera: la esperanza, para contribuir a rentabilizar, utilizando términos empresariales, su tiempo de aprendizaje, como la mejor contraprestación al dinero y a la presencia activa que intercambian con nosotros. En principio, gracias por haber llegado hasta aquí con atención. Nos queda una gran tarea en la Administración Pública, que pasa indefectiblemente por crear una nueva cultura directiva y organizativa ante el Riesgo de azar y de no-azar, en el esquema establecido por MICCOLIS (1996), o quizá también reinventando la propia Gerencia de Riesgos, a través de un nuevo paradigma (WILLIAMS, 1996), estando muy atentos al discurso mundial que se abre en la actual incertidumbre y ante la necesidad de no estar ajenos a la realidad del año 2000. Gracias de nuevo.



## BIBLIOGRAFIA Y DOCUMENTACION CONSULTADAS

\*\*\*\*\*

ALONSO, R.J.-MARTEN, I. (1986). El marketing y el método científico, **ESIC MARKET**, 54: 9-16.

BAENA DEL ALCAZAR, M. (1993). **Curso de Ciencia de la Administración** (Vol. I). Tecnos: Madrid.

BARRIGA, S.-LEON RUBIO, J.M. (1991). El Marketing Social en los Servicios de Salud, **Revista de Psicología de la Salud**, 3(1), 109-118.

BERNENS, R. (1997). Establishing Expected. Practices. **Risk Management**, January: 14-16.

BOZEMAN, B. (1987). **All Organisations are public**. Jossey Bass.

BERRY, L.L.-PARASURAMAN, A. (1993). **Marketing de Servicios. La calidad como meta**. Barcelona: Parramón.

CASAS, M. (1991). **Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)**. Masson: Barcelona.

COE, R.M. (1973). **Sociología de la Medicina**. Alianza : Madrid (Ed. orig. 1970).

CRONIN, J.J.-TAYLOR, S.A. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality, **Journal of Marketing**, 58: 125-131.

CUADRADO ROURA, J.R.-DEL RIO GOMEZ, C. (1993). **Los Servicios en España**. Madrid: Pirámide.

DE ANGEL YAGUEZ, R. (1995). **Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil**. Civitas: Madrid.

DEL OLMO MARTINEZ, R.-HERNANDEZ IGLESIAS, C.-DIVASSON GANZALEZ, J. (1993). Dismark: Un Programa de Márketing Estratégico para las PYMES, **Alta Dirección**, 169, págs. 213-221.

DRUCKER, P.F. (1993): **La Sociedad Poscapitalista**. Apóstrofe: Barcelona.



GIBSON, J.L.-IVANCEVICH, J.M.-DONNELLY, J.H.(1994). **Las organizaciones**. Washington, Delaware: Addison-Wesley Iberoamericana.

GOMEZ SUAREZ, M.-MENDEZ GARCIA DE PAREDES, J.L.-PEREZ CONESA, P. (1994). Calidad percibida en los servicios: Una revisión de los aspectos conceptuales y metodológicos, **ESIC MARKET**, **85**: 171-181.

GROOCOCK, J.M. (1993). **La cadena de la Calidad**. Madrid: Díaz de Santos.

HARROW, J., WILLCOCKS, L. (1990). Public Services Management: Activities, initiatives and limits to learning. **Journal of Management Studies**, **27 (3)**: 281-304.

HOROVITZ, J. (1991). **La Calidad del Servicio**. Madrid: McGraw-Hill.

*Informes y Recomendaciones. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Julio, 1991.*

JIA, J., DYER, J.S. (1996). A Standard Measure of Risk and Risk-value Models, **Management Science**, **42 (12)**: 1691-1705.

JURAN, J.M.-GRYNA, F.M. (1993). **Manual de Control de Calidad**. Madrid: McGraw-Hill.

KLIKSBERG, B. (1993): **Revisando viejos mitos y nuevos en gerencia. Elementos para un cambio paradigmático**. En GOMEZ-PALLETE, F.: **Estrategia Empresarial ante el Caos**. Rialp: Madrid, págs. 56-88.

KOTLER, PH. (1982). **Marketing for Nonprofit Organizations**, New-Jersey: Prentice-Hall.

KOTLER, PH. (1989). **Principles of Marketing**, New Jersey: Prentice-Hall.

LORENZ, CH.-LESLIE, N., (Coord.)(1994): **Financial Times. La Dirección de Empresas**. Folio: Barcelona.

LLANES, F., GARCIA ROTLLAN, J., IRASTORZA, M.A., FARNES, M., LLANO, A. (1995). Protocolos clínicos en asistencia especializada. **Revista Española de Calidad Asistencial**, **10 (4)**: 163.

MARINA, J.A. (1992): **Elogio y refutación del ingenio**. Anagrama: Barcelona.



- MARINA, J.A. (1993). **Teoría de la inteligencia creadora**. Anagrama: Barcelona.
- MICCOLIS, J.A. (1996). Toward a Universal Language. **Risk Management**, July: 45-48.
- MUÑOZ MACHADO, S. (1994). Responsabilidad de los médicos y responsabilidad de la Administración Sanitaria. **Documentación Administrativa**, 237-238: 257
- MUÑOZ MACHADO, S. (1995). **La formación y crisis de los servicios sanitarios públicos**. Alianza: Madrid.
- NAVARRO ELOLA, L., VELA JIMENEZ, M.J., GARCIA CASAREJOS, M.N. (1996). La gerencia del riesgo empresarial. **Alta Dirección**, 188: 47-57.
- PANTALEON PRIETO, F. (1994). **Responsabilidad médica y responsabilidad de la Administración**. Civitas: Madrid.
- PARASURAMAN, A.-ZEITHAML, V.-BERRY, L.L.(1988). SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, **Journal of Retailing**, 64(1): 12-37.
- PEÑA SANCHEZ DE RIBERA, D.-PRAT BARTES. A. (1986). **Cómo controlar la calidad**. Madrid: IMPI.
- PETERS, TH. J.- WATERMAN JR.,R.H. (1992): **En busca de la excelencia**. Folio: Barcelona.
- PRIGOGINE, I.-STENGERS, I. (1990): **La nueva alianza. Metamorfosis de la ciencia**. Alianza: Madrid.
- PUY, A. (1995). **Percepción social de los riesgos**. Mapfre: Madrid.
- QUINTANA, M.A. (1993). **Principios de marketing**, Bilbao: Deusto
- QUINTANILLA PARDO, I. (1991). **Recursos humanos y marketing interno**, Madrid: Pirámide.
- REA, D.M. (1989). Strategy in public sector service organisations. En P. Jones (Ed.): **Management in Service Industries**, 146-159. London: Pitman.
- ROTH, V.J., BOZINOFF, L. (1989). Consumer satisfaction with government services. **Service**

**Industries Journal**, 9 (4): 29-43.

RÖBER, M. (1989). Posibilidades y límites del marketing público, **Documentación Administrativa**, 218-219: 437-451.

RODRIGUEZ PORRAS, J.M. (1991). **La Participación y la Calidad Integral**, Bilbao: Deusto.

RODRIGUEZ DEL BOSQUE, I.A. -TRESPALACIOS GUTIERREZ, J.A. -VAZQUEZ CASIELLES, R. (1994). La actitud como determinante del grado de satisfacción de un servicio, **ESIC-MARKET**, 85: 158-170.

SANCHEZ BURSON, J.M. (1994). **Legislación Sanitaria en Andalucía**. Universidad de Sevilla: Sevilla.

SANCHEZ GALLEGO, G. (1993). Aspectos fundamentales en el marketing de servicios, **Alta Dirección**, 171: 361-368.

SANTESMASES MESTRE, M. (1991). **Marketing. Concepto y Estrategias**. Madrid: Pirámide.

SEGLIN, J.L. (1992). **Curso McGraw-Hill de Marketing**. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.

SENLE, A. (1993). **Calidad Total en los Servicios y en la Administración Pública**. Barcelona: Gestión 2000.

VELAZQUEZ-GAZTELU, C. (1992). Calidad total, un reto europeo, **Fundesco**, 130: 4.

WILLIAMS, T.L. (1996). An Integrated Approach to Risk Management, **Risk Management**, July: 22-27.

ZEITHAML, V.-PARASURAMAN, A.-LEONARD, L. (1993). **Calidad Total en la Gestión de Servicios**. Madrid: Díaz de Santos.