

Introducción a la Gestión y su aplicación en la Sanidad

José Ramón Repullo Labrador^{1*}

1 Doctor en Medicina. Profesor y Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud, de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

Se define la gestión a partir del pensamiento empresarial, desde donde se aplica a otros ámbitos de servicios, incluida la sanidad. Se sintetizan sus aspectos diferenciales, y su diversificación por niveles asistenciales.

Resumen

La gestión es un término amplio y polisémico; la historia del pensamiento empresarial va definiendo en una serie de funciones (planificar, organizar, incorporar personas, dirigir y evaluar), que pueden sintetizarse en coordinar la producción y motivar a los que participan en ella.

La gestión tiene un núcleo común, pero depende mucho del contexto en el que se aplica: las empresas industriales que fabrican bienes, las que prestan servicios, o las que dichos servicios son profesionales; la sanidad es un caso particularmente especial y complejo de estas últimas.

En la sanidad, y especialmente en entornos públicos, se produce una gran asimetría de información entre proveedores y usuarios; de ahí que el término "demanda" precise complementarse con la "necesidad"; y también que los resultados de valor haya que medirlos en términos de efectividad, seguridad, calidad, impacto (individual y poblacional) y eficiencia.

Los sistemas sanitarios modernos se estructuran en grandes redes, a partir de sistemas de aseguramiento colectivo de riesgos de salud; esto diferencia la macro-gestión (financiación-aseguramiento), la meso-gestión (gerencia de centros y servicios), la micro-gestión (áreas y unidades clínicas), e incluso una nano-gestión (las interacciones y decisiones clínicas individuales). Cada uno de estos niveles obliga a activar diferentes instrumentos y estilos de gestión.

La gestión es una actividad sintética integradora y adaptativa; para ello debe tener un gran arsenal de marcos conceptuales y de herramientas de actuación, que se activarían en función de los problemas y desafíos de las organizaciones.

Palabras clave: *Gestión, Servicios Sanitarios*

* Correspondencia: jrepullo@isciii.es



Open Access: los artículos publicados en esta revista están en acceso abierto bajo licencia Creative-Commons 4.0 Atribución-No Comercial-Compartir Igual (CC BY-NC-SA)



Publicación del Instituto Mixto de Investigación Escuela Nacional de Sanidad (IMI-EMS), de la UNED y el Instituto de Salud Carlos III



Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Abstract

Management is a broad and polysemic term; the history of management thought is defined in a series of functions (planning, organizing, staffing, leading and controlling), which can be synthesized in coordinating the production and motivating those who participate in it.

Management has a common core, but it depends a lot on the context in which it applies: industrial companies that manufacture goods, those that provide services, or those that perform professional services; Health is a particularly special and complex case of the latter.

In health, and especially in public environments, there is a great asymmetry of information between providers and users; hence the term "demand" ought to be complemented with the "need"; and also that the results of value have to be measured in terms of effectiveness, safety, quality, impact (individual and population) and efficiency.

Modern health systems are structured in large networks, based on collective health risk assurance systems; this differentiates macro-management (financing-assurance), meso-management (management of centers and services), micro-management (areas and clinical units), and even nano-management (individual clinical interactions and decisions). Each of these levels requires the activation of different instruments and management styles.

Management is a synthetic integrative and adaptive activity; for performing this role, it must have a large arsenal of conceptual frameworks and action tools, which would be activated according to the problems and challenges of the organizations.

Keywords: Management, health services

INDICE

- 1- El concepto de gestión.
 - 1.1- Ideas convencionales.
 - 1.2 Pensamiento empresarial.
 - 1.3 Dos dimensiones esenciales.
 - 1.4 Gestión en el ámbito público y en el privado.
- 2- La gestión en organizaciones sanitarias
 - 2.1- Las actividades profesionales sanitarias.
 - 2.2- Organizaciones sanitarias.
 - 2.3- Demanda y Necesidad
 - 2.4- Dimensiones de los resultados: efectividad, impacto, seguridad, calidad, eficiencia y equidad.
- 3- Niveles de agregación de la sanidad: macro, meso, micro y nano.
 - 3.1- Macro-gestión: decisiones colectivas de regulación, financiación, planificación y generación de recursos.
 - 3.2- Meso-gestión: la empresa sanitaria y su eficiencia productiva y de red.
 - 3.3- Micro-gestión: organizando y liderando las estructuras y procesos asistenciales.
 - 3.4- Nano-gestión: decisiones clínicas apropiadas y personalizadas.
- 4- Epílogo: la gestión como actividad sintética, integradora y adaptativa.

1- El concepto de gestión.

La gestión es un término amplio y polisémico.

En lengua castellana se confunde con "administración", "gerencia" y "gobierno"; su interpretación es contextual, variando con su ámbito y alcance.

En este apartado veremos su uso convencional o coloquial, su empleo en el mundo empresarial, y finalmente sus elementos esenciales que mejor pueden facilitar su aplicación al conjunto de organizaciones, incluida la sanitaria.

Salir a pasear con los niños al parque, hacer la compra, o trasladarnos al trabajo, son actividades sencillas, que hacemos de forma cotidiana y automática y, que a veces por rutina las desarrollamos sin planificar ni pensar mucho. Otra cosa es si queremos hacer un viaje a conocer otro país... O si queremos poner en marcha un negocio... un consultorio médico. ¿Cómo distinguiría entre los procesos que simplemente se hacen y los que hay que gestionar?

Gestionar implica enfrentar con atención e ingenio una tarea o proceso que presenta cierto grado de dificultad, y que sin invertir tiempo y energía no se

produciría de forma apropiada por sí misma.

Su etimología latina, *gestio*, lo relaciona como participio con *gerere* (hacer); de ahí la proximidad de los términos gestión y gerencia, y su vinculación a la acción; como indica el diccionario de la RAE, gestionar es “llevar adelante una iniciativa o un proyecto”; también, por extensión, sería hacerse cargo de una estructura que plantea retos cotidianos de cumplimiento de objetivos y metas: “ocuparse de la administración, organización y funcionamiento de una empresa, actividad económica u organismo”.

Curiosamente, gestionar puede ser visto como actividad del vértice de las organizaciones, para lo que usamos con mayor frecuencia los términos **gerenciar o gobernar** (del griego pilotar una nave); o como una actividad subordinada de implementación bajo la autoridad y supervisión de un agente principal, para lo que se usa el término “**administrar**” (del latín *ad-minister*, como función que se desarrolla bajo el mando de otro).

En el ámbito público, la palabra “administrar” siempre ha tenido un significado menos instrumental y subordinado, ya que identifica a la función pública, que si bien está al servicio del poder político, goza de un gran margen de autonomía, una mayor durabilidad, y una notable protección legal ante la discrecionalidad de los cargos electos. Un caso bien conocido es la francesa *École Nationale d'Administration* (ÉNA) que forma a la aristocracia funcional que alimenta la alta dirección de las instituciones públicas. Cuando lo regulatorio domina sobre lo productivo, “la administración” asume una gran relevancia semántica y de autoridad (sirva de ejemplo la “administración de justicia”)

Sin embargo, cuando hablamos de organizaciones que producen bienes y servicios, el término administrar se empequeñece y se vuelve subsidiario de la gobernanza, gerencia o gestión. En un hospital, el “administrador” es un técnico o directivo subordinado al de “gerente”; y una actividad “administrativa” (pagar la nómina a los empleados), siempre estará sometida a la “gestión de personal”.

La palabra **gobierno**, suele reservarse a estructuras

y órganos colegiados de las instituciones sanitarias; así, las Juntas o Consejos de “gobierno” de un hospital asumirían la función de pilotar la nave, señalando el rumbo a seguir; siendo el gerente o gestor (ejecutivo) el que en el día a día cumpliría la misión de liderar la organización compleja hacia los fines marcados.

Aparte del debate semántico, en este apartado intentaremos hacer un escrutinio de la gestión, tanto de las ideas convencionales que desvela el uso coloquial del término, como de la interpretación en el ámbito empresarial, fruto del marco de las teorías de organización (el término “management” que tanto en inglés como en francés comparten la polisemia de la gestión); finalmente reseñaremos las dimensiones nucleares esenciales que describirán gestión y gestionar, y que nos serán de particular utilidad para su aplicación en un tipo de instituciones muy singulares, como son los centros y servicios sanitarios.

1.1 Ideas convencionales.

A diferencia de las actividades cotidianas, otros proyectos y procesos requieren anticipación, esfuerzo, ingenio y maestría. El reto de la gestión es abordar actividades complejas o de gran dimensión.

En las actividades industriales o bien definidas, la gestión aporta un enorme potencial de mejora de la productividad y la calidad, al enlazar y articular la tecnología con los recursos humanos y con la organización de los procesos.

La gestión es una actividad consciente y deliberada que desarrollamos para conseguir del entorno que nos rodea una serie de bienes y servicios, que exigen anticipación, esfuerzo, ingenio y maestría. Si forzamos el uso del término, podríamos decir que también se pueden gestionar las cosas pequeñas y rutinarias que hacemos todos los días, que son a veces muy exigentes; e incluso hay técnicas de manejo del tiempo, de uso de agendas, o de mejoras de habilidades personales, en las que tiene sentido aplicar la gestión para mejorar el desempeño. Pero

cuando “lo que gestionamos” es complejo o de gran dimensión, notamos la diferencia.

En una organización, empresa o institución, hay muchas personas que desarrollan diversas tareas; normalmente los trabajadores se especializan en actividades y funciones, y todos cooperan en procesos productivos; pero un trabajador puede emplearse en diversos procesos que desarrolla la organización.

Es muy típico de las organizaciones complejas que las tareas sean **acopladas y múltiples**: cirujanos, anestesistas y enfermeras cooperan en un quirófano para operar a un paciente con una fractura; pero al día siguiente ese mismo quirófano es ocupado por un cirujano que interviene a otro paciente para operarle de la vesícula biliar; ese mismo anestesista luego va a reanimar a un paciente, o a dedicar unas horas a una unidad del dolor... Podemos imaginar múltiples ejemplos donde diversos trabajadores trabajan en un proceso, y un trabajador aporta su esfuerzo en varios procesos.

Cuando cada tarea elemental se desarrolla de forma estable y sin variaciones, es fácil mecanizar la producción. Para ello hace falta tecnología y energía: pensemos en la diferencia de recoger trigo con hoces y el uso masivo de fuerza de trabajo humana, frente a la tremenda productividad de una máquina cosechadora.

Cuando tenemos una base tecnológica suficiente, la complejidad puede controlarse por los ingenieros y gestores industriales, que planifican el proceso productivo, organizan actividades y tareas, seleccionan y asignan las personas más adecuadas a cada puesto, supervisan la producción, resuelven las incidencias, y controlan si los resultados son los esperados.

Este substrato de buena organización de los procesos, procedimientos, actividades y tareas es la materia prima que hace emerger a la gestión en las organizaciones, como veremos en el punto siguiente.

1.2 Pensamiento empresarial.

Las industrias exigen un modelo de producción muy bien organizado y coordinado, centrado en el proceso y las máquinas.

Pero los trabajadores deben estar motivados; a través de la retribución por su tiempo y esfuerzo (motivaciones extrínsecas); y también por su implicación y realización personal a través de las actividades y su interacción con los demás (motivaciones intrínsecas).

Los modelos artesanales o familiares de manufacturar bienes para el consumo humano se mantuvieron durante siglos en el seno de gremios y con trasmisión empírica de las competencias, de los maestros a los aprendices. La eclosión de conocimiento tras el renacimiento, y la aplicación de las energías no renovables a la revolución industrial (la máquina herramienta), está en la base de la revolución industrial que se inicia en el Siglo XVIII¹

La producción industrial, acoplando hombre y máquina, demostró su capacidad de desarrollar una alto rendimiento: millones de bienes pueden fabricarse con un mínimo de empleo de recursos y en un tiempo muy rápido. En la base de la llamada “*sociedad de consumo*” está la enorme productividad de las cadenas de producción industrial. Una forma de mostrar la gran eficiencia productiva del modelo industrial es la tremenda reducción del coste unitario de producción, en relación a métodos artesanales tradicionales.

Desde tiempos de Taylor (inicios del Siglo XX) se buscó cómo perfeccionar los sistemas de retribución para aumentar el esfuerzo, diligencia, implicación y eficiencia de los trabajadores. Taylor y Gantt buscaron **métodos científicos** de estandarizar tareas y tiempos, repartiendo una parte de los beneficios de las mejoras productivas a través de gratificaciones y premios a los trabajadores que mostraban mejor desempeño.

La coordinación técnica de la producción, siendo condición necesaria, no era suficiente. El factor humano exigía algo más: la motivación para desarrollar las tareas que se le encomiendan. Buena parte de esta motivación se obtiene por el incentivo económico: el salario y las bonificaciones

crean una **“motivación extrínseca”** para que los trabajadores cumplan su función y tarea.

A lo largo del Siglo XX se profundizó en la comprensión de la relación del trabajador con la producción, a través de la psicología industrial y de investigadores como Mayo, Maslow y Herzberg: el ser humano no era una pieza más de la cadena productiva, y existían incentivos muy potentes, situados más allá de las recompensas salariales y de los pagos por desempeño: la **“motivación intrínseca”** surge de la personalidad del ser humano, de su interacción con otros, de su autoestima, de la satisfacción por el trabajo bien hecho, de sentirse parte de un grupo, de saberse reconocido, de realizar su talento y desarrollar su competencia, de mostrar su maestría...

Para este enfoque, la **teoría del factor humano**, ya no se trataba de cómo adaptar el hombre a la máquina, sino cómo adaptar la máquina a la persona.

Sobre la base de estos dos elementos, la organización de las tareas y la motivación de los trabajadores, se fue construyendo un marco teórico más robusto; a él se añadieron los aspectos de **relación entre la organización y su entorno**: la innovación tecnológica daba ventajas competitivas claras; la comprensión de demandas y preferencias de los clientes también era esencial; la conexión de la adaptabilidad interna y externa, marca la evolución del pensamiento empresarial moderno.

Los autores de las primeras teorías generales de la gestión empresarial, como Harold Koontz, llegaron a estructurar una serie de **funciones directivas** que deberían ser desarrolladas para dar respuesta a las exigencias de una gestión apropiada de la producción (fundamentalmente en el contexto industrial).

- **Planificar:** diseñar estructuras y captar recursos para poner en marcha procesos, que generen bienes o servicios para satisfacer necesidades y demandas.

- **Organizar:** establecer qué tipo de personas y medios estarán implicados en el desarrollo de procesos, y cómo se integrarán y coordinarán las tareas.

- Asignar e integrar **Recursos Humanos:**

“staffing” en inglés, que implica buscar las personas apropiadas para cada tarea definida.

- **Dirigir:** “leading” en inglés, que implica la función de mando, coordinación, motivación y resolución de incidencias en el desarrollo de procesos.

- y **Evaluar:** “controlling” en inglés, que analizar los resultados conseguidos en relación con los previstos, y eventualmente replantear el diseño o el desarrollo del proceso.

La historia del pensamiento empresarial y organizativo, es de gran riqueza e interés, aunque excede esta sintética introducción; para profundizar hay libros clásicos como el de Daniel Wren. No obstante, a los efectos de esta revisión, tiene más sentido enunciar las dos dimensiones esenciales de la gestión, que debemos rescatar para trasladar la reflexión al ámbito sanitario; a esto se dedica el punto siguiente.

1.3 Dos dimensiones esenciales.

Gestionar es coordinar la producción (dimensión técnica de articular recursos e insumos), y motivar a los que participan en ella (los empleados que desempeñan las diferentes actividades y funciones).

Si tuviéramos que formular la definición más simple de Gestión, sería coordinar la producción, y motivar a los que participan en ella. La Figura 1 nos permite visualizarlo con mayor amplitud:

COORDINAR LA PRODUCCIÓN	Planificar los recurso y estructuras	Evaluar, controlar y rendir cuentas
	Organizar los procesos	
	Asignar, ubicar e integrar a los trabajadores ajustando competencias y requerimientos	
MOTIVAR A LOS QUE PARTICIPAN EN ELLA	Diseñar y gestionar los sistemas e instrumentos de retribución, motivación e incentiación	
	Dirigir: impulsar los procesos , resolver incidencias, y motivar a los empleados	

Figura 1: Correlación de las funciones gestoras clásicas con las dos dimensiones esenciales de coordinación y motivación.

En la dimensión de **coordinación**, la función gestora busca construir unos buenos cimientos para que la institución pueda cumplir su misión y objetivos: planificando, organizando, dotando de personas los diferentes puestos, e incorporando el conocimiento necesario para poner en marcha la producción.

En la dimensión de **motivación**, la función gestora ha de asumir el día a día, liderando los equipos humanos, tanto para animar, supervisar o corregir, como para resolver las incidencias que inevitablemente aparecen en el funcionamiento de cualquier proceso productivo; y como componente fundamental ha de crear un clima laboral motivador, que acabe generando una cultura organizativa positiva y orientada a la tarea, donde los intereses de la organización y las personas estén razonablemente alineados.

La evaluación y rendición de cuentas podría entenderse como un aspecto compartido por la coordinación y la motivación, ya que tiene una dimensión técnica (retroalimentar el proceso productivo para ver si los resultados son los esperados), y también una dimensión de motivación, ya que a los trabajadores (particularmente a los profesionales sanitarios) la satisfacción por el cumplimiento de objetivos, la calidad, la reputación y el prestigio, son factores muy poderosos para alimentar su motivación intrínseca y trascendente.

1.4 Gestión en el ámbito público y en el privado.

La gestión cambia en función del nivel donde se aplica y del entorno público o privado. Pese a esa diversidad mantiene una base conceptual esencial y un conocimiento transferible entre escenarios y ámbitos.

En los entornos públicos se establecen reglas formales de control que hacen menos flexible y adaptativa la gestión; pero también imprimen mayor solidez y estabilidad.

Muchas de las restricciones a la acción en la gestión pública son mitigables o evitables; para ello se precisa una revisión de los modelos de gestión administrativa y funcional, desde la perspectiva del Buen Gobierno.

Las ciencias de la gestión se incubaron en la empresa industrial, y desde ahí se han extendido al ámbito de servicios y al sector público. En las **actividades privadas**, el esquema de gestión tiene una mayor simplicidad: hay demanda y oferta que interaccionan en el mercado a través de los precios; las empresas compiten en los mercados, y las señales de los precios existentes y los costes en los que incurren, son un buen punto de partida para organizar e innovar en la producción.

La gestión en **entornos públicos** tiene múltiples agentes y objetivos; por ser pública ha de rendir cuentas a la ciudadanía a través de los políticos electos; por ser actividades que engloban bienes públicos y bienes socialmente preferentes, ha de evaluar tanto la demanda como la necesidad que cubre y el valor que aportan.

Por ello, la gestión pública tiene una serie de limitaciones: modelos de gestión presupuestaria con intervención previa y pago centralizado, y empleados o funcionarios públicos con una escasa flexibilidad en su gestión, y débiles instrumentos de incentivación.

Si bien algunas de estas restricciones son necesarias para evitar la desviación de poder (rendición de cuentas al financiador público y a la ciudadanía soberana), otras podrían ser mitigadas, mejorando los conocimientos, la información y la técnica (por ejemplo con mejoras del contractualismo público entre financiadores y proveedores públicos); y también algunas otras podrían evitarse, utilizando métodos sugeridos por las disciplinas del Buen Gobierno para fomentar la eficiencia relajando el control directo: competencia por comparación, limitación de los conflictos de interés, trazar cortafuegos para reducir interferencia política e influencia burocrática, etc.

La meso-gestión que luego se comentará, es un territorio donde los servicios públicos deben ensayar innovaciones de gestión emprendedora, autónoma y responsable; los cinco criterios del

Buen Gobierno pueden ser una buena guía para construir, desarrollar y evaluar las experiencias (transparencia, rendición de cuentas, participación, integridad moral y capacidad técnica de los directivos).

2- La gestión en organizaciones sanitarias

Los dos elementos esenciales de la gestión, coordinar y motivar, han de aplicarse a organizaciones muy diferentes, lo que implica cambios muy importantes en su ajuste. En este apartado nos iremos aproximando desde los modelos clásicos, pensados para organizaciones industriales que producen bienes, a aquellas que prestan servicios, para desembocar en un tipo particular de servicios que son los profesionales.

Aunque ahora no se tratará este aspecto, quizás convenga señalar que hay una diferencia importante entre la producción de bienes (productos tangibles como una lata de sardinas, un cuaderno, un bolígrafo...), de la de los servicios (un corte de pelo, una cura de una enfermera, un tendero vendiendo pescado...):

Los **bienes** se pueden almacenar, pues su producción no está acoplada al consumo; y su producción y características son más tangibles y estandarizables (e industrializables).

Los **servicios** no se pueden almacenar, pues producción y consumo están vinculados: aunque la peluquera tuviera tiempo libre, no puede cortar el pelo a los clientes del día siguiente, porque necesitan estar presentes para que el servicio se pueda prestar; y al tener que coincidir (distancias cortas), los aspectos más subjetivos (simpatía, destreza, ...) del prestador de servicios son mucho más importantes para la calidad, y por ello, son menos estandarizables (y poco o nada industrializables).

Los **servicios sanitarios** son claramente servicios, y de especial complejidad, donde además se produce la mencionada asimetría de información entre proveedores y clientes; además las "distancias" son extremadamente cortas,

dado el carácter intrusivo de la anamnesis y la exploración clínica, y lo invasivo de muchos de los procedimientos clínicos (en realidad hay muchas más características singulares en la relación médico-sanitario con el paciente).

Para entender los servicios sanitarios habrá que abordar la distinción entre demanda y necesidad (un tema menos relevante en los bienes y servicios convencionales); y también tendremos que ver los factores de la "oferta" que hacen singulares a las organizaciones profesionales. Sobre esta base, y para completar la descripción, deberemos introducir el ámbito de los resultados del sector sanitario en la salud de personas y poblaciones, ya que serán la base para construir criterios robustos de buen desempeño.

2.1- Las actividades profesionales sanitarias.

En la actividad profesional médica y sanitaria se produce una asimetría o desnivel de conocimientos, información y poder, de forma que el médico se convierte en agente del paciente, comprometiéndose a actuar en su mejor interés.

Cuando es empleado de una organización, el sanitario debe manejar una relación doble de agencia, y compatibilizar dos lealtades.

La expansión del conocimiento biomédico y la fragmentación de la praxis profesional, suponen un desafío para la coordinación, y un reto para la actualización y gestión del conocimiento.

En las organizaciones profesionales sanitarias existe una "**asimetría**" o desnivel de conocimiento, información y poder entre el que presta el servicio (médico, enfermera o técnico) y el que lo recibe (paciente). Esto añade responsabilidad al personal sanitario, pues debe prestar servicios en beneficio del paciente, evitando el daño, siendo justo, y respetando sus preferencias y decisiones (*aunque no siempre sean las más recomendables técnicamente*). Esta asimetría es estructural, y poco modificable: pese al amplio acceso a información médica en internet, su interpretación y aplicación precisa indefectiblemente del profesional. Además,

la utilización sanitaria no facilita con el uso repetido la adquisición de tanto conocimiento por el usuario como ocurre en los llamados "*bienes de experiencia*", ya que las personas enferman de diferentes patologías, la ciencia y la técnica cambian, y la calidad de los profesionales y equipos es difícil de observar y discriminar (tanto por legos como por sabios).

Esta asimetría hace que el sanitario (particularmente el médico), asuma un papel de "*agente*" que representa y defiende los intereses del paciente (supliendo su dificultad para entender o interpretar lo que mejor le conviene). El Juramento Hipocrático hace un gran énfasis en este valor de compromiso incondicional con el bienestar del paciente, ya que la "*relación de agencia*" conlleva grandes riesgos de abusos y estafas. El vínculo médico-paciente es una pieza fundamental de la buena medicina, y construir confianza entre profesionales y pacientes es una precondition para el buen funcionamiento de los servicios de atención a la salud.

Pero el médico, la enfermera o el técnico, cuando trabajan contratados por una institución, también son "agentes" que deben su tiempo, esfuerzo y lealtad al que los contrata (sea una organización pública, o privada). De ahí que se hable de "*relación doble de agencia*", pues el profesional debe servir a dos clientes a la vez: a sus pacientes, y a sus jefes jerárquicos. Una buena organización puede hacer más compatible esta dualidad de lealtades; pero no debemos olvidar nunca, que la parte más débil es el paciente, y que a todos nos conviene que sus intereses prevalezcan a los de la institución que contrata a los sanitarios (pues todos somos o seremos pacientes).

Pensemos también que en los **servicios públicos** hay "dos agentes principales": el ciudadano que contribuye con sus cuotas o impuestos, y el usuario (paciente, por ejemplo), que recibe servicios con a financiación recolectada; el primero, suele pensar que paga más de lo que debe, y el segundo, que recibe menos de lo que necesita y merece.

Como el conocimiento biomédico y la tecnología crecen a gran velocidad, la medicina se ha ido subdividiendo en especialidades y sub-especialidades; también por eso se generan nuevas profesiones sanitarias; y también se diferencian

niveles asistenciales como la atención primaria, los hospitales, los servicios de alta especialización, las redes de urgencia y emergencia, las intervenciones preventivas y de promoción de la salud, los cuidados paliativos... Esta expansión crea oportunidades, con intervenciones más efectivas, pero lo hace a costa de fuertes "asimetrías internas": múltiples agentes clínicos deben cooperar para abordar procesos asistenciales y superar el limitado alcance de su creciente especialización.

El peligro de la **fragmentación** supone un reto para la coordinación de centros, servicios, unidades y procesos. Y también un desafío de actualización de conocimientos y habilidades, debiendo incorporar la formación y la investigación como pieza esencial de la gestión sanitaria. Los "activos" de conocimiento son un elemento central en las organizaciones profesionales, que también hay que gestionar.

Y, finalmente, la medicina tiene que abordar la enorme **variabilidad** de los seres vivos y de las personas; no hay enfermedades, sino enfermos; un mismo tratamiento no siempre obtiene iguales resultados; en esto hay muchas diferencias con el ordenado mundo de la producción industrial. Debemos por lo tanto acostumbrarnos a convivir con dosis importantes de riesgo y de incertidumbre, y a aprender de los problemas y errores para mejorar la calidad a través de la experiencia reflexiva, y de la comparación con las mejores prácticas.

2.2- Organizaciones sanitarias.

Las profesiones sanitarias, y en particular la medicina, se encuentran masivamente incorporadas a organizaciones (públicas y privadas).

Los modelos jerárquicos que emplea internamente la empresa tienen que acomodarse a las características y valores de estos particulares empleados.

La motivación trascendente (ayudar a otros y comprometerse con el paciente que sufre), es un componente fundamental que considerar y articular en la "empresa sanitaria".

La profesión médica hasta el Siglo XVIII tuvo una

configuración gremial; pero la expansión del saber obliga a articular instituciones: centros, servicios y redes. El médico, como profesional liberal, va teniendo que integrarse en estas estructuras. En la segunda mitad del Siglo XX, una parte creciente de los médicos se van incorporando como empleados o contratados de hospitales y sistemas de seguros sociales o médicos. Sin embargo, la naturaleza de su relación con los pacientes exige que se mantengan vivos los valores de compromiso y servicio al ser humano que sufre. La citada relación doble de agencia es muy exigente, y obliga a conciliar dos lealtades.

De forma más amplia: las organizaciones y actividades sanitarias tienen una característica esencial y distintiva: están fuertemente vinculadas a valores y principios que los seres humanos consideramos esenciales en todas las culturas: la satisfacción de ayudar a otros seres humanos, de ser útiles para los demás y para la sociedad; de aportar algo de gran valor al conocimiento o al bienestar de la humanidad. Esta "**motivación trascendente**" está en la naturaleza humana, y colabora a crear cohesión social, eficiencia y seguridad. La ayuda al prójimo se particulariza de manera muy intensa en la atención a la enfermedad y al infortunio económico. Por esto, las profesiones sanitarias han tenido un poderoso contexto de trascendencia en su misión y valores, que se pueden encontrar en sus códigos éticos (por ejemplo, en el Juramento Hipocrático).

La gestión de las organizaciones sanitarias modernas, exige tanto una excelente organización, ya que hay una enorme complejidad, como una motivación intensa que combine lo extrínseco, lo intrínseco y lo trascendente. De ahí la gran dificultad para gestionar los servicios sanitarios, pero también su enorme atractivo intelectual y moral.

Sirva para reflexionar esta frase de Osler, uno de los grandes pensadores de la medicina norteamericana...

Consideren la cabeza, el corazón y el bolsillo en las profesiones. Combinar en la proporción adecuada el altruismo la ciencia y el negocio en nuestro trabajo [médico] no es tarea fácil. En las tres grandes profesiones, los abogados sólo han de considerar su cabeza y su bolsillo, los

curas la cabeza y el corazón, mientras que para nosotros cabeza, corazón y bolsillo están todos involucrados.

2.3- Demanda y Necesidad.

En la economía de mercado hablamos de "demandas" (deseo de un bien y disponibilidad a pagar por él); el término "necesidades" se introduce cuando interesa incorporar el valor añadido que se obtiene al consumir o recibir un bien o servicio, e incluye un juicio técnico o experto objetivable (necesidad normativa) y un juicio de deseabilidad social (cuando se trata de un bien público o de mérito financiado o tutelado por la colectividad).

La **demanda**, desde la perspectiva de un consumidor en un mercado, se define en economía como "*el deseo de un bien, y la disponibilidad a pagar por él*". La célebre "*soberanía del consumidor*" le confiere autonomía en sus decisiones: es el que compra el que debe juzgar si vale la pena, o merece lo que cuesta; y dado que el sacrifica su dinero, tiene incentivos claramente alineados para asumir las consecuencias de su decisión.

El concepto de **necesidad**, que también puede usarse en transacciones de mercado, adquiere su verdadera importancia cuando el consumidor no es el pagador, o cuando no puede juzgar apropiadamente los beneficios y los costes de lo que quiere consumir.

a) En los servicios sanitarios el consumidor enfrenta una gran asimetría de conocimientos, información y poder; ha de delegar decisiones en el "*agente médico o sanitario*" (sería su "*bróker*" o intermediario lo que el paciente siente o demanda y lo que le conviene o necesita); en ocasiones su capacidad de juicio está oscurecida o suspendida por la propia enfermedad, y debe ser auxiliado en su decisión.

b) Además, en los sistemas de aseguramiento colectivo de riesgos de enfermar, los ciudadanos hacen un pago periódico prospectivo (sin saber si van a enfermar o no), que les permite sufragar colectivamente los costes en el caso

de que enfermen (los sanos subsidiarían a los enfermos al mancomunar los riesgos). El “*agente pagador*” tiene un claro interés en que sus cuotas se apliquen a problemas de salud relevantes y graves desde la perspectiva social; el “*agente consumidor*” (paciente), puede tener una visión divergente y propiciar una utilización en función de preferencias personales no necesariamente coincidentes con la perspectiva social del pagador (necesidad y demanda se diferenciarían).

Por lo tanto, la necesidad, a diferencia de la demanda, incorpora **criterios adicionales** para su legitimación:

a) Por una parte requiere una base de **justificación científica y técnica**: no sólo el deseo de consumir o la preferencia personal bastan; debe añadir valor objetivable por terceros expertos. En servicios sanitarios, habría necesidad cuando un problema de salud puede ser mejorado o resuelto con el conocimiento y la tecnología disponible. Y como las intervenciones suponen riesgos, los beneficios esperados deben ser muy superiores a éstos.

b) Y por otra parte, como hay un “tercero pagador” diferente al pacientes, la sociedad que las financia puede y debe establecer las prioridades en función de los **beneficios y de los costes**.

Bradshaw² describió en un trabajo ya clásico diferentes tipologías de necesidad: la que percibe el paciente (necesidad sentida), la que le lleva a solicitar servicios (necesidad expresada), y la que juzga el profesional como real y apropiada (necesidad normativa).

La necesidad normativa, puede entenderse mejor como capacidad de beneficiarse de la atención sanitaria (“*ability to benefit*”): las necesidades de salud de una persona (o de una comunidad), sería el incremento en la cantidad y calidad de vida que podríamos conseguir al aplicar de forma plena e irrestricta los más amplios y mejores conocimientos medico-sanitarios de los que disponemos. En este sentido, el concepto de necesidad normativa, se expresa como “*diferencial del óptimo*”; es decir, como el gradiente de mejora potencial de salud posible.

También se formuló una “**necesidad comparada**”, como instrumentación práctica para analizar la posibilidad de mejora de un problema de salud en relación a otras situaciones o poblaciones similares; sería un diferencial del estándar de referencia más próximo y real existente. Un ejemplo: podríamos definir la oportunidad de mejora de infección nosocomial de un hospital, en relación a los valores medios, o mejor aún, en función del “benchmark” o ejemplo de excelencia que mejor se ajustara a la comparación.

2.4- Dimensiones de los resultados: efectividad, impacto, seguridad, calidad, eficiencia y equidad.

Los resultados de las intervenciones sanitarias deben incluir varias dimensiones de valor: su efectividad, el impacto en salud individual y poblacional en diversos plazos de tiempo, el balance entre beneficios y riesgos, la satisfacción y calidad de la atención, la eficiencia, y la equidad.

Es inevitable el uso del criterio de necesidad cuando hablamos de sanidad financiada públicamente, ya que el **sujeto social** tiene un papel en definir prioridades; pero como la atención sanitaria la recibe el **paciente individual**, el principio bioético de la autonomía de la voluntad obliga a que las preferencias de los enfermos prevalezcan sobre las decisiones clínicas (trasfusión en intervención a testigo de Jehova). Pero no siempre queda claro que cosas deben incorporarse como valores en la evaluación de los resultados que satisfacen el criterio de necesidad normativa.

Está claro que el núcleo es la **efectividad**: la capacidad de cambiar el curso natural de la enfermedad en un sentido favorable para el paciente. Pero, más allá de la efectividad individual, estará el impacto poblacional: tratar un paciente con tuberculosis evita contagios, y vacunar a una población infantil protege a todos (incluso a los pocos no vacunados). Finalmente, los impactos a corto plazo hay que considerarlos a medio-largo plazo: algunas de las intervenciones que hoy se practican, pueden tener consecuencias o efectos adversos que sólo una monitorización longitudinal puede desvelar.

La seguridad del paciente es una consideración fundamental, que se concreta tanto en prevenir efectos adversos, como en valorar de forma reflexiva y prudente el balance entre beneficios y riesgos esperados en las decisiones clínicas.

Como el servicios sanitarios lo reciben personas, la **satisfacción** y la calidad (tanto objetiva como percibida) de la atención de los servicios recibidos es muy relevante; que los servicios sanitarios respondan a sus expectativas y preferencias (en accesibilidad, trato, información, confort y participación en decisiones clínicas) condiciona la legitimidad del servicio de salud.

Además del impacto en mejora de la salud y reducción de la morbimortalidad y la discapacidad y dolor, el concepto de **eficiencia** (o coste-efectividad) nos ayudará a comparar intervenciones y alternativas para conseguir el máximo impacto para un mismo nivel de asignación de recursos (costes).

Como los recursos son escasos, la capacidad de reducir la "carga de enfermedad" va a depender de que prioricemos aquellos problemas e intervenciones con mayor necesidad normativa (más oportunidades de mejora) y que seleccionemos los cursos de acción que menos costes incorporan. Desde un punto de vista social, lo que derrochamos en un sector podría haber servido para mejorar servicios en otro; a este daño silente al bienestar social se le llama "**coste de oportunidad**"

Y aún nos queda por reseñar como resultado muy relevante la **equidad**. Se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades innecesarias y evitables que se consideran injustas, en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. La OMS aporta algunos ejemplos de estas desigualdades injustas, innecesarias y evitables:

- *la esperanza de vida al nacer de las mujeres en Japón (86 años) duplica la que tienen las mujeres al nacer en Zambia (43 años)*
- *la esperanza de vida al nacer de los varones en el barrio de Calton, Glasgow, es de 54 años, 28 años menor que la de los varones de Lenzie, a unos pocos kilómetros de distancia.*

Conseguir igualar las oportunidades de salud en

una población depende de muchos factores, que en buena medida radican en los "*determinantes sociales de la salud*" (pobreza, educación, medioambiente, hábitos saludables...); pero los servicios sanitarios deben igualar también las oportunidades de acceder y beneficiarse de una atención preventiva y clínica de calidad. Lamentablemente, los que más necesitan o pueden beneficiarse de la medicina, tienden a tener servicios menos accesibles y de menor calidad. A esto llamaba Tudor Hart "*la Ley de Cuidados Inversos*."

Por lo tanto, los elementos de valor para un desempeño excelente en la atención sanitaria individual y poblacional, incluye una asistencia efectiva, apropiada, segura, satisfactoria, eficiente, y equitativa.

3- Niveles de agregación de la sanidad: macro, meso, micro y nano.

La sanidad dejó hace dos siglos de ser una actividad profesional liberal e individual, para irse convirtiendo en un complejo conjunto de servicios y actividades entrelazadas, con diversos niveles y ámbitos asistenciales, que respondían a necesidades de salud de individuos y comunidades, y que debían tener una capacidad de acompañar y cuidar al individuo a lo largo de su vida; los enormes costes de la sanidad deberían repartirse a través de sistemas de aseguramiento obligatorio de riesgos de enfermera que permitieran el subsidio cruzado de sanos a enfermos, de jóvenes a mayores, y de rentas altas a rentas bajas.

Debido a la complejidad institucional, organizativa, prestacional y científica de la medicina moderna, no es fácil hablar de una "gestión" sin hacer referencia al sustrato sobre el cual se debe actuar. **Macro, meso, micro y nano** son los ámbitos donde vamos a cualificar y contextualizar brevemente el concepto y dimensiones de la gestión sanitaria.

3.1- Macro-gestión: decisiones colectivas de regulación, financiación, planificación y generación de recursos.

La macro-gestión incluye:

La función regulatoria (reglas de juego de los poderes públicos para el sector);

La de organizar o tutelar sistemas de amplia cobertura para el aseguramiento colectivo de riesgos de enfermar;

Y la de generación de recursos (humanos y de conocimiento)

En los bienes públicos o de mérito el Estado moderno interviene con **regulación, subsidio o provisión**: regula con prohibiciones y sanciones (Ej.: persigue el tráfico de drogas ilegales); subsidia positivamente bienes de interés público (Ej.: becas para la universidad o ayudas de investigación), o grava con impuestos actividades socialmente indeseables (impuestos al tabaco); y produce y provee directamente bienes o servicios (escuela pública, servicios sanitarios públicos, ejército, orden público, embajadas, agencia tributaria...).

La regulación también afecta a los bienes y servicios privados que se producen y consumen entre empresas y particulares: en la medida en la que presenta "*fallos de mercado*" (monopolios, externalidades, asimetrías...) deben intervenir para garantizar el funcionamiento eficiente.

El Estado tiene la responsabilidad de promover las **infraestructuras** para que funcionen los sectores productivos: la investigación y la formación, son las piezas básicas para proveer conocimientos y recursos humanos, lo que constituye un capital esencial para la sanidad: de hecho, el sistema sanitario es a la vez receptor y generador de estos recursos.

Desde mitad del Siglo XX, los gobiernos promueven sistemas de **aseguramiento colectivo** de riesgos de enfermar para amplias capas de la población; los organizan directamente (servicios nacionales de salud) o los tutelan y fomentan para los trabajadores (seguros sociales sanitarios). Los gobiernos y aseguradores públicos determinan qué conjunto articulado de prioridades, recursos e

intervenciones pueden maximizar las respuestas a las necesidades sanitarias de la sociedad.

Todas estas **funciones institucionales** configuran el escenario sanitario "macro", y en la macro-gestión domina la planificación de grandes objetivos, el desarrollo de esquemas institucionales y competenciales (descentralización y coordinación), la planificación de recursos humanos, la rectoría y gobierno del conjunto del sistema (estableciendo y gestionando los objetivos que se esperan para todos los agentes), los sistemas de información y la evaluación, tanto de los problemas y necesidades de salud (para alimentar planes), como de los resultados de las acciones desarrolladas (para retroalimentar intervenciones futuras).

En su vertiente más regulatoria, establece criterios y restricciones sobre medicamentos, productos sanitarios, tecnologías médicas, profesiones, especializaciones, centros y servicios...

Las políticas "macro" buscan el bienestar social a través de un balance de asignación de fondos y actuación entre los diferentes sectores y programas, de manera que las principales necesidades vayan quedando cubiertas (es lo que en esencia significa la "*eficiencia asignativa*" o valor por el dinero invertido).

La Macro-Gestión se apoya en diversas disciplinas: la política, la economía, la sociología, el derecho, la demografía... Si tomamos la Salud Pública como ciencia, este también sería su nexo principal de contribución doctrinal.

3.2- Meso-gestión: la empresa sanitaria y su eficiencia productiva y de red.

Las organizaciones que se dedican a la producción de bienes y la prestación de servicios han de articular recursos para maximizar los resultados esperados, de acuerdo a las exigencias externas (clientes o gobiernos).

La meso-gestión es instrumental y centra su atención en la optimización del proceso productivo.

Una empresa es una organización productiva, que busca convertir **inputs** (entradas: capital, trabajo e insumos) en **outputs** (salidas: bienes o servicios que satisfacen demandas y/o necesidades). La eficiencia productiva consiste en maximizar las salidas (beneficios y utilidades) y minimizar las entradas (costes). Sobre esta base, las empresas deben buscar su solvencia y sostenibilidad a medio-largo plazo (dimensión estratégica de la gestión).

En la sanidad (y en otras organizaciones del ámbito público), la Meso-gestión se concreta en una serie de directivos de los hospitales y otros centros o programas sanitarios, que reciben una serie de "señales" del nivel superior sobre lo que deben producir (presupuesto, objetivos de gestión, "contratos programa", etc.) y su esfuerzo se centra en organizar y dirigir la producción para conseguir dichos objetivos evitando el mal empleo o derroche de recursos. Coordinar unidades clínicas, y hacer que funcionen los servicios de soporte (personal, compras, almacenes, servicios hosteleros y residenciales, etc.) son parte de una misión esencial para garantizar la funcionalidad.

Por esto, en lo meso, la planificación de centros públicos es más aplicada y se proyecta en actividades de organización para conseguir los objetivos marcados; y para ello se ha de desplegar una intensa labor de gestión del factor humano y de coordinación y motivación de todas las unidades y personas; la producción está siempre plagada de incidencias, y por lo tanto la función directiva debe estar con la puerta abierta para gestionar lo inesperado; finalmente, la evaluación tiene mucho de retroalimentación respecto al consumo de recursos asignado, a la actividad y calidad conseguida, y al cumplimiento de los objetivos establecidos.

En la Meso-Gestión, las ciencias económicas y empresariales toman el relevo, acompañadas de ramas aplicadas del derecho (mercantil y administrativo), la contabilidad, la psicología y ciencias de la organización, la comunicación, la estadística, la investigación operativa, la arquitectura, las ingenierías, etc.

3.3- Micro-gestión: organizando y liderando las estructuras y procesos asistenciales.

En las organizaciones profesionales la mesogestión facilita los medios, pero son las unidades que interaccionan con los usuarios, los que aportan valor; unas buenas competencias, tecnologías y recursos son necesarios para atender a la complejidad y diversidad de la demanda.

En la sanidad, la gran asimetría de información de los médicos frente a los pacientes (y frente a los meso-gestores), obliga a estimular la microgestión clínica como salida razonable para conseguir sinergias del gerencialismo y el profesionalismo.

En la Micro-gestión, las organizaciones profesionales han de tratar con características singulares (que no se dan en organizaciones industriales o con mayor capacidad estandarizar la producción):

- El **conocimiento** es el activo esencial, y es internalizado y custodiado por los propios profesionales.
- Existe **variabilidad e incertidumbre**; y la calidad de los servicios exige la adaptación a preferencias del paciente; en realidad, la calidad se construye a través de la interacción entre prestador de servicios y los usuarios.
- El conocimiento (particularmente en la biomedicina) está en gran medida globalizado, y fluye a través de las revistas científicas y las comunidades de especialistas a nivel planetario de forma sincrónica: la **innovación** fluye de abajo a arriba y de fuera a adentro de las organizaciones (a diferencia de mundo industrial donde va a arriba a abajo y de dentro a fuera).

Morton y Cronwell describían con gran elegancia las diferencias entre la sanidad y el mundo industrial con una curiosa analogía con una fábrica; y argumentaban que era inevitable que los médicos gozaran de una autonomía y holgura clínica frente a la sociedad y sus empleadores, para enfrentar el tipo de decisiones y tareas que tenían entre manos:

“la razón de que los médicos disfruten de discrecionalidad en su trabajo no es la maldita estupidez o la astucia política de las organizaciones profesionales, sino la naturaleza de la tecnología médica”.

Porque el problema está en la complejidad del cuerpo humano y la imposibilidad práctica de los legos (pacientes o gerentes) de cuestionar el juicio clínico.

La microgestión clínica se proyecta en varias dimensiones: cómo estructurar las redes, centros, áreas y unidades para facilitar su funcionalidad; cómo fomentar el liderazgo y la direccionalidad de objetivos, para alinear las motivaciones e incentivos profesionales con los de la meso y macro gestión; cómo estandarizar lo estandarizable, para facilitar un trabajo basado en las mejores evidencias y la coordinación interna; y, finalmente, cómo abordar todo lo no estandarizable, que es mucho, y en donde se juega el sistema sanitario buena parte de la su calidad, satisfacción y eficiencia (ver nanogestión).

Cabría decir que en la microgestión estamos entrando en un territorio relativamente nuevo, donde los propios profesionales de la medicina y la enfermería deben internalizar las disciplinas de la administración sanitaria (injertando un pequeño software gestor en la mente del médico).

3.4- Nano-gestión: decisiones clínicas apropiadas y personalizadas.

La nano-gestión expresa el manejo del “nodo de complejidad” que representa la interacción clínica: en una “zona de grises” (ignorancia, incertidumbre y riesgo) es importante invertir en competencias y alinear visiones para fomentar los buenos resultados de efectividad, satisfacción, calidad, seguridad, y eficiencia, manteniendo la holgura clínica y autonomía responsable de decisión.

Como pieza que emerge de la micro-gestión, cabría hablar de una nano-gestión para expresar el nodo de complejidad que representa la **interacción**

clínica: un profesional que ha de tomar ante un paciente concreto múltiples decisiones en ciclos sucesivos de iteración (pruebas, prescripciones, derivaciones, intervenciones, bajas laborales, altas hospitalarias, etc.).

La complejidad implica el manejo de la ignorancia (los límites del conocimiento biomédico y clínico), de la incertidumbre (algo de saber y muchas dudas), y de los riesgos y probabilidades (estimaciones numéricas, pero con amplios intervalos de variación). Las decisiones se suelen dar en “zonas grises” (ni blanco ni negro), donde juegan las opiniones de los pacientes, y el contexto profesional e institucional. Para gestionar este nano-escenario, es importante invertir en competencias y alinear visiones para fomentar los buenos resultados de efectividad, calidad, seguridad, satisfacción, y eficiencia, manteniendo la holgura clínica y autonomía responsable de decisión, inherente a la naturaleza profesional de las interacción clínica.

Es en la nanogestión donde cristaliza la “motivación trascendente”: un sentimiento de realización profunda por ayudar a otros; y por eso hay que fomentar la relación humana, la compasión, la calidez, el consuelo, el acompañamiento, y otros vectores del tanto del profesionalismo tradicional como del moderno, ya que construyen a la vez la satisfacción para del paciente, y del profesional.

Curiosamente, una buena macro-gestión ayuda a la micro y nano-gestión, particularmente en el ámbito del conocimiento: la compilación y evaluación de la inabarcable literatura científica, su expresión en revisiones, protocolos, evaluaciones y guías, y el desarrollo de métodos accesibles e interactivos de apoyo a las decisiones, crea una excelente plataforma para reducir la variabilidad inapropiada de las decisiones clínicas y favorecer la eficiencia sin mermar la autonomía profesional.

Aunque el marco de la nano-gestión es la interacción individual (médico-paciente o sanitario-paciente), la **cultura organizativa** es un poderoso “software” compartido que actúa como vector de manejo de la complejidad: mejorar la cultura clínica desde la micro-gestión, es un buen método para estimular la excelencia de las decisiones y cuidados cotidianos al paciente.

4- Epílogo: la gestión como actividad sintética, integradora y adaptativa.

hacer comprensibles, tratables y resolubles todos los dilemas que se van afrontando.

La gestión es una actividad de síntesis que se contrapone al especialismo y lo intenta articular; que tiene una visión integradora tendente a minimizar la fragmentación resultante de la división de tareas; y que aporta una visión adaptativa al entorno y al futuro, para garantizar la solvencia y sostenibilidad futura.

Para ello ha de contar con un buen arsenal de conocimientos y métodos, y emplearlos con flexibilidad y creatividad.

La gestión es una actividad **esencial**, pero humilde. Establece la urdimbre estructural de la organización, sobre la cual se va tejiendo el tapiz de la producción de bienes y servicios.

Su visión es **sintética**: es el "anti-especialismo" que se precisa para articular la diversidad. Por esto exige perfiles muy receptivos, tolerantes, y capaces de entender dimensiones técnicas y visiones personales muy variadas.

Su actitud es de **integración**; es la "anti-fragmentación", que busca recomponer la necesaria división de tareas, en un proceso armónico, donde emerjan las sinergias.

Y, finalmente, su propósito es **adaptativo**; es la "anti-miopía", que expande su visión al entorno y al futuro, para explorar las posibilidades de mejora, para identificar riesgos, y para identificar críticamente los cambios internos que hay que emprender para asegurar la solvencia y sostenibilidad de la institución u organización.

Para todo lo anterior, la gestión ha de contar con un gran armario de herramientas: un arsenal de marcos conceptuales, disciplinas y métodos de trabajo, que se utilizarían o activarían en función de los problemas y desafíos de las organizaciones.

Aprender gestión es, por tanto, un reto que exige una gran curiosidad científica, técnica y humana, y una gran flexibilidad y dedicación en la búsqueda de las herramientas necesarias para

Bibliografía

1. Cipolla CM. *Historia económica de la población mundial*. Barcelona: Crítica; 2020. [Nota: Libro clásico para estudiar el desarrollo económico mundial. Una edición previa puede descargarse aquí: <http://www.economia.unam.mx/academia/inae/pdf/inae1/u3l2.pdf>; consultado 10 de diciembre de 2021].
2. Koontz H, O'Donnell C. *Principles of management: An analysis of managerial functions*. 4th Ed. New York: McGraw-Hill; 1964.
3. Wren DA, Bedeian AG. *The evolution of management thought*. 8th Ed. Nashville: John Wiley & Sons; 2020.
4. Greer S, Wismar M, Figueras J. *Strengthening Health System Governance: Better policies, stronger performance*. Buckingham: Open University Press; 2016. [Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf; consultado 10 de diciembre de 2021].
5. Osler W. *Remarks on organization in the profession: Made at the opening of the new building of the Nottingham medical society*. *Br Med J*. 1911;1(2614):237-9. doi:10.1136/bmj.1.2614.237
6. Bradshaw J. *Taxonomy of social need*. In: McLachlan G (Editor). *Problems and progress in medical care: essays on current research, 7th series*. London: Oxford University Press; 1972. [Disponible en: https://eprints.whiterose.ac.uk/118357/1/bradshaw_taxonomy.pdf; consultado 10 de diciembre 2021
7. Organización Mundial de la Salud. *Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud. Conceptos clave*. 2009 [Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf; consultado el 10 de diciembre de 2021].
8. Morton A, Cornwell J. *What's the difference between a hospital and a bottling factory?* *BMJ* 2009; 339 :b2727. doi:10.1136/bmj.b2727
9. Kuhlmann E, Burau V, Correia T, Lewandowski R, Lionis C, Noordegraaf M, Repullo J. "A manager in the minds of doctors:" a comparison of new modes of control in European hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:246. doi:10.1186/1472-6963-13-246