

## GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EFICIENCIA EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA

**Rafael Pinilla Pallejà**

*Médico y Economista. CEO de Bet Quality of Life*

¿A qué nos referimos cuando hablamos de conocimiento?. El conocimiento contiene información y se apoya en datos, pero es más que eso. Con conocimiento nos referimos a lo que las personas saben y utilizan para tomar decisiones atinadas y comportarse adecuadamente en cada situación. El conocimiento está ligado a la acción. Por ello el término *gestión del conocimiento*, aplicado a organizaciones, se refiere a la capacidad de las organizaciones para lograr que todas las personas de la organización tomen las decisiones más atinadas y actúen de la forma más adecuada.

Se trata de un deseo tal vez utópico, pero esta aspiración es la que distingue a las organizaciones que destacan como excelentes por encima de las demás. Este artículo es una reflexión sobre la importancia de adoptar el paradigma de la gestión del conocimiento en medicina y en el sistema sanitario como la forma idónea de mejorar la necesaria eficiencia en la gestión de los recursos.

Las crisis económicas como la actual nos recuerdan dolorosamente que los recursos disponibles son escasos y es necesario administrarlos con eficiencia. Las decisiones de recortar gasto son siempre difíciles, todavía más cuando afectan a sectores como el sanitario, en el que el presupuesto parece siempre por debajo del necesario y cuya organización tiene un grado de complejidad muy elevado. Por ello, una actitud simple de recortar costes a porcentaje, sin analizar las consecuencias o buscar alternativas, puede tener con facilidad consecuencias nefastas. En vez de enfocarse en reducir costes los administradores del sistema deberían enfocarse en mejorar la eficiencia, es decir, en utilizar los recursos disponibles de la mejor forma posible, lo que eventualmente puede suponer una reducción de los recursos dedicados a algunas partidas sanitarias, pero no necesariamente. Pero para hacer esto hay que tener conocimiento. Claro que mejorar la eficiencia requiere una actitud inteligente, de gestión del conocimiento en toda la organización, y esto es mucho más difícil que simplemente aplicar un porcentaje de recorte en el presupuesto.

Las organizaciones sanitarias constituyen uno de los ejemplos más claros de organizaciones intensivas en conocimiento. Se trata de una afirmación fácil de aceptar. Cuando hablamos de conocimiento en el sistema sanitario inmediatamente pensamos en conocimiento médico. Sin embargo el conocimiento médico es sólo una parte del conocimiento que las personas utilizan en las organizaciones sanitarias. La realidad es que en las organizaciones sanitarias es vital también conocimiento de otras profesiones, el conocimiento práctico, el conocimiento organizativo, y el conocimiento que los usuarios del sistema tienen sobre cómo utilizarlo. Todas estas clases de conocimiento son importantes para la eficiencia de una organización. Veamos por ejemplo la importancia del conocimiento que los usuarios tienen sobre la utilización del sistema.

España es uno de los países europeos donde más consultas médicas por habitante se producen al año, muchas de ellas a demanda y con carácter de urgencia. Y la diferencia no es pequeña, consultamos al médico casi el doble que la media europea. Por tanto, si queremos mejorar la eficiencia del sistema sanitario tendremos que ser capaces de gestionar el conocimiento que los usuarios tienen sobre cómo utilizar los servicios. Deberíamos educar sistemáticamente a las personas para que fueran más autónomas y capaces de decidir por sí mismas.

En vez de ello, los programas sanitarios de los partidos políticos nos venden libertad de elección, sin que el usuario asuma ninguna responsabilidad o coste; y las disposiciones oficiales, los colegios de médicos y hasta los anuncios de TV no dejan de incitarnos, e incluso obligarnos a consultar al médico para cualquier cosa. Para replicar recetas, para confirmar bajas, para justificar que

el niño no fue a un examen, para autorizar que un pensionista vaya a un balneario, y para decenas de trámites más. El resultado es que los médicos, el recurso más caro del sistema sanitario, dedican más de la mitad de su tiempo de trabajo a hacer tareas de escaso valor sanitario que podría realizar una enfermera, una trabajadora social, un auxiliar administrativo o un ordenador de forma automática. Es decir, nuestra organización sanitaria está muy lejos de gestionar adecuadamente el conocimiento, y por tanto muy lejos de la eficiencia. Podríamos hacer mucho más con los recursos disponibles. Empezando por transferir a los usuarios capacidad de decisión y al menos parte de la responsabilidad o los costes de las decisiones que tomen.

¿Cómo se distingue a una organización que gestiona el conocimiento? Porque adopta una actitud positiva para *utilizar todo lo que sabe y aprender de todo lo que hace*. Es decir, cuando se facilita a todas las personas de la organización que utilicen todo lo que la organización sabe y que la organización aprenda de todo lo que hacen. En «todas las personas» incluidos a los usuarios del sistema sanitario y a los profesionales no médicos, pero parece obvio que los médicos son los líderes naturales en a organización, por lo que les corresponde la responsabilidad de dar ejemplo y facilitar la tarea al resto de los profesionales y a los usuarios. Por tanto, hay que facilitar el acceso al conocimiento de la organización y promover la transparencia sobre el desempeño; y los médicos deberían dar ejemplo.

Para expresarlo con mayor claridad, las organizaciones sanitarias que quieran gestionar el conocimiento no pueden limitarse a promover que los médicos adopten prácticas basadas en la evidencia. Deberían también facilitar la creación y difusión del conocimiento práctico para el resto de profesionales y para los usuarios. Así, deberían promover que los usuarios aprendan a cuidarse a sí mismos, puedan acceder a sus datos de historia clínica y participar activamente en el registro de datos de seguimiento. Además, deberían facilitar la transparencia sobre el desempeño. Es decir, que tanto los profesionales como los usuarios deberían poder saber qué médicos, centros de salud u hospitales tienen mejores indicadores.

Hoy en día todos podemos consultar en Internet el número de estrellas o servicios de un hotel o qué opinan los usuarios antes de decidir en cuál vamos a alojarnos. En el sistema sanitario nos conceden libertad para elegir, pero no nos proporcionan el conocimiento necesario para ejercerla. ¿Por qué no se nos facilita información clara sobre los médicos, centros de salud u hospitales con mejores indicadores del sistema público de forma que podamos elegir con conocimiento? Sólo con un poco de transparencia el sistema se dotaría de un excelente incentivo para que los médicos y otros trabajadores de los centros sanitarios intentasen mejorar cada día.

Sencillamente necesitamos organizaciones sanitarias más inteligentes, menos temerosas a la transparencia, capaces de aprender y de adaptarse a nuevas circunstancias. Uno de los aspectos clave para ello es utilizar inteligentemente las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Pero la clave está en el uso inteligente más que en disponer de las tecnologías. En los últimos años hemos asistido a la generalización del uso del ordenador en las consultas médicas y el uso de los sistemas de historia clínica electrónica. Se trata de progresos indudables, pero estamos muy lejos de utilizar inteligentemente estos recursos.

Hay mucho que aprender de ello en la literatura empresarial clásica sobre gestión del conocimiento<sup>1</sup>. Todos ellos coinciden en destacar que las TIC son necesarias, pero no suficientes. Si hay un mensaje claro que emana de esta literatura es que las tecnologías por sí solas no bastan, es necesario realizar cambios de cultura y de comportamientos en la organización. Sin cambio en el comportamiento de las personas no hay gestión del conocimiento y difícilmente se puede mejorar la

---

<sup>1</sup> Véase por ejemplo: IKUJIRO NONAKA & HIROTAKA TAKEUCHI (1995): *The Knowledge Creating Company* (generación y uso del conocimiento en compañías japonesas); DOROTHY LEONARD-BURTON (1995): *Wellsprings of Knowledge* (rol del conocimiento en compañías manufactureras), y DAVENPORT, T. H. & PRUSAK, L. (1998): *Working Knowledge. How Organizations Manage What They Know* (Síntesis de KM).

eficiencia, salvo en cuestiones marginales, en un sector en el que la mayor parte del presupuesto es el gasto de personal.

La literatura sobre gestión del conocimiento resalta que existe un continuo de dato-información-conocimiento. La información contiene datos, pero los datos sólo adquieren el carácter de información cuando se les dota de relevancia y propósito. Los datos transmiten información cuando se les dota de un contexto, se organizan en categorías, se realizan cálculos, se corrigen o se condensan. Del mismo modo, el conocimiento contiene información, pero no toda la información es conocimiento. La información adquiere categoría de conocimiento cuando se le dota de significado y utilidad. Para ello la información requiere ser comparada, relacionada con las consecuencias, estar conectada con otra información relevante, convertirse en información práctica, muy cercana a la toma de decisiones y a la acción.

El conocimiento está pegado a las personas: los libros de medicina pueden contener toda la información, pero sólo se convierte en conocimiento cuando el médico procesa toda esa información para utilizarla en su práctica médica. Una gramática y un diccionario pueden contener toda la información necesaria para hablar una lengua, pero tener conocimiento de una lengua requiere saber hablarla, no sólo disponer de un diccionario y una gramática.

Convertir a una organización sanitaria en gestora de conocimiento implica entender que el día a día de la organización es parte esencial del proceso de generación y gestión de conocimiento. Implica comprometer progresivamente a todas las personas en la mejora de la calidad de los procesos internos y de la atención a los usuarios. Sin olvidar que la educación de los usuarios para la mejor utilización de los servicios es una parte esencial del proceso. El meollo de la cuestión está en adoptar prácticas sencillas de evaluación sistemática de lo que se está haciendo, de cómo mejorar, y en conseguir introducir cambios reales en la práctica cotidiana. Esto difícilmente ocurrirá de forma impuesta por procedimientos verticales de arriba-abajo. Todas las organizaciones que han adoptado el paradigma de gestión del conocimiento han establecido cauces efectivos para que se produzcan cambios de abajo-arriba.

## **ALGUNAS IDEAS PARA DAR QUÉ PENSAR**

1. Al estudiar organizaciones excelentes en gestión del conocimiento se ha encontrado sistemáticamente que más del 50 por 100 de las ideas que funcionan vienen de abajo. ¿A qué estamos esperando para establecer en las organizaciones sanitarias un sistema de gestión de las ideas sugeridas por profesionales y usuarios? Suele existir un buzón de quejas, sugerencias y reclamaciones, pero eso no es suficiente. Un sistema de gestión de ideas requiere estimular la creación de ideas, analizarlas, decidir si se ponen en práctica, evaluar los resultados de las que se implantan, reconocer a quien las propuso, e incluso recompensarle. No es algo intrínsecamente difícil, sólo hay que proponérselo.
2. Incluso los mejores médicos cometen errores constantemente. En vez de limitarnos a tratar de detectar y penalizar los errores ¿Por qué no facilitar a los médicos herramientas eficaces de autoevaluación? Y cuando ocurre un error, ¿Porqué la preocupación fundamental es casi siempre encontrar un culpable, en vez de analizar todos los factores que contribuyeron al error y poner los medios para que no vuelva a suceder? La actitud de una organización que gestiona el conocimiento es la de saber que los mejores médicos, centros de salud y hospitales cometen errores todos los días y es necesario prestar mucha atención para detectarlos y aprender de esos errores para tratar de prevenirlos y que no se vuelvan a producir.
3. Hemos comentado que el médico español sufre de una sobrecarga burocrática que es muy ineficiente para la organización. Además es un trabajo frustrante para el médico que

preferiría dedicar su tiempo a hacer de médico. ¿A qué están esperando las organizaciones sanitarias para proponer un plan de reducción de cargas administrativas de los médicos? Habría que analizar si tiene sentido cada uno de los trámites que se están haciendo. Por ejemplo, parece claro que la exigencia de un justificante médico para eximir de examen tiene un coste absolutamente desproporcionado que el sistema sanitario no debería soportar.

4. Las organizaciones sanitarias han invertido muchos millones de euros instalando ordenadores e implantando sistemas de historia clínica electrónica, pero siguen utilizando el correo postal como medio de comunicar las citas a los usuarios en un país en el que ya existen muchos más teléfonos móviles que población. ¿No se podría mejorar enormemente la gestión del conocimiento y la eficiencia del sistema utilizando con un poco de inteligencia tecnologías que ya están a disposición de casi todo el mundo como el teléfono móvil, los SMS o el correo electrónico?
5. El 80 por 100 de la demanda del sistema sanitario se debe a problemas crónicos de salud, pero las organizaciones sanitarias sigue funcionando como si su principal papel fuera la atención a problemas agudos. ¿Para cuándo vamos a facilitar el autocuidado de la enfermedad por los propios pacientes y familiares tratándolos como personas adultas e inteligentes en vez de empeñarnos en medicalizar su vida con una actitud paternalista?

En definitiva, la gestión del conocimiento está lejos de haberse implantado como práctica habitual en las organizaciones sanitarias. Hay mucho camino por recorrer y mucha eficiencia por ganar. La aplicación de las TIC al sistema sanitario ha modificado ya muchos comportamientos y la práctica médica, pero las mejoras organizativas son todavía pequeñas y están muy lejos de su impacto potencial. La posible resistencia al cambio que puedan presentar los médicos es en cualquier caso muy inferior a la resistencia que presenta la organización sanitaria como tal con todo su armazón de complejas normas burocráticas, falta de autonomía de gestión (de libertad de decisión y de responsabilidad por las consecuencias) y responsables políticos timoratos.

El sistema sanitario tiene que suministrar información depurada, de calidad y fácilmente accesible para el decisor clínico y para los usuarios. Pero tiene que hacer también mucho más, tiene que desarrollar la capacidad de aprovechar el desempeño de los clínicos para generar *conocimiento* sobre los resultados y utilizar ese conocimiento para crear incentivos positivos (recompensas), resistiendo la tentación típicamente burocrática y carente de imaginación de utilizarla sólo para generar incentivos negativos (castigos).

Recordemos de nuevo la diferencia entre información y conocimiento. Conocimiento es una información útil para el clínico, que le ayuda a mejorar los resultados de su trabajo. Es decir, en vez de exigirle recoger información que sobrecarga su trabajo y le hace vulnerable, se trata de facilitarle el trabajo y la obtención de reconocimiento por el trabajo bien hecho. No se trata de recoger más información. Por ejemplo, no necesitamos más guías de práctica clínica que proponen rutinas de comportamiento estandarizado. Lo que necesitamos son verdaderos sistemas de gestión inteligente del conocimiento que permitan seleccionar rápidamente las mejores guías y depurarlas de acuerdo con su utilidad en la práctica por quienes las utilizan.

Esta diferencia se puede entender mejor con un ejemplo de gestión. En vez de más estudios de coste-efectividad planteados como investigación de valor pretendidamente general, con todos los problemas de extrapolación que conlleva, puede ser más útil generar y aprovechar el conocimiento sobre lo que un hospital concreto hace y sobre el coste-efectividad de su funcionamiento en la utilización de tecnologías o prácticas clínicas con el fin de poder mejorar sus resultados en el tipo de población que atiende. Un sistema orientado a mejorar los resultados en salud y la calidad de la atención. Tendría que ser muy flexible, permitir a los clínicos reinventar las normas y adaptarse a las condiciones de trabajo.

Pensemos en la parte positiva de la variabilidad de la práctica clínica. Una parte de la variabilidad de la práctica clínica puede ser una respuesta adaptativa a entornos de trabajo diferentes. En vez de buscar en la variabilidad de la práctica la detección de errores de práctica que han de ser castigados, ¿por qué no buscar la variabilidad que responde a motivos adaptativos y representa aciertos que merecerían ser conocidos y premiados? Al perseguir la variabilidad ¿no existe el riesgo de promover la mediocridad y el inmovilismo en vez de la excelencia clínica y la innovación en la práctica?

La pretensión de querer encontrar soluciones únicas para todo puede generar más de un problema. La diversidad de situaciones quizá haría más efectivo un enfoque que permitiese a cada centro sanitario, a cada unidad clínica, encontrar la mejor solución para cada caso. Que en muchos casos puede ser una solución estándar, pero reconozcamos que en último término cada caso es único y todas las recomendaciones de las guías de práctica pueden tener excepciones. Además, la pretensión de control administrativo centralizado sólo conduce a desmotivar a las personas y producir comportamientos burocráticos adaptados a las exigencias de control. Necesitamos profesionales motivados para resolver los problemas de los usuarios y la motivación es mayor cuando la libertad y la responsabilidad son mayores.

Lo que seguro que no favorece la gestión del conocimiento ni la mejora de la eficiencia es una organización atenazada por el miedo. Pensemos en una posibilidad elemental de la telemedicina. La posibilidad de consulta previa por teléfono o webcam para ayudar a un usuario a decidir si acudir a urgencias o a la consulta normal o qué hacer ante una situación de duda sanitaria. ¿Podría mejorar la eficiencia, los resultados (y ahorrar costes en salud) consultar a un clínico antes de tomar esta decisión? Parece evidente que sí. Pero inmediatamente surge el temor a los problemas de confidencialidad, seguridad, responsabilidad que parecen inabordables de forma general y paralizan la toma de decisiones. ¿Por qué no experimentamos a escala local con diferentes estrategias de solución para este tipo de problemas? Justamente de lo que se trata es de abordar estos problemas, porque los costes de oportunidad que implica el comportamiento defensivo de los administradores sanitarios ante este tipo de temores son enormes.