



## **Gestión del conocimiento y gerencia**

Elena Arias Menéndez  
*Directora Recursos Humanos. Grupo Sanitario IDC  
Ex-gerente de hospital*

### **Introducción**

Cuando los responsables del Monográfico acerca del modelo gerencial me invitaron a colaborar en este número, en primer lugar agradecí su confianza (que probablemente se vea menguada conforme avancen en la lectura de estas reflexiones en torno a lo que hemos dado en llamar “modelo gerencial”), y en segundo lugar adopté la decisión de aprovechar esta oportunidad para exponer una visión personal del estado de la cuestión, huyendo deliberadamente de aportaciones científico-técnicas (definición de conceptos, modelos posibles, estrategias gerenciales y un largo etcétera), desde la perspectiva de quien ha ejercido la profesión gerencial durante 16 años de vida profesional, dedicándose ahora a otros menesteres, lo que si bien no aporta lucidez permite, al menos, una visión sosegada de la cuestión que se me ha propuesto.

### **Provisión de servicios sanitarios y gestión de recursos**

La asistencia sanitaria, la atención a la mejora de la salud de nuestros conciudadanos en un Estado de corte auto-

nómico, se dota de un Sistema Nacional de Salud mediante el que se trata de garantizar la universalidad de esta asistencia, su accesibilidad, equidad y eficiencia. A su vez este Sistema soporta y ampara la provisión pública y privada de los diferentes servicios (atención al proceso asistencial); es esta una labor compleja comprometida con un mandato constitucional que reconoce el derecho esencial a la salud.

El acto asistencial, su bondad, eficacia, eficiencia, calidad –en términos científico-técnicos, o de calidad percibida– es el resultado de una conjunción de factores sanitarios y no estrictamente sanitarios, pero que influyen directamente en él: conocimiento de los profesionales, infraestructuras, instalaciones, equipos, financiación, formación continuada, reciclaje, docencia, investigación... Pero no estamos ante un proceso estático, atemporal, sino que, muy al contrario, los avances científicos y técnicos se suceden a velocidad de vértigo, los equipos quedan obsoletos en plazos cada vez menores, la configuración jerarquizada de los distintos niveles asistenciales (ya se trate de Atención Primaria o Especializada –mesogestión–), va sustituyéndose por la ordenación en tor-

no al proceso, las guías y vías clínicas, lo que ha venido en llamarse gestión clínica –microgestión–.

Además, el Sistema Nacional de Salud se hace eco de las necesidades de los ciudadanos (cada vez más informados, más capaces de ejercer su condición civil, su libertad para saber, para elegir), y trata de acompañarlas a la oferta asistencial existente, o bien modifica la oferta –ampliándola, restringiéndola–, y a la financiación que el Gobierno destina a la Sanidad atendidas las prioridades de la Autoridad Sanitaria y las limitaciones impuestas por la financiación que se inyecta al Sistema. No podemos olvidar la influencia mediática y su peso en el estado de opinión de la ciudadanía en general.

Así, cuando descendemos a la cruda realidad de la prestación asistencial, contando con recursos limitados y tratando de satisfacer expectativas prácticamente ilimitadas, quizá nos planteamos que es necesario gestionar vs. administrar los medios que se ponen a nuestra disposición para alcanzar el punto de equilibrio utilizando todos los malabarismos a nuestro alcance.

¿Cómo se va resolviendo este dilema? La figura del gestor (llámese gerente, director general, directivo), va tomando dimensión en nuestro Estado, por lo que se refiere al sector sanitario –esencialmente el público– a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986).

¿Para qué un gestor? A mi juicio, entre otros muchos motivos y desencadenantes, parece que podría justificar esta figura la necesidad de establecer vínculos entre el Sistema, los ciudadanos y los profesionales, aunando esfuerzos, coordinando niveles de asistencia, actuaciones clínicas, velando por la formación y el reciclaje tanto

para atender necesidades inmediatas como para garantizar la calidad asistencial a medio y largo plazo, gestionando recursos escasos (el gestor como congresador, coordinador, equilibrador... pero, en definitiva responsable).

### El "Gerente 521/87"

Quizá convenga poner de nuevo los pies en el suelo. El "modelo gerencial" que el R.D. 521/87 estableció para los Centros provisorios públicos (Primaria/Especializada), podría decirse que obedece más bien a criterios de orden administrativo y de control del personal, esencialmente facultativo (ordenación por Decreto, idéntica para todos los Centros, marcada rigidez intrínseca). Poco a mi juicio tiene que ver con la figura del líder cuya autoridad se reconoce por su conocimiento, su rigor y al propio tiempo flexibilidad en función de los entornos en los que deba desempeñarse esta función directiva.

Si nos referimos a este "modelo gerencial", confío plenamente en que la fuerza de los hechos conduzca a su definitiva desaparición.

### Gestión del conocimiento

También podemos creernos "de verdad" que "el mayor activo de las organizaciones sanitarias radica en sus profesionales", y que ese "mayor activo" procede del conocimiento, de la capacidad para compartirlo, para innovar, para mejorar el estado de salud de los ciudadanos, para elevar la percepción que éstos puedan tener del sistema sanitario; si esto es así, no cabe duda de que es necesario "horizontalizar" nuestras organizaciones, con la consiguiente pérdida de peso de la concepción gerencial entendida como ejerci-

cio vertical de mando, fuertemente jerarquizada, que se ejerce mediante órdenes, circulares e instrucciones.

### **Hacia nuevos modelos de gestión. El papel de la gerencia**

La integración en el entorno europeo (apertura de fronteras, libre circulación de pacientes, de profesionales, marco jurídico que se ve afectado por continuas modificaciones), la velocidad de los cambios científicos y tecnológicos, así como la adquisición, intercambio y difusión de los conocimientos necesarios (nuevas titulaciones, internet, telemedicina, entre otros), debieran impulsar al trabajo en equipo a todos los implicados en hacer efectivo el derecho a la salud, ya se trate de profesionales sanitarios, no sanitarios o directivos.

La superespecialización científico-técnica, las habilidades que se precisan al menos en las áreas económicas, jurídicas, sociales, y de índole sanitaria, aconsejan optar por un modelo en el que el equipo directivo alcance su fortaleza mediante el conocimiento que le es exigible y que le hace responsable ante quienes les contratan y quienes ejercen su profesión en los Centros a su cargo. Todo ello sin perjuicio del liderazgo que ha de emanar de la

figura del máximo responsable institucional (cualquiera que sea el "apellido" que queramos darle: Gerente, Director General, etc.), liderazgo que se traduce en la capacidad para gestionar la actividad ordinaria, imaginar nuevos proyectos, incentivar a los profesionales, apoyar iniciativas profesionales –para lo que es preciso adoptar decisiones acerca de cuáles de éstas se integran en el plan global, resultados previsibles, costes, formación necesaria, adecuación de recursos...–, relacionarse con los diferentes organismos y entidades públicos y privados, fuerzas sociales, gestionar conflictos, coordinar actuaciones. En definitiva, que el mundo teórico en el que tan cómodamente nos movemos, se haga, siquiera sea en parte, realidad. ¿Modelo? El que mejor se adapte a nuestras necesidades, requerimientos, restricciones y elementos de decisión, al que pueda dar cuerpo un equipo competente porque conoce, comprende, se relaciona, decide, evalúa, es capaz de corregir y seguir aprendiendo, junto con un líder que conozca, comprenda, sepa elegir a sus compañeros de equipo, se relacione, evalúe, corrija y siga aprendiendo, devolviendo a la sociedad (destinataria última de la profesión sanitaria), el respeto y la confianza que en él ha depositado.

