

# ¿Conocimiento para gestionar?

Vicente Ortún Rubio

Departamento de Economía y Empresa, Centro de Investigación en Economía y Salud.

[\(Gest Clin San \(1999\) Vol. 1 \(1\): 5-6\)](#)

Una revista de publicaciones secundarias que pretende contribuir a la mejora de la gestión sanitaria - seleccionando y procesando con método, buen criterio e independencia, la investigación en servicios sanitarios- ya está dando una respuesta implícita a las siguientes preguntas: ¿Qué es la gestión sanitaria?, ¿Puede hablarse de una profesión gestora?, ¿Hasta qué punto los conocimientos constituyen un ingrediente importante para la función gestora? Este editorial pretende simplemente explicitar las respuestas a esas preguntas.

## Los tres ámbitos de la gestión en Sanidad: Macro, meso y micro

Gestionar supone coordinar y motivar a las personas de una organización -cultural, deportiva, económica- para conseguir las finalidades de ésta. En Sanidad pueden distinguirse tres tipos de gestión: La gestión sanitaria macro, o política sanitaria, la gestión sanitaria meso, o gestión de centros, y la gestión sanitaria micro, o gestión clínica.

La macrogestión sanitaria, o política sanitaria, consiste en la intervención del Estado para aumentar la equidad y corregir disfunciones del mercado. Esta corrección de disfunciones implica: abordar las externalidades, regular los monopolios, y corregir la información imperfecta teniendo en cuenta cómo tales disfunciones quedan afectadas por el cambio tecnológico. La política sanitaria se expresa a través de las formas que adopta la financiación y regulación de servicios sanitarios y la regulación de otros aspectos relacionados con la salud (alimentación, medio ambiente, trabajo, estilos de vida...). Existen distintas opiniones sobre el alcance de la política sanitaria en función de cuál se crea ha de ser la función del Estado. En el 'World Health Report' 1999, de la OMS (ya bajo la dirección de H Brundtland), se habla claramente de "un nuevo universalismo que reconoce los límites de los gobiernos, pero retiene la responsabilidad de los gobiernos para la dirección y financiación de los servicios sanitarios. Este nuevo universalismo da la bienvenida a la diversidad y, sometido a directrices, a la competencia en la producción de servicios. Al mismo tiempo reconoce que los servicios deben ser prestados para todos pero no todos pueden ser prestados".

La política sanitaria tiene como objetivo confesable el de mejorar el estado de salud de la población y garantizar la satisfacción de los votantes con los servicios sanitarios empleando unos recursos comparables a los de los países de referencia geográfica y económica.

Las disciplinas de salud pública, articuladas por el método epidemiológico, constituyen el soporte disciplinar de la macrogestión sanitaria. El método epidemiológico no es más que una adaptación, más conceptual (riesgo relativo, exposición, riesgo atribuible poblacional...) que instrumental, del método científico a los problemas de salud.

La mesogestión sanitaria, o gestión de centros, se realiza a través de la coordinación y motivación de los integrantes de un centro de salud, un hospital, una aseguradora, un mayorista farmacéutico...en un entorno muy regulado. La gestión de centros tiene su apoyo disciplinar en las ciencias de la gestión y hace relativamente pocos años (personalmente recuerdo el primer curso de gestión hospitalaria que impartimos en Esade, en 1973) la gestión sanitaria se identificaba con aspectos relativamente accesorios de la gestión de hospitales como las finanzas y el marketing. El contenido de la gestión de centros ha ido cambiando en la medida que se ha evidenciado cada vez más el parecido entre gestión sanitaria y el diseño de un nuevo modelo de avión. En efecto, el mejor diseño de un avión no se obtiene a través de la suma de los mejores diseños de sus diversos componentes (motor, fuselaje, mobiliario...) ya que son múltiples las

interdependencias y muy fuerte la necesidad de coordinar diseños. De igual manera la calidad de la gestión sanitaria no se garantiza mediante la suma de las calidades de los centros componentes: El que tasa de complicaciones en enfermos diabéticos sea el doble en EEUU que en el Reino Unido, el que se produzcan importantes diferencias de supervivencia en cáncer de mama a los cinco años del diagnóstico, el que oscilen ampliamente las prevalencias tabáquicas o las tasas de resistencias bacterianas y - en suma- el que, incluso, la mortalidad señale tremendas diferencias entre personas y países, apunta claramente a que la capacidad resolutoria de un sistema sanitario está claramente relacionada con, primero, el grado en que su política sanitaria tenga atisbos de racionalidad (resulta ilusorio pretender que la racionalidad sea el criterio único de la política sanitaria) y, segundo, con el grado de articulación entre niveles asistenciales. La mejora en la gestión de los centros sanitarios requiere, como el cubrir tres por tres puntos en disposición cuadrada mediante línea quebrada sin levantar el lápiz del papel ni cambiar de sentido, desbordar las paredes (los bordes del cuadrado) de los centros: Pensar en curar algunas veces, ayudar a menudo, y consolar siempre.

La microgestión sanitaria, o gestión clínica, parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (los clínicos fundamentalmente) asignan el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar recursos y motivar personas. La gestión clínica pretende restaurar los niveles de salud de los pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes (agrupados por una patología o procedimiento comunes, por la unidad de asistencia...). Las decisiones directas sobre cada persona las adopta el médico, la enfermera...trabajando por separado o en equipo, y las decisiones que afectan a grupos de pacientes las toman principalmente los responsables asistenciales.

La disciplina fundamental de la gestión clínica es la Medicina. La estrategia motivadora básica de la gestión clínica pasa por el fomento de la escepticismo, a través de la constatación de variaciones en práctica aparentemente arbitrarias que estimulen la preocupación por la efectividad, la medida del impacto sanitario y la adecuación de los servicios. En última instancia se pretende favorecer la evolución de la práctica de la Medicina hacia:

- Un creciente fundamento en la evidencia.
- La interiorización del coste de oportunidad de las actuaciones (el beneficio de lo que se deja sin hacer en la mejor alternativa posible).
- Una mayor orientación a las utilidades relevantes: las del usuario.

El problema fundamental de la gestión clínica, y posiblemente de la gestión sanitaria, pasa por conseguir que los profesionales sanitarios tengan la información y los incentivos para tomar decisiones coste-efectivas (los tres criterios antes reseñados). La mejora de los incentivos pasa por reformas organizativas y profesionales. La mejora de la información por disponer de sistemas de información que den respuesta a las preguntas lógicas de qué problemas tienen los pacientes, qué se les hace y qué resultados se obtienen y por saber acceder a, primero, y aplicar, después, los conocimientos pertinentes.

Los tres ámbitos de la gestión sanitaria están estrechamente relacionados entre sí: la gestión macro condiciona la micro por la regulación de la oferta, en Europa, o por el mercado, en EEUU; la gestión macro condiciona la meso según lo que se decide comprar o presupuestar; la gestión micro influye en la macro por el 70% de recursos que asigna; la gestión meso influye en la macro por consorcios, patronales, corporaciones profesionales, grupos de interés y asociaciones con preferencias ideológicas 'intensas'....

## **La gestión sanitaria con sus peculiaridades: la gestión pública nunca será como la gestión privada**

Curiosamente las peculiaridades más importantes de la gestión sanitaria se manifiestan como expresiones de ciertas limitaciones de la gestión pública. Excede el propósito de este editorial explicar por qué esa gestión pública suele ser, en bastantes ocasiones, la respuesta social más conveniente a las características de la salud y los servicios sanitarios.

Estas peculiaridades quedan reflejadas en una realidad institucional -prevaliente en los países más desarrollados del mundo- de una financiación pública establecida con el objetivo de que los servicios sanitarios se presten según necesidad para:

- Conseguir unos niveles de salud y satisfacción que sin los mismos no se hubieran obtenido.
- Corregir unos fallos de mercado (información asimétrica, incertidumbre, y externalidades).
- Mejorar la equidad social en relación a la alternativa de no intervención del Estado.

La gestión pública, aunque substantivamente gestión, debe desenvolverse con unas limitaciones impuestas por la responsabilidad fiduciaria que constituye la contrapartida a la excepcionalidad del Estado como organización. En una organización privada, tanto la pertenencia a la organización como la distribución entre las partes de obligaciones y derechos resultan de arreglos contractuales (voluntarios en principio). En el Estado, en cambio, los ciudadanos pertenecen obligatoriamente a la organización, que tiene poderes de coacción ejercitables sin aquiescencia individual. Ello obliga al Estado a un comportamiento fiduciario que impone una serie de limitaciones, convenientes algunas, mitigables otras bien por la investigación bien por la acción.

La gestión privada tiene un juez irrecusable: la cuenta de resultados. La gestión pública tiene muchos jueces...y ninguno.

## **La profesionalización de la función gestora**

La especialización de la gestión, como función separada de la propiedad de las empresas, aparece a finales del siglo pasado y principios de éste, como consecuencia de las nuevas y complejas necesidades de coordinación que las empresas, muy engrandecidas tras la segunda revolución industrial, tuvieron. El barco de vapor, el ferrocarril y el telégrafo permitieron efectuar operaciones a escala hasta entonces impensable, aparece la producción en masa, en empresas más intensivas en capital, que requerían gran coordinación para mantener la producción alta y garantizar el flujo continuado de inputs así como la distribución de los productos. Estas nuevas e importantes necesidades de coordinación constituyeron la esencia de una gestión que trataba de aprovechar las economías de escala y gama que el cambio tecnológico había posibilitado.

A diferencia de otras profesiones donde está bastante claro cuáles son los conocimientos, las habilidades y las actitudes que configuran, por ejemplo, un buen cirujano (de hecho parece existir consenso entre los médicos cuando han de escoger quién les interviene), en el caso de la profesión gestora no está tan claro. Si lo estuviera, las empresas de cazatalentos no utilizarían tanto el criterio de buen comportamiento gestor observado como predictor de buen comportamiento gestor cuando seleccionan personas para sus clientes: Recurrirían en mayor grado a la evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes. De igual manera, el predicamento de los gurus de la gestión con sus trabajos escasamente científicos puede interpretarse como un exponente de inseguridad de la profesión gestora que busca alimento espiritual de tipo farola de borracho: para apoyarse, psicológicamente en este caso, más que para iluminarse.

En gestión sanitaria, cuesta algo más definir conocimientos, habilidades y actitudes deseables: Se responde con frecuencia ante el poder político que nombra y en las dimensiones que interesan a quien nombra (paz social, imagen en los medios de comunicación, contención del gasto...). No obstante, la conveniencia de la división del trabajo, la especialización también en las funciones gestoras, se da también en sanidad. Y aunque la gestión se base en la experiencia, en los contactos, en las intuiciones, cada vez más precisa del

conocimiento: De forma incontestable en la gestión micro (restaurar salud de pacientes) y en la macro (promover salud de poblaciones). De forma creciente en una gestión meso que ni puede cerrarse en sus confines -los cambios en la tecnología, en la demografía y en la morbilidad comportan integración asistencial- ni puede ignorar que gran parte de su tarea pasa por facilitar la gestión clínica.

Y para acabar la constancia de una limitación: el conocimiento, a cuya difusión esta revista aspira a contribuir, no puede considerarse aisladamente de la finalidad de la gestión. Aquí se ha obviado – pero no se ignora – la dialéctica entre conocimiento, finalidad gestión, al suponer/desear una gestión sanitaria que no olvida su finalidad: la mejora de a salud de los individuos y las poblaciones.