

Una visión sistémica de la gestión del conocimiento en atención primaria

R. Nuño Solinís^a y J.L. Elexpuru Marcaida^b

La gestión del conocimiento es una de las corrientes de gestión más en boga desde comienzos de los noventa. No en vano, de forma cada vez más generalizada, se afirma que los países desarrollados se adentran en una economía y una sociedad del conocimiento¹. La trascendencia de esta transformación está llevando a tomar conciencia del valor que tiene el conocimiento en las organizaciones, hasta el punto de identificar el conocimiento como la «ventaja competitiva» de nuestro futuro más próximo. En el mundo sanitario, la gestión del conocimiento está de plena actualidad, dado que la Organización Mundial de la Salud ha dedicado su Informe Mundial del pasado año² y el número de octubre de 2004 de su boletín³ al denominado «*know-do gap*», esto es, a la distancia entre los avances científicos disponibles y la práctica profesional.

Seguidamente se plasman unas reflexiones donde se abordan las bases conceptuales y algunas implicaciones que se derivan para la atención primaria de la consideración del conocimiento como un proceso emergente que, en las organizaciones humanas, se manifiesta, valoriza, recrea y regenera en

el ámbito de la interacción. Estas reflexiones pretenden, además de promover el debate, explorar las nociones de conocimiento y de aprendizaje organizativo presentes desde hace tiempo en la bibliografía de gestión⁴ y concretarlas en el ámbito asistencial primario.

Esta reflexión conduce a plantearse una concepción de gestión del conocimiento donde la «gestión de entornos» adquiere un especial significado. Esos entornos –contextos reales o virtuales de interacción intra e interorganizativos– comprenden modelos de organización formal e informal, pautas, rutinas, esquemas de práctica, valores, cultura organizativa, etc., que influyen en el comportamiento de las personas y los grupos dentro de las organizaciones, y en sus aspectos técnicos, sociales, cognitivos y emocionales.

Además, resulta necesario rescatar un concepto innovador, el de «calidad sistémica», para describir la noción –siguiendo una metáfora organicista– de organizaciones sanas, entendidas como organizaciones adaptables, robustas y fértiles para el conocimiento, la creatividad y la innovación. Este concepto se planteó por primera vez en el informe Innovative Care for Chronic Conditions (Atención Innovadora a las Enfermedades Crónicas)⁵ de la Organización Mundial de la Salud al objeto de englobar los atributos organizativos que conceptualmente se vinculan a la noción de atención integrada, esencialmente aspectos de coordinación entre servicios y de continuidad de la atención (atributos propios de la atención primaria), en definitiva, a cuestiones de «calidad en las interacciones». El concepto es ampliable a los aspectos que influyen en la existencia de dinámicas intra e interorganizativas sanas.

Merece la pena incidir en la importancia de los contextos organizativos y de los modelos de gestión para el logro de los resul-

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Se plasman unas reflexiones donde se abordan las bases conceptuales y algunas implicaciones que se derivan para la atención primaria de la consideración del conocimiento como un proceso emergente que, en las organizaciones humanas, se manifiesta, valoriza, recrea y regenera en el ámbito de la interacción.

▼ Esta reflexión conduce a plantearse una concepción de gestión del conocimiento donde la «gestión de entornos» adquiere un especial significado.

▼ Resulta necesario rescatar un concepto innovador; el de «calidad sistémica», para describir la noción de organizaciones sanas, entendidas como organizaciones adaptables, robustas y fértiles para el conocimiento, la creatividad y la innovación. ▶

^aRed de Innovadores de la Organización Mundial de la Salud. Bilbao. Vizcaya. España.

^bDelegación Territorial de Sanidad de Álava. Gobierno Vasco-Vitoria. Álava. Vitoria. España.

Las opiniones expresadas en este artículo son responsabilidad única de sus autores y no son atribuibles a ninguna de las organizaciones a las que están adscritos.

Correspondencia: Roberto Nuño Solinís.
Blas de Otero, 23, 1.º C. 48014 Bilbao. Vizcaya. España.
Correo electrónico: robnuño@terra.es

Manuscrito recibido el 20 de enero de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 31 de enero de 2005.

Palabras clave: Atención primaria. Gestión organizacional. Conocimiento.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Estimamos que la atención primaria es terreno fértil para esos modelos innovadores si se cuenta con las dosis necesarias de compromiso político y voluntad de cambio.

▼ El movimiento de la medicina basada en la evidencia ha supuesto una aportación fundamental en la transformación de los resultados de investigación en información sintética, estructurada y asimilable por el profesional.

▼ Ese reto de generar una atención sanitaria «basada en el conocimiento» debe superar múltiples barreras procedentes de la cultura profesional, de los modelos de ejercicio, de las percepciones de los profesionales, de las resistencias individuales al cambio, de la existencia de mensajes no siempre congruentes sobre la efectividad de las intervenciones, de las normas y regulaciones administrativas, y del contexto organizativo.

▼ Se trata de aportaciones trascendentales en el propósito de generar contextos organizativos donde la práctica profesional se desarrolle de forma generativa, creadora, utilizando conocimiento de calidad, adaptado, responsivo y actualizado.

tados pretendidos por las organizaciones, entendiendo estos resultados desde una perspectiva ampliada (en pacientes, profesionales y sociedad general). La evidencia procedente de las ciencias de gestión demuestra la existencia de modelos organizativos y de gestión que presentan potencialidades para una aplicación más efectiva del conocimiento y para la mejora del clima organizacional. Ante lo cual, estimamos que la atención primaria es terreno fértil para esos modelos innovadores si se cuenta con las dosis necesarias de compromiso político y voluntad de cambio.

El futuro de la atención primaria depende de su capacidad de respuesta a las necesidades, demandas y expectativas que la sociedad sitúa en sus equipos asistenciales. La calidad de esa respuesta está vinculada al conocimiento aplicado en el primer nivel de atención, indisociable de las personas que lo generan y de su grado de satisfacción con su trabajo y con el entorno en que ejercen. Ese conocimiento está ligado al avance de la investigación en esta área, su difusión y su aplicación en la práctica profesional.

Dentro de este ámbito, el movimiento de la medicina basada en la evidencia, con el trabajo de redes colaborativas como la Cochrane Collaboration⁶, ha supuesto una aportación fundamental en la transformación de los resultados de investigación en información sintética, estructurada y asimilable por el profesional. Así, revisiones, síntesis, metaanálisis y guías de práctica clínica se han popularizado enormemente en los últimos años y han permitido la difusión de información de calidad. Pese a esta contribución trascendental, pervive el reto de adecuar la práctica clínica al conocimiento científico disponible y de fertilizar su aplicación efectiva en la interacción entre pacientes y profesionales sanitarios. Ese reto de generar una atención sanitaria «basada en el conocimiento» debe superar múltiples barreras procedentes de la cultura profesional, de los modelos de ejercicio, de las percepciones de los profesionales, de las resistencias individuales al cambio, de la existencia de mensajes no siempre congruentes sobre la efectividad de las intervenciones, de las normas y regulaciones administrativas, y del contexto organizativo. Resulta notorio que hasta el momento no se ha prestado suficiente atención a este úl-

timo elemento, sobre todo por la existencia de evidencias crecientes de que el tránsito hacia modelos organizativos más flexibles y autogestionados favorece la generación de contextos organizativos más sanos, con mayor satisfacción de los profesionales y con una mejor difusión y valorización del conocimiento. Por ejemplo, las experiencias de desarrollo e implantación del modelo de equipos autogestionados⁷ o de su traslación al ámbito de la educación pública en forma de miniescuelas (Premio Ciudadanía a la Calidad de los Servicios Públicos 2004⁸) pueden brindar lecciones muy útiles para la organización de la atención primaria. Igualmente, el estudio de nuevos modelos organizativos, como son las denominadas organizaciones flexibles, en red, holográficas, heterarquías, etc., ha de servir de base para un rediseño organizativo de la atención primaria que contemple un sistema relacional extendido basado en la confianza y comunicación y sustentado en el conocimiento.

Se trata de aportaciones trascendentales en el propósito de generar contextos organizativos donde la práctica profesional se desarrolle de forma generativa, creadora, utilizando conocimiento de calidad, adaptado, responsivo y actualizado. La mala noticia es que el modelo de organización burocrático-gerencialista dominante en nuestro sector sanitario, que no recompensa el talento, que burocratiza, automatiza y precariza la profesión sanitaria, impide una transición fluida hacia nuevas formas organizativas.

Contra este planteamiento puede argüirse que las evaluaciones de nuevos modelos de gestión, como, por ejemplo, los de atención primaria en Cataluña^{9,10}, no han detectado diferencias significativas. Desde nuestro punto de vista, las formas más autoorganizadas presentan diversos resultados prometedores, pero la cuestión de fondo es dilucidar si el tránsito a una nueva fórmula jurídica, como pueden ser las cooperativas, garantiza un cambio significativo en la cultura y prácticas de gestión. Existen evidencias sólidas de signo contrario, como lo demuestra la experiencia más larga y consolidada de cooperativismo en nuestro entorno (Mondragón Corporación Cooperativa), donde bajo una misma fórmula jurídica conviven modelos tradicionales fuertemente jerárquicos y modelos auto-

gestionados. Por todo ello, centrarse únicamente en los aspectos jurídicos, o en el tan traído y llevado debate público-privado, puede ser muy enriquecedor desde otras perspectivas, pero supone perder parcialmente el rumbo si lo que queremos estudiar son los contextos organizativos que se generan bajo distintos «modelos de organización y gestión».

Por añadidura, diversos estudios^{11,12} señalan algunos factores que contribuyen a la insatisfacción de los profesionales y a la aparición del síndrome de *burnout*, algunos de los cuales (sobrecarga laboral, falta de apoyo, pérdida de estatus, control reducido sobre su trabajo, etc.) están ligados al contexto organizativo.

A la luz de lo anterior, desde una perspectiva sistémica, vislumbramos una interrelación profunda entre clima organizacional, satisfacción de los profesionales, calidad de la atención y contexto organizativo, que influye poderosamente en cómo se gestiona y aplica el conocimiento en atención primaria, y defendemos que, si conseguimos transformar el contexto organizativo y basarlo en la cooperación, la confianza, la interacción local y la apertura a la innovación, estaremos en mejores condiciones para que el conocimiento de los profesionales evolucione a la par de los avances científicos y para que la atención sanitaria dé mejor respuesta a las necesidades de salud de individuos y poblaciones.

Bibliografía

1. Castells M. The rise of the network society. Oxford: Blackwell; 1996.
2. World Health Organization. World Health Report 2004. Geneva: WHO; 2004.
3. Bulletin of the World Health Organization. Bridging the know-do gap in global health. Bull World Health Organ. 2004;82:719-810.
4. Senge PM. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. New York: Doubleday; 1990.
5. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. WHO Global report. Geneva: WHO; 2002.
6. Volmink J, Siegfried N, Robertson K, Metin A. Research synthesis and dissemination as a bridge to knowledge management: the Cochrane Collaboration. Bull World Health Organ. 2004;82:778-83.
7. Vázquez A. El modelo vasco de transformación empresarial. Bilbao: Hobest; 1998.
8. Premio Ciudadanía: Proyecto Guneka-Miñiescuelas [consultado 26/01/2005]. Disponible en: <http://www.premio-ciudadania.com/paginas/ganador.htm>
9. Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de serveis. Barcelona: FAD; 2002.
10. Martín Zurro A. Anàlisi de la situació de l'atenció primària a Catalunya [consultado 03/01/2005]. Disponible en: <http://www.cuimpb.es/bienestar/primaria.pdf>
11. Smith R. Why are the doctors so unhappy? BMJ. 2001;322:1073-4.
12. Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2003;31:227-33.

LECTURA RÁPIDA

El modelo de organización burocrático-gerencialista dominante en nuestro sector sanitario, que no recompensa el talento, que burocratiza, automatiza y precariza la profesión sanitaria, impide una transición fluida hacia nuevas formas organizativas.

Las evaluaciones de nuevos modelos de gestión, como, por ejemplo, los de atención primaria en Cataluña, no han detectado diferencias significativas.

Las formas más autoorganizadas presentan diversos resultados prometedores, pero la cuestión de fondo es dilucidar si el tránsito a una nueva fórmula jurídica, como pueden ser las cooperativas, garantiza un cambio significativo en la cultura y prácticas de gestión.