

Mesa de debate

LA EFICIENCIA COMO COMPROMISO ETICO



De izqda. a dcha. Fernández T, Conill J, Rodríguez Padial L, Isiegas A, Gómez E

Moderador:

D. Tomás Fernández Pérez

Director Gerente. Área VI - Servicio Murciano de Salud

Participantes:

D. Jesús Conill Sancho

Catedrático de Filosofía Moral y Política. Universidad de Valencia.

D. Luis Rodríguez Padial

Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital de Toledo

D. Antonio Isiegas de Latas

Director España y Portugal. PPP/PFI Group. General Electric Healthcare

D^a. Elisa Gómez Inhiesto.

Directora Económica. Hospital Galdakao Usansolo

TOMAS FERNÁNDEZ: Buenos días. Vamos a intentar concentrar al máximo el debate. Esta mesa va a tener un formato mixto, con una pregunta específica para cada uno de los miembros de la mesa y con las interrupciones necesarias. Esta mesa se llama "Eficiencia como compromiso ético". Desde hace mucho tiempo hablamos de eficiencia en nuestro sistema, pero en los momentos en los que vivimos se plantea la necesidad de plantear este tema como algo imperioso, casi obligado para la supervivencia de la propia organización sanitaria. Desde el punto de vista de la eficiencia, nos vemos obligados a eliminar cualquier tipo de despilfarro que tengamos.

Aquí, tendríamos que incorporar otro aspecto, que es cómo esto lo transformamos en un compromiso y cómo lo transformamos en valores, que son los que mueven las sociedades y los que perduran a lo largo del tiempo. Esperamos llegar a algunas conclusiones y para ello tenemos participantes en la mesa que vienen de distintos ámbitos.

A mi izquierda está Jesús Conill, que no es una persona del ámbito sanitario. Es catedrático de filosofía moral y política en la Universidad de Valencia, aunque me consta que está muy relacionado con el mundo sanitario, ha escrito bastante sobre eficiencia, justicia y equidad y participa también en diferentes comités éticos de hospitales de la Comunidad Valenciana. Creo que tiene bastante conocimiento de este ámbito y nos puede aportar la visión desde fuera de la organización.

Después tenemos a Elisa Gómez Inhiesto, que es licenciada en ciencias económicas y empresariales, con mucha experiencia en gestión de empresas y, sobre todo, es Di-

rectora Económica Financiera del Hospital de Galdakao. Tiene una dilatada experiencia y mucho prestigio en temas de calidad y en modelo EFQM. Nos puede aportar una visión muy importante.

Posteriormente tenemos a Luis Rodríguez Padial, que es jefe del servicio de cardiología del Complejo Hospitalario de Toledo y actualmente también es jefe del colegio de médicos y patrono de la Fundación Signo. Fue presidente del comité organizador de las jornadas que se celebraron en Toledo.

Finalmente, para aportar el punto de vista de la empresa del sector sanitario, nos acompaña Antonio Isiegas de Latas, que es director de desarrollo de negocio para España y Portugal de General Electric Healthcare y responsable de los proyectos de colaboración público-privada. Es ingeniero técnico superior, licenciado en Zaragoza.

Quisiera hacer primero una pregunta a Jesús, para que nos comentara la opinión de alguien que está fuera del entorno cómo valora todo este tema de eficiencia, justicia y equidad, concretamente en la empresa sanitaria. Quisiera saber si piensas que existe incompatibilidad entre eficiencia y justicia y que la eficiencia puede ser un instrumento para conseguir más justicia en la producción y organización del bien salud, que es un bien social y nos afecta a todos. Quizás en esta mesa falte la opinión de los pacientes, porque creo que tienen mucho que decir cuando hablamos de compromiso. Adelante, Jesús.

JESÚS CONILL SANCHO: Gracias a todos. Quería comenzar dando la enhorabuena a la Fundación Signo por toda su trayectoria y por la oportunidad que nos brinda de estar aquí juntos profesionales de distintos campos para tratar un tema tan acuciante

como éste. También quiero agradecer a Tomás Fernández la invitación, porque en principio soy ajeno al sector, pero me siento muy implicado en el estudio del tema y también en la actividad práctica. Quisiera explicar la necesidad de la perspectiva ética para la cuestión de los costos en el ámbito de la gestión y de la gestión de calidad. Quisiera aludir a tres puntos.



Jesús Conill

En primer lugar, me gustaría corregir el planteamiento inicial, que se trata normalmente de posiciones y enfoques dilemáticos: justicia y eficiencia, eficiencia y calidad... Creo que eso es ya un problema mental, y los problemas mentales son los peores enemigos para enfocar los temas a tratar. No se trata de un enfoque dilemático que buscar una disyunción exclusiva, sino de enfoques ante problemas. Precisamente, la racionalidad ética lo que nos enseña es a estudiar el problema de la racionalidad, que también tiene mucho que ver con el tema que nos ocupa, que es la economía. Lo primero es decir qué problema hay, no qué dilema, porque cuando uno ve un problema, tiene que ver en su

racionalidad y con su imaginación cómo crear posibilidades. En un dilema sólo caben dos soluciones, mientras que ante un problema hay multitud de posibilidades y de salidas.

“A mi modo de ver, lo más importante sería el cambio de valores, el cambio axiológico, donde el factor clave es la implicación de los profesionales, porque es el agente que tiene que elaborar ese cruce de racionalidades económico-ético”.

Jesús Conill

En segundo lugar, la ética es fundamentalmente el intento de usar la razón para vivir bien. En el contexto que nos movemos, se trata de cómo ser un buen profesional para atender a ese bien salud, que es la finalidad primordial. Aquí nos relacionamos con un ámbito problemático, que es la relación con la eficiencia, que normalmente se plantea como un concepto económico. Aquí es donde viene la problemática: un cruce de racionalidades. La racionalidad de la eficiencia normalmente se plantea como si fuera de pura economía, cuando no lo es, porque la pregunta es eficiencia para qué. La eficiencia sería para conseguir los mejores resultados en el bien salud y, por tanto, ahí hay una realidad llena de valores, orientada a la justicia. En el ámbito de la salud, no hay eficiencia si no está orientada al bien salud y a la justicia. Por tanto, hay un problema de dimensiones de la racionalidad. A mi modo de ver, la noción de eficiencia puramente económica tiene que ser orientada axiológicamente, tiene que estar llena de valores dirigidos hacia la justicia.

En tercer lugar, quisiera resaltar algunos elementos que compondrían esa facilitación del cruce de racionalidades, para establecer la finalidad última. Por ejemplo,

creo que en esa racionalidad, si no tenemos información fidedigna y transparente, no vamos bien; y lamentablemente, en el ámbito de la salud no disponemos de información buena y transparente. Por otro lado, están los incentivos. ¿Cómo vamos a ser eficientes con el bien salud si los incentivos son perversos en los medios de los diversos agentes sanitarios?

Además, a mi modo de ver, lo más importante sería el cambio de valores, el cambio axiológico, donde el factor clave es la implicación de los profesionales, porque es el agente que tiene que elaborar ese cruce de racionalidades económico-ético. El profesional tiene que ejercer un cruce de racionalidades donde para ser eficientes no hay que despilfarrar, pero esto tiene diversos significados. Ha habido épocas en las que había que gastar por gastar, porque detrás había una ética utilitarista en la que el consumo era muy importante; ahora vemos que eso era un error y podemos ir al extremo contrario, al no gastar. La misión prudencial está en guardar una proporción, la medida, y ése es el cruce de racionalidades al que yo quería aludir.

Para conseguir este cruce a través de los protagonistas principales, que son los profesionales, hay que tener en cuenta dos elementos que no tenemos suficientemente interiorizados por culpa de la burocratización. Se trata de producir una racionalidad cruzada, llena de valores, con unas metas muy delimitadas y que está implantada por los profesionales, que son los protagonistas, no sólo sanadores, sino que tienen que tener una parcela de gestores.

TOMAS FERNÁNDEZ: Creo que va rondando una pregunta en el aire. Estamos hablando de los profesionales, pero cuando hablamos de compromiso no les afecta

sólo a ellos. Si transformamos la eficiencia en algo que pasa a ser valores y que conlleva un compromiso, esto afecta a todos los agentes: profesionales, pacientes, gestores y políticos; esto deberíamos llevarlo a cabo. Ahora quería preguntar a Elisa cómo repercute el aumento de la productividad y la eficiencia económica de la organización sanitaria en una mayor calidad y si ésta mayor calidad da mayor equidad al servicio. En resumidas cuentas, quería preguntarle cómo mejorar la gestión para que sea eficiente y, al mismo tiempo, justa. Elisa, creo que tienes una presentación de una experiencia, adelante.

“Si transformamos la eficiencia en algo que pasa a ser valores y que conlleva un compromiso, esto afecta a todos los agentes: profesionales, pacientes, gestores y políticos...”

Tomás Fernández

ELISA GÓMEZ INHUESTO: Buenos días. Voy a contestar esta pregunta contando una experiencia práctica, pasando más de la visión ética y filosófica, que comparto con Jesús casi en la totalidad. Esta es una visión práctica y de gestión, y se trata de qué compromiso ético tenemos en nuestro hospital con la eficiencia.

Nosotros somos un hospital público, de la red sanitaria vasca, y trabajamos para mejorar la salud de nuestra población, esa es la filosofía que mueve a todos los profesionales del hospital. Nosotros trabajamos para mejorar la salud del ciudadano, no solo para curarlo cuando ya está enfermo, por lo que tenemos un enfoque previo. Nos referimos a la salud de toda la población, sin exclusión.

Nuestro discurso de la eficiencia es dar al paciente lo que necesita, pero no más, y en

este discurso estamos de acuerdo los gestores, los médicos, los profesionales sanitarios y los pacientes, porque todos creemos que sí estamos dando de más a algunos pacientes. Creo que esto es evidente y no hace falta convencer a nadie, pero por ejemplo la Organización Mundial de la Salud dijo en 2010 que entre el 20 y el 40% de los recursos utilizados en salud se malgastan. Hay artículos científicos, de profesionales reconocidos, que hablan de la variabilidad en la práctica clínica como razón de diferente trata en la equidad a los pacientes, de diferentes resultados en calidad, etc. El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud abunda en lo mismo. Con respecto a indicadores y medición, me interesa resaltar que la información del sistema sanitario aquí en España carece de un marco común de resultados, lo que imposibilita una evaluación sistemática del rendimiento.

“Nuestro discurso de la eficiencia es dar al paciente lo que necesita, pero no más, y en este discurso estamos de acuerdo los gestores, los médicos, los profesionales sanitarios y los pacientes, porque todos creemos que sí estamos dando de más a algunos pacientes”.

Elisa Gómez

Ante esta situación y ante la crisis que estamos viviendo, hay muchas recomendaciones, como ser una asociación de profesionales independientes, pero hay muchas otras con las que estamos muy de acuerdo. El problema es cómo llevamos esto a la práctica.

Les voy a decir cómo lo estamos haciendo en nuestro hospital. Lo hacemos con un modelo, un proyecto, unas reglas de juego y un objetivo compartido. Nuestro modelo es el EFQM, que es un modelo de gestión

por procesos, pero también es un modelo de responsabilidad social corporativa. En el año 2008 ya incluíamos una memoria de responsabilidad social corporativa y fue cuando incluimos este enfoque en la filosofía del hospital y luego pueden ver diferentes hitos relacionados con la sostenibilidad económica, social y medioambiental.



Elisa Gómez

En segundo lugar, he hablado de proyecto común, porque el Plan Económico Actual, 2012-2014, se elaboró con la participación de cuatrocientos profesionales del hospital, por lo que tenemos un proyecto común, consensado y compartido. También participaron más de treinta personas de grupos de interés externo: proveedores, asociaciones de pacientes, ayuntamientos, etc. Estamos trabajando en tres líneas relacionadas con la eficiencia.

La primera línea es el cambio del modelo asistencial. Estamos en el cambio del modelo hacia la atención del paciente crónico y del paciente activo, hacia la integración con primaria, hacia la atención con telemedicina, hacia la incorporación de las

TIC's, etc. También estamos cambiando el modelo organizativo, ya lo hemos cambiado. Tenemos un nuevo organigrama y un proyecto muy interesante, que nos está dando muy buenos resultados de descentralización de la gestión económica a los profesionales sanitarios y a los servicios asistenciales.

También está el asunto de la innovación, creemos que es un elemento clave. Estamos trabajando con un modelo de innovación abierta, trabajando con nuestros proveedores y con otras empresas que están en nuestra comarca, cerca de nuestro hospital.

El último punto es muy interesante. No podemos poner nada en marcha sin unas herramientas que lo soporten. Desde la gerencia y el área económica, tenemos la responsabilidad de darles herramientas a los profesionales para que gestionen, si es que queremos que lo hagan. Tenemos unas reglas de juego, que son unos valores, y voy a destacar solo la profesionalidad, que para nosotros es ser responsables y tener un compromiso ético en la gestión de los recursos.

El plan estratégico tiene nueve objetivos, de los que tres están relacionados con los temas de responsabilidad social corporativa; quiero destacar el punto de la calidad asistencial, que es clave.

Quería hacer dos apuntes sobre el sistema de información que tienen nuestros médicos. Por ejemplo, todos pueden hacer el seguimiento del consumo de farmacia relacionado con el número de pacientes a los que están tratando, por principio activo y por medicamento individualizado. Pueden tener la información de lo que piden a los laboratorios, incluida la intensidad de con-

sumo por paciente tratado, tanto en consultas como en la hospitalización. También pueden ver la evaluación de los objetivos de eficiencia que se pactan en los contratos de gestión, lo que no hay que confundir con gestión clínica con el enfoque de hace diez años. Estos son contratos de gestión pactados, también asistenciales y estratégicos.

Hemos dado un paso más en el modelo asistencial, que es la estrategia de crónicos. Tenemos casi cinco mil pacientes con los que estamos haciendo ya actuaciones concretas personalizadas. La gestión tiene que ir a la par de esto. Nuestro sistema de gestión ahora mismo está aquí, en saber lo que cuesta un paciente crónico, lo que nos permite evaluar y dar información a nuestros profesionales de la variabilidad en el coste de sus actuaciones.

Por último, creo que la evaluación económica es una de las herramientas que tiene que bajar a los hospitales de la universidad o de las agencias de evaluación de tecnología. Esto es algo que tenemos que empezar a manejar. Tenemos que comparar los nuevos modelos asistenciales nosotros que los estamos implantando. Tenemos la obligación de hacer estudios coste-efectividad, para ver si es más efectivo lo anterior o lo que estamos implantando.

TOMAS FERNÁNDEZ: Vuestra apuesta por la eficiencia viene de hace ya tiempo. Nos tenemos que plantear en el momento en el que vivimos, donde tenemos una reducción clara de presupuesto y de recursos, cómo mantener ese compromiso de los profesionales, la comprensión de los pacientes y la justicia en las prestaciones.

ELISA GÓMEZ INHUESTO: Con este discurso que tenemos de la eficiencia estamos to-

dos de acuerdo, porque creo que todos tenemos objetivos comunes: ni unos los buenos y otros los malos, ni unos los que recortan y otros los que dan, sino que la responsabilidad es compartida. Por tanto, entendemos que al paciente hay que darle todo lo que necesite, pero creemos que le estamos dando muchas cosas que no necesita, y eso lo sabemos porque los profesionales nos lo dicen, ésa es su gestión.

Nosotros empezamos con los contratos de gestión en el año 2010 y las primeras actuaciones eran ver qué peticiones al laboratorio eran demás y si se podían dejar de pedir. Para que los profesionales puedan hacer esto, hace falta que sepan lo que están gastando y que se lo expliquemos, que puedan consultar la información actualizada y comprensible. Eso es básico para que el sistema funcione.

LUIS RODRÍGUEZ PADIAL: Coincidiendo con lo que has comentado, ¿quién determina lo que el paciente necesita: el paciente, el profesional o el gestor? Creo que la clave de esto es que es más y que es menos, porque lo que necesita va cambiando a medida que avanza la ciencia, surgen nuevas tecnologías, etc.

ELISA GÓMEZ INHIESTO: Bajo nuestro punto de vista, lo que el paciente necesita lo determina el profesional, el médico. Otra cosa es que cosas que el médico cree que el paciente necesita, el propio paciente no las quiera, y está en su perfecto derecho.

JESÚS CONILL SANCHO: Un comentario ante este problema que habéis sacado. La clave está en qué significa lo que necesita. Has comentado que lo determina el profesional, pero debemos ser muy conscientes del contexto económico-social en que se produce esta determinación. Una de las

grandes diferencias entre el contexto económico clásico-antiguo y el moderno-contemporáneo es la confusión entre necesidad y deseo; esto a veces nos pasa desapercibido. Entonces, igual que ocurre en otros sectores de la vida, también en el mundo sanitario hay veces que las necesidades son sustituidas por deseos y los deseos son infinitos. Este punto clave de nuestras sociedades ha conducido al consumismo y también al consumismo sanitario. Este es un punto que rebasa al mundo profesional, porque el profesional se ve verdaderamente comprimido ante estas exigencias. Esto deberíamos poderlo atacar, porque si no, es un problema de fondo muy difícil de solventar.



Luís Rodríguez Padial

TOMAS FERNÁNDEZ: Hay una frase de una vieja amiga nuestra, que dice que el estado del bienestar ha confundido la protección de los derechos básicos con la satisfacción de los deseos infinitos. Creo que en alguna mesa se ha planteado la necesidad de trabajar sobre la demanda como algo importante desde el punto de vista social. Este grado es importante y cae en la esfera de la

comunicación en la política, que es trabajar sobre la demanda. Luis, ¿cómo incorporamos a los profesionales?

LUIS RODRÍGUEZ PADIAL: En eso soy optimista. Creo que hay muchos profesionales que están incorporados en lo que son aspectos de gestión, pero entendiendo que todos debemos trabajar y que no somos los únicos protagonistas, está claro que tenemos distintas visiones del mismo problema; en unos casos coincidimos y en otros no. Estoy comprometido en la implicación de los médicos en la gestión, pero hablo desde la perspectiva del profesional.

“Hablando de qué es la ética para los médicos y de cuál es nuestra ética, lo que está claro es que durante miles de años el compromiso fundamental del médico ha sido con su paciente; en nuestro código ético, actualizado hace menos de un año, esto queda patente”.

Luís Rodríguez Padial

Hablando de qué es la ética para los médicos y de cuál es nuestra ética, lo que está claro es que durante miles de años el compromiso fundamental del médico ha sido con su paciente; en nuestro código ético, actualizado hace menos de un año, esto queda patente. También se asume que tenemos un compromiso con la sociedad y que tenemos que ser eficientes, porque es ético. Si todos pensamos, cuando estamos enfermos y vamos al médico, queremos que nos comprenda e ir con la convicción de que va a procurar lo mejor para nosotros. En eso se basa todo; si no, el resto no tendría sentido.

En esa dicotomía nos movemos los médicos. Cuando tenemos que tomar una decisión que consideramos que no es lo mejor

para nuestro paciente, podemos llegar a chocar con los economistas.

La eficiencia global es qué recursos pongo y qué obtengo, pero ahí también los médicos tenemos una visión distinta de los economistas y los gestores, que a veces tienen una visión más a corto plazo, porque si hay cuatro años de presupuesto, tienen que obtener los mejores recursos. Sin embargo, también tienen la obligación de pensar en toda la historia del paciente y no van a tomar decisiones que ahorren a corto plazo, pero que supongan complicaciones. Por ejemplo, si yo que soy cardiólogo no bajo el colesterol a un diabético que ha tenido un infarto, es eficiente, porque es más barato, pero dentro de cuatro años me resultará más caro porque tendré que ponerle un stent; entiendo que la mayoría de los gestores están de acuerdo con esta visión, pero no todos. Ahí es donde surge ese problema que hace que no nos pongamos de acuerdo en algunas situaciones.

Ya quisiéramos los médicos tener evidencia para tratar todas las patologías. La medicina basada en la evidencia no es perfecta, pero creo que es una línea por la que hay que ir, y nos da evidencia para tratar poco más del veinticinco por ciento de las patologías. En el resto no está tan claro, porque no se han hecho estudios o porque los estudios han dado resultados poco claros. Cuando uno ve una línea de práctica clínica, de uso apropiado de los recursos, hay una amplia zona de blancos y de negros, pero lo más amplio es la zona de grises, por lo que habría que analizar otras variables.

Hay mucha variabilidad en la práctica clínica que no se puede asumir. Luego hay otra parte que depende de las características del paciente y de los otros recursos de los que disponen los médicos para tratar al

paciente. Nosotros tenemos el máximo interés en nuestros pacientes normalmente.

A nosotros nos van a juzgar en ese código ético, que es en el que nos hemos formado. En la eficiencia a corto o largo plazo es donde surgen muchos de los problemas que se ven en la práctica. Coincido en que la mayoría de los profesionales estamos implicados y es imprescindible que participemos en estos proyectos, tanto los médicos como el personal de enfermería.

Tengo experiencia en estos proyectos, porque participé en un proyecto de los institutos que hizo inicialmente el Insalud y fue bastante gratificante. Al final se paró, entre otras cosas porque no disponíamos de las herramientas necesarias para saber qué patologías se veían y qué complicidad tenían, porque donde no hay evidencia de cómo tratar un problema, compararte con tus compañeros es bastante útil. Al final, todos tenemos la misma formación y tomamos decisiones, que nos gusta saber si son totalmente distintas a las de los demás. Volvería a participar en un proyecto de este tipo, aunque no llegó a buen puerto.

Hace poco hemos tenido la oportunidad en mi servicio de casi iniciar una acreditación de calidad, que luego se ha parado a la espera de mejores circunstancias, y la mayoría del servicio ha querido participar en eso sin recibir ningún incentivo extra. La mayoría de la gente quiere participar para mejorar la eficiencia en su trabajo, que es la calidad.

En cuanto a la medicina basada en la evidencia, los profesionales vemos también con un poco de preocupación que debería surgir alguna línea de trabajo de gestión

basada en la evidencia. Vemos muchas veces que se toman decisiones y se repiten cosas de gestión que en otros sitios no han funcionado. Creo que esto se va corrigiendo, pero en esa relación con los gestores nos gustaría ver que se aplican soluciones que se sabe que son eficaces.

Me gustaría resumir diciendo que el concepto que tenemos políticos, gestores y clínicos no es exactamente el mismo cuando hablamos de estos términos. Creo que nos podemos poner de acuerdo y que estamos obligados a ello, para dar el mejor tratamiento a nuestros pacientes, con la mayor eficiencia y con la implicación de los profesionales, asumiendo el compromiso ético de dar al paciente lo que necesita; de todas formas, tenemos que entender que lo que el paciente necesita es dinámico, va cambiando, porque surgen nuevos tratamientos que son eficaces en esos pacientes y que dan mejores resultados a una patología concreta. Hay que sentarse, ver cuál es el uso y saber el coste-oportunidad.



Antonio Isiegas

ANTONIO ISIEGAS DE LATAS: Tengo una pregunta, poniéndome un poco en la parte

del paciente. Cuando se habla del paciente, se habla del paciente como reactivo, como persona indefensa, pero esta figura está cambiando, porque el paciente cada vez sabe más y las redes sociales cada vez aportan más información. Imagino que, en el día a día, estaréis notando que el paciente está más informado y quiere participar en la toma de decisiones.

LUIS RODRÍGUEZ PADIAL: Eso está claro, pero depende del paciente. Muchas veces le explicas, porque quieres que participe en la toma de decisiones, puesto que en ocasiones nadie mejor que él para saber lo que le pasa. Por suerte, la mayoría de los pacientes participan en la toma de decisiones, porque también los médicos estamos cambiando la visión paternalista que había antes. Normalmente, facilitamos información al paciente para razonar con él, aunque tú tienes más elementos de juicio y puedes aconsejar, pero la decisión última es del paciente. El médico también tiene que tener tacto dependiendo del paciente con el que esté tratando.

ELISA GÓMEZ INHUESTO: A propósito de que las necesidades son cambiantes, estoy totalmente de acuerdo. Sobre quién decide qué se le hace al paciente, para mí el médico decide sin duda. Un gestor no tiene que intervenir en las decisiones del médico sobre qué darle al paciente, pero sí le va a pedir resultados y evidencias de ese tratamiento. Está muy bien incorporar tecnologías y nuevas formas asistenciales eficaces, pero también eficientes. Entonces hay que empezar a hacer estudios coste-eficiencia, que no los hacemos casi nunca.

Por mucho que no haya evidencia científica de un tratamiento, sí que hay un presupuesto de lo que va a pasar y unas expectativas de cómo va a avanzar la salud del

paciente con ese tratamiento, pero luego habrá que poner encima de la mesa resultados. Me encantaría tener una gestión basada en la eficiencia, en la que de alguna manera encontráramos resultados publicados: tanto resultados económicos del coste de los servicios asistenciales como resultados asistenciales y en salud, lo cual es un derecho del paciente.

La mayoría de los gestores de los hospitales no nos basamos en los resultados de cuatro años y punto, sino que nos preocupamos por todo lo demás. Quizás uno de los problemas que tenemos es la falta de profesionalización en la gestión sanitaria.

JESÚS CONILL SANCHO: Simplemente quería elevar a conciencia los supuestos de lo que acabamos de oír, que tiene mucho que ver con la perspectiva ética bien entendida y que supone un ejercicio de profesionalidad con múltiples racionalidades en marcha, porque uno tiene que ser racional en el orden del conocimiento del saber médico. El saber médico es racional de una manera comunicativa y deliberativa, y económico también, por lo que es un cruce de racionalidades que supone una sobrecarga en el profesional. Habría que cuidar al profesional, que tiene una sobrecarga de racionalidades, lo que puede producir unos momentos de estrés bastante considerables.

Con respecto al concepto que nos ocupa, eso supone una noción de eficiencia que no se reduce a una de esas racionalidades, sino que tendríamos un nuevo concepto de eficiencia poliédrica y polivalente, por lo que deberíamos cambiar nuestro concepto.

TOMAS FERNÁNDEZ: Antonio, ¿cómo veis vosotros el tema de la eficiencia, la ética, la responsabilidad social corporativa de vues-

tra empresa, que está en el mundo sanitario? Vosotros sois también espectadores de lo que es el mundo sanitario y tenéis un papel realmente importante.

ANTONIO ISIEGAS DE LATAS: Muchas gracias. Lo primero que quería es dar la enhorabuena a la Fundación Signo por el éxito de las jornadas y agradecer la invitación. General Electric es una compañía que fundó Thomas Edison en el año 1878, que es la única que permanece desde que se fundó el Dow Jones, con alrededor de trescientos mil empleados en todo el mundo.

“La iniciativa Health Imagination empezó en el 2010 y va a acabar en 2015, y se fundamenta en tres ejes; cualquier producto o servicio que esta compañía desarrolle tiene que estar dentro de estos tres ejes: reducción de costes, mejora de acceso y mejora de calidad”.

Antonio Isiegas

Voy a explicar un poco más la iniciativa *Health Imagination*, que muchos ya conocerán y que es lo que más nos puede relacionar con la ética, la eficiencia y la eficacia y la visión de lo que va a ser la sanidad en el futuro. General Electric es una gran corporación, una empresa de las más grandes del mundo. Nosotros, dentro de General Electric, pertenecemos a Healthcare, que es como el veinte por ciento del total de la compañía, en la que la parte fundamental es el componente energético.

La iniciativa *Health Imagination* empezó en el 2010 y va a acabar en 2015, y se fundamenta en tres ejes; cualquier producto o servicio que esta compañía desarrolle tiene que estar dentro de estos tres ejes: reducción de costes, mejora de acceso y mejora de calidad. En cuanto a la mejora de acceso, en países desarrollados como el nues-

tro, entendemos reducir las listas de espera, y en países tercermundistas, entendemos que la población pueda tener una sanidad que ahora no tiene.

Éste es un proyecto financiado: no son solo buenas intenciones, sino que hay seis billones de dólares americanos y está auditado por Oxford Analytica. Por tanto, no vale con que nosotros digamos que un proyecto reduce costes o mejora el acceso, sino que una tercera compañía acredita si eso es así.



Tomás Fernández

Hay ejemplos para reducir el coste. Hemos conseguido digitalizar todo el tema de anatomía patológica, lo que va a suponer una revolución en la reducción de costes y en las dobles opiniones. Para que todo esto funcione las TIC's son claves y estamos a años luz de lo que tienen que ser las TIC's. Muchos servicios se consideran digitalizados, pero tienen datos digitales que luego no explotan, lo que no sirve para nada. Ahora hay distintos proyectos en los que va a haber sistemas inteligentes que van a buscar dentro de las bases de datos la información que cada profesional necesita.

Nosotros tenemos un acuerdo con Microsoft que vamos a ver cada día en los próximos meses.

Otro ejemplo de reducción de costes son las resonancias que sean muy específicas, como para las extremidades, con las que se aumenta mucho la calidad, la producción es mucho más alta y se reduce el precio del estudio.

“En torno al año 2000, hemos asistido a un exceso de incremento de la tecnología, porque había casi fascinación tecnológica, en muchos casos sin saber si eso aumentaba el nivel de nuestra población”.

Tomás Fernández

Para mejorar el acceso tenemos dos ejemplos en la sanidad en el tercer mundo, con todo el tema de la purificación de aguas con la energía solar y con un proceso de incubadoras, que son unas mantas con aceite que se calientan con piedras y mantienen el calor para mantener al bebé a temperatura óptima. También para mejorar el acceso tenemos el *Homecare*, porque el paciente lo que quiere es que le tratemos en su casa cada vez más y estamos en desarrollo con esto; tenemos un acuerdo con Intel para desarrollar dispositivos que aporten soluciones en este tema. Otro de los desarrollos que estamos haciendo es un ecógrafo portátil; hemos diseñado el aparato, pero no sabemos todavía bien qué utilización va a tener.

Otro ejemplo en mejora de la calidad es un sistema de mejora en resonancia magnética que focaliza ultrasonidos y quema los miomas, con lo que no hace falta estancia hospitalaria porque aumenta la calidad de la intervención. Otra parte importante es el control de la dosis al paciente, para que cada paciente sepa la dosis que ha tenido

en una exposición radiológica y sobre todo el control de calidad para no sobreexponer a los pacientes a radiación.

También es importante la calidad medioambiental, para mejorar la calidad de nuestros servicios y de nuestros productos. Cada producto y cada servicio tienen que reducir costes, mejorar el acceso y mejorar la calidad.

TOMAS FERNÁNDEZ: Pienso que corren muy malos tiempos para la tecnología, porque ahora mismo las inversiones en tecnología se ven como algo que hay que frenar. En torno al año 2000, hemos asistido a un exceso de incremento de la tecnología, porque había casi fascinación tecnológica, en muchos casos sin saber si eso aumentaba el nivel de nuestra población. Ahora nos preguntamos si eso realmente ha mejorado los resultados en salud. Por tanto, ¿cómo podéis vender esto ahora vosotros? ¿Cómo lo veis desde fuera, desde la empresa que colabora en este entramado?

ANTONIO ISIEGAS DE LATAS: Son malos tiempos, pero desde hace varios años, y el pasado ya no va a volver. Lo estamos pasando mal, pero el futuro que viene no se va a parecer en nada a lo que hemos dejado atrás. Por eso, nosotros lo vemos como una gran oportunidad, porque el modelo está cambiando, especialmente en países como el nuestro, donde no había cultura de colaboración público-privada.

Ahora lo que tenemos que hacer son inversiones a largo plazo para que tengan sentido, como invertir en formación, en procesos, en recursos y en sistemas de información que nos permitan tomar decisiones. Les estamos pidiendo a los gestores que gestionen mejor cuando no tienen datos

para poder hacerlo y los que tienen, son malos. Hay en sitios que, incluso con los mismos sistemas de información, miden cosas distintas, porque usan diferentes campos. Si un gestor no tiene clara la visión económica y encima no tiene datos claros, le estamos pidiendo que haga milagros. Ahí es donde podemos ayudar nosotros, con nuevos procesos y nuevos sistemas de gestión, porque hay que industrializar la salud, mejorando así todos, con menos costes y mejor calidad. Las cosas han cambiado y un departamento de salud no va a pensar en las inversiones que tienen para un año, sino que buscarán soluciones.

“Antes de invertir en una tecnología, hay que probar que da resultados en salud, pero mostrar resultados en salud tarda muchos años y si nadie hubiera comprado la primera resonancia, no tendríamos ahora esto: debemos trabajar con un compromiso entre las autoridades sanitarias, la industria y los profesionales”.

Luís Rodríguez Padial

Cada comunidad tendrá que hacer un plan de dónde quiere ir en los próximos diez años y a partir de ahí cambiará el modelo. Nosotros, aunque somos una empresa muy grande, estamos buscando ya alianzas con otras compañías para ofertar servicios muy rentables y que mejoren mucho la calidad, porque eso es lo que quiere el sistema. Ahí hay mucho que hacer, pero lo estamos haciendo ya y este año lo vamos a ver; vamos a tener muchas oportunidades de negocio, pero de una forma completamente distinta. Vamos a trabajar mucho más en conjunto con la administración, vamos a compartir riesgos y vamos a intentar mitigarlos. En ese aspecto somos absolutamente optimistas.

LUIS RODRÍGUEZ PADIAL: Creo que es importante seguir desarrollando este tipo de tecnología. Antes de invertir en una tecnología, hay que probar que da resultados en salud, pero mostrar resultados en salud tarda muchos años y si nadie hubiera comprado la primera resonancia, no tendríamos ahora esto: debemos trabajar con un compromiso entre las autoridades sanitarias, la industria y los profesionales. Sin embargo, esto tampoco quiere decir que el primer aparato que salga se ponga en todas partes, sino que hay que probarlo en algún sitio, evaluarlo y, a medida que se vea su impacto, irlo extendiendo. Si esperásemos a ver los resultados en salud, mataríamos muchas cosas que mejoran la sanidad. Hay que ver las cosas globalmente para observar sus resultados y ver cómo hacen que mejore la salud, porque si lo vemos asilado, a veces parece que no tienen ningún impacto.

TOMAS FERNÁNDEZ: Ahora vamos a dar paso a la sala, pero parece que no hay preguntas.



Conill J, Gómez E, Rodríguez Padial L, Fernández T, Iniesta A.

ANTONIO ISIEGAS DE LATAS: Tengo una pregunta para Elisa como directora económica. El dinero de sanidad es dinero del Monopoly, porque tienes un presupuesto que alguien ha puesto, pero no

cumplía nunca. Cuando se está cerrando el presupuesto, se piensa que no se puede cerrar el hospital ni dejar de atender, por lo que hay que seguir gastando; por eso se trataba como dinero del Monopoly, pensando que alguien daría el dinero finalmente.

ELISA GÓMEZ INHIESTO: Probablemente, esa es una de las razones por las que estamos en esta situación. Realmente aquí de Monopoly no hay nada y si no que les pregunten a los proveedores cuando no cobran. El dinero y el presupuesto son reales. Nosotros hemos cerrado este año con déficit cero, tanto el hospital como la sanidad vasca. Es un tema de profesionalidad, hay que tomárselo en serio. En la sanidad privada no van gastando y a final de año dicen cuánto dinero más necesitan. Hay que cambiar la forma de trabajar para que el tema no vaya a peor. Nosotros pagamos a los proveedores a sesenta días religiosamente, porque no queremos que las empresas cierren y porque no queremos poner en peligro el cuidado de los pacientes: hay que ser responsables, aunque las necesidades y los deseos sean infinitos, porque el dinero no lo es.

“Nosotros pagamos a los proveedores a sesenta días religiosamente, porque no queremos que las empresas cierren y porque no queremos poner en peligro el cuidado de los pacientes: hay que ser responsables, aunque las necesidades y los deseos sean infinitos, porque el dinero no lo es”.

Elisa Gómez

Hay que hacer un plan de mejora y tomar medidas de eficiencia no sólo de ahorro. También hay que recortar con bisturí y tijeras donde detectamos que hay bolsas de ineficiencia, para lo que necesitas

herramientas que indiquen dónde debes actuar.

LUIS RODRÍGUEZ PADIAL: Estamos hablando de recortes y efectivamente hay que recortar. Cuando uno mira los datos, estamos hablando de un sistema sanitario en el que España invierte porcentualmente en PIB por debajo de la media y todos pensamos que es un sistema bueno, aunque igual ya no tanto como creemos. De hecho hay evaluaciones de consumidores, con las que yo no coincido del todo, que nos sitúan por debajo de otros.

Asumiendo que hay que recortar, ¿el sistema sanitario sería en el que más hay recortar dentro de la estructura económica del país? Cuando miras los datos macroeconómicos, te encuentras que estamos por debajo de la media, y aún así conseguimos una eficiencia global mayor que otros sistemas. Me parece interesante tratar este tema, porque antes de castigarlo, vamos a ponerlo todo en perspectiva.

TOMAS FERNÁNDEZ: El problema que se sigue planteando es que somos eficientes, pero no hay dinero ni recursos para más; por eso, lo que hay es lo que hay. Es cierto que tenemos un PIB más bajo de la media europea, pero también es cierto que somos el segundo país del mundo en el número de recetas prescritas. Hay cosas que tendremos que seguir planteándonos.

Recuerdo que en el informe *Hastings* había cuatro objetivos fundamentales a la hora de plantear la salud como bien social y no sé si los tenemos metidos en la cabeza: la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; aliviar el dolor y sufrimiento causados por la enfermedad; la asistencia y curación de los enfermos y cuidar a los que no pueden ser curados, y evitar la

muerte prematura y velar por una muerte en paz. Creo que hasta que no tengamos esto muy claro para el bien salud, tenemos mucho camino por andar. La eficiencia puede ser buena en términos económicos, tenemos mucho que ajustar todavía, pero hay que hacer un cambio de valores a la hora de plantear cómo estamos enfocando nuestro sistema sanitario. ¿Qué pensáis al respecto?

LUIS RODRÍGUEZ PADIAL: Está claro que debemos cambiar más hacia la prevención y menos hacia el tratamiento. Si uno mira el gasto sanitario, ha aumentado: hay muchos más profesionales y más gasto, y eso que yo vengo de una comunidad en la que en las transferencias la situación era bastante deficiente. Lo cierto es que también se ha aumentado mucho en burocracia y deberíamos trabajar en mejorar la eficiencia de esa burocracia.

Los médicos tenemos la sensación de que los problemas en gestión surgen cuando no hay dinero. Cuando hay dinero, gestiona cualquiera, pero cuando no lo hay, miramos a los profesionales para que hagan gestión clínica y ahorren. Los profesionales tenemos esa sensación, aún asumiendo el reto. Por tanto, habría que mejorar no sólo directamente la asistencia, sino también otros aspectos, y no hablemos ya de fuera del sistema sanitario. No me parece que recortar u optimizar el gasto haya que hacerlo sólo en el sistema sanitario.

De todas formas, está claro que tenemos focos de ineficiencia que tenemos que atajar. Hay que mirar los sistemas de calidad total, con una visión más global de toda la organización.

ANTONIO ISIEGAS DE LATAS: El tema es que o cambias o te cambian. Con el tema

de la libre elección de médico del paciente en Madrid, están saliendo cosas que ni se esperaban. Ahora hay servicios que cada vez tienen menos demanda de pacientes y se tienen que ir a primaria para buscar más, por lo que al final van viendo que si no te mueves, te mueves. Es mejor adecuarse al futuro, porque si no te pierdes.

“Ahora lo que tenemos que hacer son inversiones a largo plazo para que tengan sentido, como invertir en formación, en procesos, en recursos y en sistemas de información que nos permitan tomar decisiones”.

Antonio Isiegas

En cuanto a la libre elección de médico en Madrid, va a suponer un cambio brusco en el modelo organizativo; por ejemplo, hay servicios a los que ya no llegan apenas pacientes. Se está viendo que las fronteras que había entre especialidades médicas van a ser derribadas, porque el paciente ha pasado de ser pasivo a estar muy informado. Esto te cambia la forma de hacer, de gestionar y de financiar.

En este país, todo el tema de la deuda y de no pagar a los proveedores nos va a costar mucho, puesto que la reputación que tenemos en el mundo es mala, porque no entienden que tengas una gestión tan mala.

TOMAS FERNÁNDEZ: Como nadie de la sala quiere intervenir, van a apuntar algo Jesús y Elisa y después vamos a hacer una pequeño flash sobre la mesa. Me gustaría hacer dos anotaciones para este flash: cómo conseguimos realmente comprometernos a todos los niveles, desde el punto de vista de los valores, para que el bien salud se mantenga en sus términos de equidad y justicia y si una organización

ética tiene más posibilidades de sobrevivir en el futuro.

ELISA GÓMEZ INHIESTO: Sobre el tema de la ineficiencia de lo público, tengo que decir que me parece un discurso mediocre. No nos podemos escudar todo el tiempo en que lo público es ineficiente, porque es así porque no lo hacemos eficiente, pero tenemos las herramientas, las personas, la formación y los medios para que lo sea.

En cuanto a la gestión clínica, en mi hospital ya había contratos de gestión clínica hace diez u once años. El planteamiento en aquella época era el siguiente: pactamos con un servicio para ver si consigue ciertos ahorros y nos los repartimos a medias; simplificando, esa era la gestión clínica. Esto funciona el primer año, porque se ahorra, y encima ahorran más los más ineficientes. El segundo año menos y al tercero ya no se puede seguir ahorrando. Bajo mi punto de vista, el problema no es ése, sino el dilema ético en el que ponemos al profesional para decidir si dar algo a un paciente o ahorrarse el dinero para él; eso me parece muy mal éticamente.

Ahora los contratos de gestión no tienen ningún incentivo para ningún profesional, sino que tienen motivación y lo hacen por prestigio, porque sus resultados están a disposición de todo el personal y cualquiera puede ver qué se ha pactado en el contrato de gestión, qué se está consiguiendo y cuáles son los indicadores económicos y asistenciales. El tema de la transparencia y de la profesionalidad es fundamental.

LUIS RODRÍGUEZ PADIAL: Estoy totalmente de acuerdo contigo en cuanto a la ineficiencia de lo público. Para poder combatir esto, necesitaríamos las herramientas ade-

cuadas y aprender mucho de la sanidad privada.

En cuanto a la gestión clínica la entiendo como la implicación de los profesionales en la gestión de una forma global. El ahorro es una forma de poner en marcha la gestión clínica. Coincido totalmente en que al principio el más ineficiente es el que más ahorra. Realmente lo que te motiva como profesional es la sensación del trabajo bien hecho y el prestigio que eso te da: esa es la mejor recompensa.

“Creo que muchas veces la pugna entre público y privado, se dirime por un lado en cuestiones paleo-ideológicas y por otro en cuestiones políticas o partidistas y eso imposibilita la eficiencia, es un grave problema”.

Jesús Conill

JESÚS CONILL SANCHO: Quería incidir en esta dirección. Creo que muchas veces la pugna entre público y privado, se dirime por un lado en cuestiones paleo-ideológicas y por otro en cuestiones políticas o partidistas y eso imposibilita la eficiencia, es un grave problema. A mi modo de ver, se puede ser eficiente en el ámbito público y puede haber motivación de primer orden, viendo que se ejecute correctamente. Para saber cómo se ejecuta hay que tener buena información, lo que es básico. No se deben utilizar datos falseados o maquillados, ¿pero quién controla eso? Pienso que eso es fundamental y si no arreglamos eso de modo sistémico, no daremos ningún paso; me parece ineludible. Creo que si no se implica al profesional, en el sentido de que sea reconocido, la cosa va mal, porque muchas veces es más importante el prestigio que el incentivo puramente económico.

TOMAS FERNÁNDEZ: Para finalizar, os pediría una breve conclusión sobre las dos cuestiones básicas de esta mesa. Por un lado, ¿cuáles son los elementos clave para conseguir ese compromiso desde los valores para que podamos seguir hablando de un sistema que tiene como fin mejorar y preservar el bien salud? Por otro lado, quería saber si creéis que una organización basada en valores éticos tiene más posibilidades de sobrevivir a los tiempos convulsos y al futuro.

ELISA GÓMEZ INHIESTO: Sobre los valores, podría destacar varios para que este sistema sanitario perviva. La innovación es un valor muy importante, hay que hacer las cosas de forma diferente y no vale con meter más dinero. Por otro lado, destacaría la profesionalidad de las personas que trabajamos en el sistema sanitario, tanto los clínicos como los gestores.

En cuanto a la segunda cuestión, nosotros hemos adoptado un modelo de gestión basado en la responsabilidad social corporativa porque creemos firmemente que esto nos va a poner en una situación de ventaja y de supervivencia.

ANTONIO ISIEGAS DE LATAS: El tema de valores es lo que va a funcionar en el sistema sanitario, es un tema crítico. Creo que nos hemos perdido un poco y tenemos que volver a la sociedad de valores. La ética es fundamental para los negocios en sanidad y para los negocios de cualquier tipo. El futuro sanitario está en manos de los profesionales desde siempre, porque son los que manejan el dinero directamente, los que manejan al paciente y los que tienen el conocimiento. Lo que pasa es que ahora el profesional va a estar en un escenario totalmente distinto y se va a tener que adaptar, pero el futuro seguirá estan-

do en sus manos. Ahora va a tener más información, más imput, va a tener que dialogar más con el paciente...

LUIS RODRÍGUEZ PADIAL: Hay que centrar el hospital en el paciente, pero contando con el paciente, que quizás sea lo más importante. Hay otro aspecto muy importante que es el papel fundamental del liderazgo clínico. La mayoría de los profesionales quieren trabajar con calidad y hacer las cosas bien.



Fernández T, Conill J, Rodríguez Padial L, Iniesta A, Gómez E

En cuanto al papel de la ética, me alegra ver como la filosofía sigue arrojando luz sobre algunos temas. La ética, que un elemento de la filosofía, es en lo que todos podemos estar unidos porque es una pieza fundamental, el elemento básico sobre el que unir el trabajo de los sanitarios y de los gestores.

JESÚS CONILL SANCHO: Desde una posición humilde, diría que la ética nos tiene que abrir un mundo de posibilidades para reanimarnos. El problema futuro es si las nuevas generaciones se están formando en la eficiencia como compromiso ético. Más información no supone más conocimiento para resolver los problemas. Me gustaría invitar a que los profesionales pensáramos juntos en que si esto es así no necesitamos

reformular la formación. Por lo que yo conozco, la formación se está fragmentando mucho y especializando mucho, lo cual es bueno, pero hay que volver a una especialización integrada.

TOMAS FERNÁNDEZ: Muchas gracias. Espero que la mesa haya respondido a las expectativas. Nos ha tocado hablar de eficiencia, pero con valores y compromiso, lo que es ir un paso más allá. Sigo convencido

de que es necesario firmar un compromiso tácito entre los distintos agentes que participan en el sistema sanitario y eso pasa por ir desarrollando valores que nos permitan hacer las cosas de otra manera y adaptarnos a las condiciones que van a ir cambiando. Os doy las gracias por vuestra presencia. Hasta siempre.