

AMPLIO RESUMEN DE LA CONFERENCIA DEL GERENTE DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID, JOSÉ SOTO



(...) Pero se nos lanza el reto de que hablemos de la gestión eficiente de la asistencia sanitaria. Y les quiero plantear una primera cuestión respecto a la eficiencia. La eficiencia como valor. En el esquema de valores de la sociedad que orienta su desarrollo se acepta la eficiencia como prioritario frente a otros valores. ¿O no? ¿Se acepta que es bueno producir más gastando menos o producir menos gastando menos de lo menos, o producir más gastando más, pero producir más, más gastando más, o producir igual gastando menos, o gastar igual produciendo más, como valor en cualquier proceso, en cualquier esquema, o no se acepta como valor?

Porque muchas veces escuchamos a los representantes de nuestra sociedad lanzar ideas al gobierno. Nosotros tenemos que jugar un papel de generación de empleo también, aparte de como actores económicos. Y no es bueno presionar tanto a la productividad. Porque entonces atentariamos contra los rendimientos. Se nos apela constantemente a que el rendimiento tiene un límite al cual es muy difícil superar y a partir del cual se decrece. La ley de rendimientos decrecientes... Cuando la sociedad escucha mensajes que ponen en duda la eficiencia como valor, alentamos la degradación del sistema. Y alentamos a los propios inspiradores de la debacle social. La eficiencia efectivamente es un valor que inspira valores. Es un valor predominante. Como otros, como el hombre. Un *homo socialis*, valga la palabra, un hombre social, es un hombre eficiente, es un *homo economicus*. Es alguien que se plantea como comportamiento la racionalidad en sus actuaciones sociales.

Como consumidor, como ciudadano, se legitima su papel como ciudadano cuando consigue el éxito de aportar valor, además de utilidad, a lo que hace. Aportar valor a la organización y a la sociedad, y utilidad a quien sirve directamente. Y situando la eficiencia como un valor y no como un indicador, ni como un resultado de las actividades de gestionar recursos, cosas o casos. Situando, por tanto, a la racionalidad como comportamiento esperable y valorado por la sociedad.

A partir de ahí estaremos mirando el sistema sanitario como un actor compuesto por personas racionales. En un sistema que tiene que servir para proporcionar y añadir valor a la sociedad en la que se entronca. Y por tanto, utilidad a quien disfruta de los servicios que componen hombres racionales. Que tienen interés de producir mejor. Ajustando al consumo de recursos a las exigencias de eficiencia. En una sociedad que como todas marca unos límites al consumo de recursos, porque los recursos no son ilimitados. No se puede plantear esquemas de ninguna actuación racional del hombre planteando que tiene infinitos recursos para hacerlo.

Sin embargo, el sistema sanitario como proveedor de asistencia sanitaria, muchas veces nos estamos configurando, estamos rediseñando modelos, estamos orientando actuaciones con el supuesto de que los recursos son ilimitados. Estamos abogando por orientar el sistema desde principios contrarios a los valores que la sociedad acepta.

No insisto mucho en esto porque se han puesto ejemplos aquí en estas mismas jornadas.

Los profesionales desarrollan su actividad incorporando las últimas tecnologías a su actividad. De esta manera estaríamos pensando que tendrían un comportamiento racional siempre que la incorporación de esta tecnología supusiera una mejora en la utilización de los recursos. Pero sólo escuchar consideraciones como que el mantenimiento de la eficiencia supondría valorar la sustituibilidad de los recursos introducidos al proceso. Sólo la mera mención de esta consideración, que todos aceptamos, hace ponerse nervioso a muchos profesionales de muchas organizaciones.

Porque entonces lanzamos un discurso de una manera y nos comportamos de otra. Cosa legítima desde la ética de la profesión. Sobre todo cuando los profesionales pretenden perdurarse en el concepto de artistas y artesanos. Los artesanos intentan aplicar arte, creación en su tarea. Los profesionales aplican rigor, metodología, contraste de hipótesis a sus tareas. Y las tareas pueden ser las mismas, pero los planteamientos, la preparación, y el resultado no van a ser los mismos en un artista que compone un servicio en un momento determinado según vea al toro que llega, como Manolete, por aludir a alguien que dada la condición de muerto todos dicen que era bueno.

Y a estos artistas les respondemos, "¡Olé! Muy bien, qué bonito que lo hace". Sin embargo, valoramos menos a los profesionales. Y estamos formando a nuestros profesionales en la profesionalidad, no en el arte. Porque aceptamos como valor la eficiencia. Y aceptamos que en este renacer de nuestro sistema tenemos que buscar el rigor y la garantía de los resultados. Yo no digo exigencia de los resultados en salud, sino la garantía de lo que hacemos, de que nuestros procesos productivos se ajustan a normas. Que son normas comprobadas.

Y estamos además de eso especializando a los profesionales. Es decir, estamos buscando cada vez más rigor y cada vez más evidencias de que lo que se hace con garantías de que va a salir bien. Y en este rigor y en estas eficiencias estamos incorporando el valor también de la utilización de los recursos desde la ética de la equidad. Formamos a nuestros alumnos, que van a terminar siendo médicos, en conceptos de equidad entre otros. Uno asiste con orgullo y satisfacción a juramentos hipocráticos de generaciones de médicos durante los últimos años que introducen el compromiso de la equidad en el consumo de recursos. Lo cual era improbable hace sólo 15 años, o 20 años. Se lee en voz alta a esto, se acepta, se compromete, se jura, que es lo más sagrado que un ser humano puede hacer.

Desde las tecnologías, por tanto, esperamos que aporten utilidad, rigor, evidencia a la mejora del trabajo de los profesionales, cada vez más especialistas. Sin atentar contra el resultado del propio sistema sanitario. Y eso exige, queridos amigos, aplicar estrategias de valoración de las propias tecnologías. Y digo exige, no digo aconseja. Hay que plantearse, no podemos esperar, iba a decir ni un siglo más, porque ya sería poco. No podemos esperar ni un día más a convencernos de que hay que evaluar la introducción y el uso de las tecnologías en la producción de servicios sanitarios.

Y hay que decidir unas sí, y otras no. En función a cuál sea el resultado. Y nos lleva a que tenemos que juzgar, evaluar y predefinir la cartera de servicios desde esquemas de racionalidad y no de demanda de un servicio. Cuyos consumidores no pagan por su utilización y cuyos mensajes que reciben desde los productores es que se puede suministrar ilimitadamente y a cualquiera que sea el coste, puesto que se tiene conciencia de que los recursos son infinitos. Nos vuelve a situar esto en los procesos de producción. La exigencia de eficiencia en la asistencia sanitaria plantea forzosamente el análisis y la reingeniería de nuestros procesos productivos.

Y ya se ha apelado, y vuelvo hacerlo, a la consideración de procesos integrales. Desde que el ciudadano decide considerarse paciente, tenga o no un problema de salud. Y por tanto acudir a los servicios sanitarios hasta que abandona los servicios de salud. Que a los sanitarios se añaden los costes sociales en esa especie de rima que llamamos socio sanitario, que no sabe muy bien si es de unos o de otros, o de nadie. Desde que tiene primer contacto, por tanto, con el sistema de salud hasta que lo abandona, considerarle como una persona afecta de un problema de salud. Insisto, lo tenga o no lo tenga.



Pero la consideración inicial tiene que ser considerar que sí. Y por tanto empezar a tratarle con organización. Con racionalidad en la introducción de unos recursos y de unos profesionales en el momento adecuado con las herramientas precisas y en un tiempo oportuno. Sin retener en el circuito a los pacientes, que entonces ya les empezamos a llamar pacientes. Y sin considerar que como la reorganización de nuestro sistema de financiación, por ejemplo, nos hace competir, tenemos que retener al paciente porque así estará muy contento con nosotros desde la consideración de cliente que nos beneficia.

Porque es un cliente cautivo y forzoso aunque elija. Porque nosotros decidimos cuándo deja de ser cliente. Eso de cuándo le damos el alta. Empezamos a considerar estrategias que difundimos de retención de nuestros pacientes, a fin de favorecerlos a nosotros en nuestra implantación gradual en cuotas de mercado. Mercado que no cobra, que no paga. Vuelve a ser un mercado centralizado y un mercado regulado

por mucho que nos empeñemos en decir que no. Organizado bajo la consideración de otro valor, que es la libertad de todos aceptamos. Y que todos consideramos que es otro de los valores motores de la vida del hombre en esta sociedad.

(...) Y los procesos productivos, los profesionales, las tecnologías revierten a la exigencia de mirarnos a nosotros mismos. Revertir la mirada hacia la gestión. He aludido nada más empezar a dos principios de la gestión que me parecen relevantes y que hay que volver a retomar aunque sólo sea el enunciado. No se nos olvide. La ley de rendimientos decrecientes en cualquier actividad productiva. Y no se nos olvide también el principio de sustituibilidad de los factores de producción. Como motor de las mejoras en la eficiencia de los procesos. Cualquiera que sea el impulso de los asistenciales. Y eso nos hace aparecer en el fondo el mensaje de la viabilidad.

Es que el sistema sanitario como proveedor de asistencia sanitaria con unos profesionales que no defino yo, definen ustedes, con unas tecnologías que precisan evaluarse constantemente y precisan aplicar y sustituirse y etc., como un proceso de producción que precisa regenerarse e introducir rigor en su propia consideración. Con unos gestores cada vez más preparados, más profesionales y menos artistas. Con una aceptación de las herramientas por tanto por los gestores profesionales, por todos ¿es viable?

Yo no he hablado hasta ahora prácticamente nada, solamente para introducirles como anécdota del objeto de nuestros trabajos que son los ciudadanos. Pacientes o no. ¿Cuándo somos viables? Desde el punto de vista técnico somos viables cuando los resultados medidos en términos contables de ingresos menos gastos son positivos. Y son capaces de añadir fondos propios al capital de las organizaciones, ¿verdad? Pues seremos viables entonces. Cuando nosotros seamos capaces de garantizar que el sistema, que nuestras organizaciones son sostenibles económicamente. Y se pueden financiar además. Que no es lo mismo.

Muchas organizaciones mueren de éxito. Tienen unos resultados crecientes, cada vez más, medidos en términos de ingresos menos gastos y quiebran. Porque el endeudamiento no se corresponde con la situación de los activos y pasivos saneados de esa organización.

El debate ahora, en este momento, en la prensa de lo que nos pasa a nosotros es más un debate de situación financiera que de situación económica. Es más un debate de endeudamiento. ¿Quién financia la deuda? ¿Financian los proveedores? ¿Financian las instituciones crediticias? ¿Financia el Gobierno? ¿Podemos ir cada 10 años, primero cada cinco, después cada dos, después... a una partida presupuestaria añadida a las normales para cubrir la deuda? Estamos situados en ese debate. Lo cual sitúa el esquema de la viabilidad a corto plazo en la situación financiera y no en la situación económica.

La cual apartar el foco de los procesos productivos. Y lo cual hace esperar que nuestro empeño como directivos de situar el objeto de nuestro trabajo y de la implicación de nuestros profesionales en los procesos productivos a corto plazo sea un fracaso. Puesto que eso no preocupa. Preocupa la situación financiera. Pero no olvidemos que la mejora de la situación económica hace mejorar también la situación financiera, insisto, porque pone a disposición de la financiación fondos propios. ¿Y cuál es el futuro? Como punto tercero, sólo tengo cinco. ¿Qué retos tenemos delante?

Yo les voy a situar también cuatro retos. El reto de la vida. La biología nos da de vez en cuando sorpresas. Nos hace aparecer patologías que nadie esperaba. La gripe A, póngase como ejemplo, que hace temblar a los sistemas de salud de todo el mundo, sin que nadie esperase esto. Se podía pensar que en algún momento la habría, de hecho se pensaba que en algún momento ocurriría. Pero nadie esperaba que fuese el día D, hora H, en el sitio ese. La evolución de la vida, medida en términos de esperanza de vida ajustada, o sin ajustar, nos ha puesto ante la evidencia de la prolongación de la edad de la muerte y ante la consideración que ha venido a decirse aquí pero yo quiero repetirlo otra vez. De retos asociados a esta prolongación de la vida y el envejecimiento que esto supone. Puesto que no ha prolongado la vida cuando uno es joven sino prolongada una vida cuando uno es viejo, el envejecimiento que esto supone. Y a la consideración esperable de pluripatologías asociadas al propio envejecimiento, añadida a la cronicidad de los procesos de las patologías. O las patologías crónicas e incluso desde antes de ser viejo.

Las mayores preocupaciones que han sido expresadas en esta tribuna han sido la necesidad de ver que la cronicidad y el envejecimiento son los dos retos más importantes que nos tiene que hacer orientar nuestro trabajo y nuestro sistema de salud, a la vez que se nos apela a lo difícil que es esta orientación. Cuando nosotros 200 años después de haber nacido, 300 años después, 100 años después o los que cada organización tenga, nunca hemos pensado en esto.

Segundo reto, la legitimidad. ¿Qué estamos produciendo y qué se nos pide producir? Sólo les voy a recordar las evidencias hace tantos años puestas en consideración ya por la OMS de que aportamos servicios sanitarios. Y la sociedad nos pide que aportemos salud. Pero nosotros estamos, hacemos nuestro negocio, basándonos en la mentira consciente de prometer a la sociedad salud. Sabiendo que no aportamos salud mayoritariamente. Que los que más aportan salud son otros. Es el propio ciudadano con sus estilos de vida, de verdad, es la organización, la mejora de las aguas, del medio ambiente, etc. es en parte la genética.

Y nosotros, que gastamos mucho. Porque pensamos que hay que gastar mucho en esto tan trascendental que nosotros hacemos que es dar vida. Nos justificamos en la "trascendencia" de nuestra propia función. ¿Cómo no se nos va a legitimar si nosotros somos quienes damos vida?

(...) Tenemos que renacer. Y el último punto, yo les voy a plantear renacer desde la aceptación de siete principios. Renacer en el hombre social. El profesor Larroca dice el hombre. Es otra manera de decirlo sólo. La superación del hombre económico al hombre social. Es decir, la consideración de que el paciente que nosotros atendemos es un ciudadano. Que legitima su papel como ciudadano en cuanto a que toma conciencia de que él es protagonista en la financiación de nuestros sistemas. Y además tiene oportunidades de mejorar la información que él tiene sobre el sistema. Dada la consideración que le damos como ciudadano. Y exige, y nosotros favorecemos, que el sistema se monte alrededor del ciudadano.

Que es un paso más en el principio "a reorganizarnos". Colocando al paciente en el centro. Colocando al ciudadano en el centro. Y llegando, por tanto, —segundo principio— a intentar afectar a la salud de los ciudadanos.

No a la recuperación del estado de salud de un paciente. Dándole cuidados y proporcionándole diagnósticos y terapéutica con un intento de curar. Es decir, reorientando el sistema a los principios fundacionales, diríamos, del sistema sanitario en la Edad Media.

Es decir, estando donde están los ciudadanos. Aportando conocimiento, experiencia, investigación, profesionalización, esquemas de producción de salud. Derribando los muros virtuales de los hospitales. Colocándolos en las calles, en los clubes de jubilados, las escuelas de los niños, en los mercados, en los domicilios, en las carreteras. Haciendo que el sistema de salud penetre en todo el entramado social que articula el comportamiento como hombre social. Sin olvidar al médico.

Y tercero, hay que renacer en el médico. Luis Gabilondo tiene —me lo ha recordado Encarna ahora mismo— una frase que dice que basta cambiar una letra; que basta hacerle pensar al médico si su comportamiento es el mismo cuando lleva una bata o lleva un camión para hacerle replantear su papel en el sistema. Y basta por tanto situarle en el papel de aportación al enfermo desde el punto de vista del enfermo o del sano que requiere de sus servicios. Es decir, resituarnos en el punto de vista de quien consume nuestros servicios. Y pensar en nuestras estrategias profesionales pensando en añadirle a éste satisfacción, valor.

Y, segunda cosa, la consideración una vez se ha puesto el camión, de que si a la palabra paciente se le cambia la c por una r queda en pariente. Y entonces no sólo considerarle como un paciente, sino como tu padre o como tu hijo o como tu hermano. Es decir, darle más de lo que se espera. Gestión sorpresiva. Si no logramos sorprender en positivo a los ciudadanos, a los que reorientamos, el sistema sanitario como sistema de salud sorprendiéndoles, no lograremos renacer con éxito en el rigor. No se le puede iluminar a uno la cabeza y decir “hoy voy a hacer esto”. No, en el rigor de la propia concepción del modelo que permita renacer.

Contrato social decía el profesor Larroca, ayer el Profesor López Ibor también, en la brillante conferencia. Como sea, pero rigor. Desde todo punto de vista. Desde el punto del esquema de los procesos productivos. Desde el punto de vista de la generación de las relaciones entre los agentes de este pseudo mercado. Permítanme la palabra. Del esquema del propio papel asignado a la Administración como financiadora, reguladora del esquema de la garantía de resultados. Donde haya que dar garantía frente a resultados. Que cada vez se nos va a exigir más. Se nos exige más resultados y menos empleos de recursos. Y nosotros no estamos preparados para eso.

Sin embargo, si tenemos que renacer tenemos que renacer garantizando resultados. Y será un problema nuestro. Es como que me monto en un avión y soy piloto y digo “no, yo no les garantizo que vamos a llegar bien. Lo que les garantizo es que voy a poner todo lo que sé en dirigir el avión entero”. Cómo les podemos decir y hacerles firmar a nuestros pacientes ahora documentos que digan ¿sabe usted que se le puede complicar esta intervención? (Póngase por caso de amígdalas.) Y siete folios servidos de complicaciones de esto. Entonces no me responsabilizo de lo que pueda pasar. Y un soporte legal a mayor responsabilización de los resultados. Esto se va a acabar. Ya empiezan algunos médicos de algunas especialidades a tener problemas con esto.

Ya se empieza a decir por parte del Poder Judicial que ya escuchamos discursos. Hombre, que depende de qué circunstancias y de quien sea y de dónde y de que se haya pedido, se puede interpretar exigencia de resultado, distinto a la exigencia de medios. Entonces, cada vez más renacer desde lograr resultados. Tenemos que lograr de verdad afectar a la salud. Si no, no renacemos. Si no, vamos al agotamiento. Y a la decadencia como dice el profesor Larroca.

Y en el orgullo de llevar la cabeza levantada siempre como sistema. Y por tanto, en la búsqueda del respeto social que siempre, históricamente, se ha tenido a los médicos. Y que desde que buscamos profesionalizar para conseguir legitimación basada en el respeto al valor de la eficiencia. No sabemos cómo, pero empezamos a perderlo. Propongo renacer en la salud desde la consideración de que el médico es agente de salud y no de asistencia sanitaria. Y ganaremos el respeto. Y el médico tendrá que trabajar en el orgullo de que tiene un equipo que le sigue. Y que se convierte de nuevo maestro. Y que crea escuela y no sólo cátedras.

Y se convierte en maestro de otros médicos que basan su trabajo en el orgullo de pertenencia a esta sociedad a la que sirven. Y a la que aportan valor y, por tanto, eficiencia. Y en el respeto al trabajo de otros en el mismo sentido. Por tanto, apelación al trabajo en equipo como norma, no a la individualización. Juzguen ustedes que no nos van a dejar de verter otra vez a esquemas de consultas individuales ubicadas fuera por ahí, diseminadas.

Se nos exige aplicar las tecnologías de información y comunicación para la sustituir a las consultas individuales. Donde el médico de pueblo es el que más ha afectado a la salud de ese pueblo. Pero era el único y no podía hacer nada más.

(...) Por tanto, apelo a la ética del hombre social, del médico, de la salud, del rigor, del orgullo, del respeto y de la colaboración con otros. Recuerdo como término Nelson Mandela el discurso en la tumba de su hijo muerto de SIDA en el año 2006 aludiendo a aquella poesía de un paciente que a los 29 años le amputaron una pierna en un hospital y estuvo 28 años en un hospital. Murió a los 54 años y le daban de vida sólo 2 meses cuando le amputaron la pierna.

Él escribió el poema que se ha hecho famoso a raíz de una película, "Invictus". Terminaba el poema "Soy el dueño de mi vida. Soy el capitán de mi alma". Es decir, voy a decidir si vivo o no. No lo van a decidir ustedes. Y voy a decidir a dónde voy y qué voy a hacer. Y les voy a demostrar que mi orgullo de ser humano va a sobrevivir a cualquier cosa que ustedes tengan pensado para terminar con mi vida. Esa fue su consideración. Yo me revelo frente a estas cosas.

El último punto. A mí me gustaría poner a disposición de todos ustedes una herramienta que hemos diseñado y pensado por unas cuantas organizaciones de las aquí presentes para ayudar al renacimiento del modelo de salud que es la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud. Que es una asociación de hospitales y clínicas y de servicios gestores de hospitales y clínicas españolas, privadas y públicas. Con un intento solamente de hablarnos. De compartir visiones. Contrastar visiones. Valorar estrategias. Modificar, si así viene, principios. Cada uno en el marco de su libertad y de su papel que juega en esta sociedad. Simplemente hablando, reuniéndonos, trasladando información entre nosotros para favorecer la mejora de nuestras propias competencias.

A veces haremos *benchmarking*. A veces haremos congresos de compartir ideas. Pero siempre desde el respeto al papel que cada uno juega en sus organizaciones. Y con la fuerza que da la consideración de que todos trabajamos en lo mismo. Y de que tenemos que repensar cómo renacemos todos.

Gracias al doctor Antonio Bartolomé, que trabajó mucho en la gestión de esta idea al principio. Y en la implicación de las clínicas privadas y con los hospitales públicos españoles. Articulados en torno a aportar su valía y su trabajo en este diseño y en esta fundación. Al Servicio Madrileño de Salud y al Servicio de Salud de Castilla La Mancha en las personas de Antonio Burgueño y Ramón Gálvez que han compartido con nosotros su trabajo. Y a la generosidad de la fundación Bamberg que pone todos los recursos, todo el conocimiento aplicado, todas las infraestructuras. Para que seamos capaces, gracias, de no hacer nada, de ser de verdad agentes que favorezcan este renacimiento.

Que yo, desde esta tribuna, por último, no digo que me gustaría, y no solicito que se haga, exijo, como ciudadano y como gestor, que ustedes-nosotros —como diría un andaluz castizo— renazcamos. Nos empequeñezcamos para sacar el orgullo y el sentido de pertenencia a este movimiento. Y hagamos renacer. Si no, nos hundimos. Si no, nos agotamos. Si no, no seremos capaces de perdurar ni un siglo más. Muchas gracias.