SANIFAX

FORO INTERNACIONAL DE LÍDERES EN SALUD (FUNDACIÓN BAMBERG)

AMPLIO RESUMEN DE LA CONFERENCIA DEL DIRECTOR GENERAL DE LA UNIÓN CATALANA DE HOSPITALES, BOI RUIZ

(...) "A la hora de hablar de la sostenibilidad del sistema sanitario, deberíamos ser sinceros con nosotros mismos y no hacernos trampas al solitario. Nosotros tenemos que en estos momentos intentar hacer sobrevivir al sistema sanitario. Eso quiere decir vivir a lo mejor en peores condiciones que las que tenemos ahora para no morir. No vamos a sostener lo que tenemos. Lo que tenemos que sostener en estos momentos es prácticamente imposible los 5, 6 ó 7 próximos años. Vamos a intentar sobrevivir en las condiciones que podamos hasta que, desde el punto de vista económico, que no financiero, nuestro país y Europa vuelvan a tener los crecimientos oportunos que le permitan hacer frente a sus gastos sociales.

Dicho eso, el primer principio que tendríamos que plantear como reforma para sobrevivir —porque es una reforma para sobrevivir—, es romper con ese esquema de que el sector sanitario es un sector que como no está en el mercado, por lo tanto tenemos que administrarlo y no gestionarlo. Habría que profundizar de una vez por todas en esa separación real entre los órganos encargados de las líneas generales de la política, es decir entre la Administración y los políticos, separación real, y las unidades encargadas de procurar la atención a los ciudadanos. ¿Por qué? Porque todos los gestores sabemos que los problemas son generales. Pero las soluciones son locales. El problema está manifestado de forma diferente en cada hospital. Y si eso lo aplicamos a lo que decimos los médicos de que no hay enfermedades, hay enfermos. Cómo no vamos a aplicarlo a que los problemas hospitalarios son generales pero se manifiestan de forma diferente en cada lugar.

Fíjense en una tontería. Todos tenemos amigos médicos, todos. Y les preguntas "¿Qué cómo estás?". "Hombre yo bien, no me puedo quejar. En el hospital vamos haciendo, pero ¡qué mal estamos los médicos!". "¿Pero tú estás mal o bien?" "No, no. Yo no me puedo quejar." Y eso uno, y otro, y otro. ¿Por qué? Porque normalmente, y saliéndose muchas veces por la tangente, en cada uno de los centros se intenta buscar alguna solución paliativa. Esa solución no habría que hacerla desde entre comillas "la clandestinidad" y la vigilancia permanente en el cogote de un interventor o de un síndico de cuentas. Habría que hacerla con la legitimidad absoluta, autonomía de gestión, responsabilidad.

Porque gobernar es dirigir. Es decir, a dónde hay que ir. Y gestionar es llevar el coche. Y por lo tanto, son dos funciones totalmente diferentes. Cómo vamos a progresar en la gestión si cada vez que coge el volante el gestor, el copiloto que es el que dice que dónde vamos a ir, que es la Administración, le va tocando el volante de vez en cuando, diciéndole "no, no vayas por aquí. Por aquí no me gusta". Esto me deja de gustar. Por lo tanto, reforma profunda de verdad. Y eso quiere decir que los organismos y las entidades gestoras y los centros sanitarios tendrían que tener total autonomía de gestión del encargo recibido por la autoridad sanitaria. Tengan o no personalidad jurídica pública. No vale decir es que como no tiene personalidad jurídica pública no se puede "empresarializar" un centro público. Entonces entramos en el marco demagógico que es que cuando tú "empresarializas" la gestión de un servicio público, siendo y conservando la titularidad pública o revertiendo la actuación en pública dentro de unos años, se llama privatización.

Por lo tanto, para nosotros es absolutamente indisoluble el poder solucionar la situación de supervivencia si podemos centro por centro buscar las soluciones oportunas al problema que se manifiesta en ese centro. Eso sí, evidentemente no se puede pedir autonomía de gestión sin pedir responsabilidad y exigencia de la responsabilidad. Aquí el que no obtenga los resultados, como decía antes José Soto, tendrá que asumir que no ha obtenido los resultados. Y eso le costará lo que le tenga que costar. Lo que también es cierto es que para poder exigir resultados hay que consensuar, practicar medidas, como tienen otros sectores. ¿O no tiene una central de balances el sistema financiero? ¿No podemos tener una central de balances de los hospitales de este país o de los servicios de salud? ¿Con unos indicadores relevantes que nos permitan comparar y que permitan establecer los grados de eficiencia y de productividad? Gran problema de este país.

Porque al final tenemos que sobrevivir a un reto de la realidad. No olvidemos que la realidad es ésta. No nos podemos endeudar más. Estamos endeudados hasta el cuello. ¿Por qué? Porque nuestra riqueza no nos permitía pagar el sistema sanitario que teníamos. Con una participación tan importante de las finanzas públicas. En segundo lugar, aparte de no endeudarnos más, tenemos que devolver el crédito. Y por lo tanto ese es un gasto corriente devolver el crédito. Y eso nos va a restar el gasto corriente acorde. Vamos a tener un gasto corriente acorde con el devolver el crédito. Y no poder endeudarnos más. Y eso es gestión de supervivencia. No es gestión de sostenibilidad.

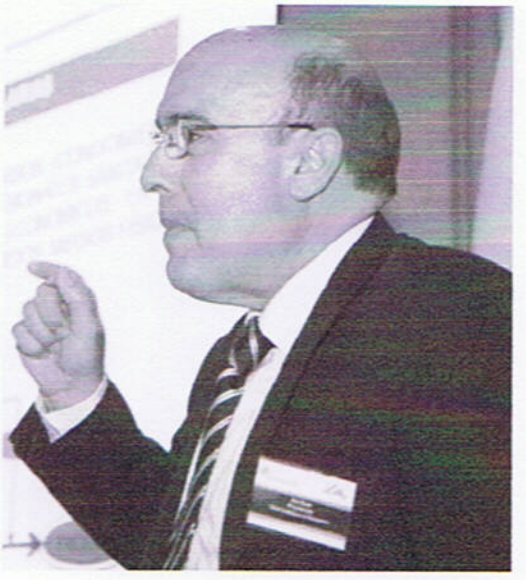
Escuchamos sostenibilidad, sostenibilidad, sostenibilidad cuando estirábamos más el brazo que la manga. Ahora no, ahora es supervivencia en todos y cado uno de los ámbitos. Por lo tanto, es el reto que desde el punto de vista empresarial considerando, como decía antes, las instituciones sanitarias como empresas. Toda empresa tiene que cumplir con cuatro elementos básicos. Tiene que saber qué servicios tiene que producir. Tiene que saber para quién los produce. Y quién los paga. Y cómo producirlos. Eso hasta ahora es una constante que podríamos responder más o menos bien. Qué servicios producir: todos, prácticamente. Para quién: para todos. Quién los paga: entre todos. Y cómo producirlos: desde unos servicios y unos sistemas sanitarios que sean de todos. Hasta ahora el denominador común en la respuesta era "todos".

Por lo tanto, si éste es el reto de la realidad habrá que elegir el método de producción más adecuado a tener el gasto corriente acorde. Tanto desde el punto de vista del coste como del rendimiento. España ha vivido y hay que decirlo sin ningún temor, de todas aquellas generaciones que han trabajado más de 40 horas a la semana. Nuestros padres, nosotros mismos, somos de la generación de las 40 y más horas a la semana. No se puede generar la misma riqueza y mantener los niveles de riqueza del país si trabajamos 30. No es posible.

Y nuestro gran problema en este país es que hemos hecho dos cosas. Trabajar menos horas y aumentar los salarios. Y no sólo en el conjunto de la economía del país, sino especialmente en el sector público sanitario. ¿Cómo es posible que los hospitales públicos en la mayoría de las comunidades autónomas prácticamente, aproximadamente un trabajador libre durante dos meses? Y trabajen en realidad 10 meses al año. ¿Nos lo podemos permitir? ¿O los sencillo es bajar un 5% los sueldos? A lo mejor lo sencillo o lo más difícil es por el mismo sueldo trabajar un 15% más. Seguramente, el precio coste-hora que tendríamos que aplicar en nuestro servicio sanitario sería uno muy diferente.

Creo que el gran problema de nuestro país, y especialmente focalizado en el sector sanitario, es nuestra baja productividad. Que muchas veces se confunde con que trabajamos poco. No que trabajamos poco, que con las horas que hacemos no podemos hacer más. Si cada vez hacemos el divisor más pequeño, el coste de cada una de las horas de trabajo va a ser más alto. Y no nos engañemos. Y no nos hagamos trampas al solitario. Y por lo tanto, cualquier actuación que no vaya en mejorar la productividad con acuerdos serios con los sindicatos, no con acuerdos unilaterales de bajar los salarios, no prosperará en sentido positivo.

Cuando hablamos de eficacia y eficiencia de los órganos organizativos, ¿a qué nivel? Porque claro, siempre ponemos el dedo en el hospital. En los términos de siempre. Que compren mejor y no gasten tantos medicamentos. Y no suplan las vacaciones y no gasten tanto en gasas. Esa es la eficiencia micro. Que evidentemente no hay que renunciar a ella ni muchísimo menos. Pero sí que hay que plantearse algunas que otras cuestiones. Hablemos a nivel macro de la eficiencia y la eficacia. Ya hemos hablado un poco de que ganaríamos enorme eficiencia con determinadas reformas en cómo gestionar las cosas con más autonomía y con más orientación y responsabilidad con los resultados. Por lo tanto, habrá que reformular, como decía antes, si todo aquello que decíamos de todo, todo, todo es ingente. O tenemos que plantearnos respuestas diferentes, insisto, desde el punto de vista de la supervivencia.



A nivel "meso", que podríamos entender que es la distribución de los recursos y la planificación. Creo que habría que cambiar demagogia por pedagogía. Ya no podemos decirle que todo es posible a los ciudadanos. Me parece que es engañarlos. A los ciudadanos hay que decirles que es posible esto y hasta este punto. Porque ha llegado incluso un momento en que con un crecimiento desmesurado de dispositivos sanitarios estamos confundiendo la equidad de acceso geográfico a la equidad de acceso a los resultados. Nosotros lo primero que tenemos que garantizar al ciudadano es que allá donde sea atendido habrá una masa crítica suficiente que le garantice que va a ser atendido con seguridad y con calidad.

Y no el acceso meramente geográfico. Por lo tanto, dejemos la expansión estructural del sistema. Porque no la podemos pagar. E intentemos racionalizar la oferta que tenemos en estos momentos. Y racionalizarla no sólo desde el punto de vista de no hacerla más grande. Sino de hacerla más pequeña. Que no significa cerrar hospitales. Significa racionalizar servicios.

Lo que no es posible que en un país que estamos dispuestos a movernos 20, 30, 35 kilómetros de coches para ir a un área comercial a comprar no sé qué. Cuando nos tenemos que mover para hacer una consulta de salud digamos que cómo vamos a tener un centro sanitario a esa distancia. Me parece que hay que volver a decirle a la gente que tenemos que tocar con los pies en el suelo. Que nuestra realidad es otra. Y que nuestra realidad no es vivir a un ritmo de vida que no podemos pagarnos.

Y a nivel micro, insistir en que si el proceso productivo de los hospitales privados se rige bajo el derecho privado. Qué impide que esté sujeto al derecho privado la gestión de los hospitales públicos. ¿Por qué un hospital público no puede tener criterio de devengo y funciona con criterio de caja? Nunca sabemos cuál es el resultado de un hospital público. Aquello que dicen las facturas en el cajón. Porque mientras no las has pagado no existe ese gasto. ¿Cómo un hospital público no puede tener el derecho a elegir directamente el personal que necesita y quiere?

¿Cómo es posible que un hospital público no tenga en su contabilidad amortizaciones? Estamos hablando de eso. No estamos hablando de privatizar nada. Estamos hablando de poder medir como una empresa cómo está funcionando esa empresa. No podemos depender permanentemente un hospital público de los criterios presupuestarios de inversión. Porque no tenemos amortizaciones contables. Estamos hablando de esa transformación. Para poder gestionar esa supervivencia que necesitamos gestionar. No vale el criterio de caja. Que no vale para gestionar una empresa. Vale para la Administración pública. Para gestionar el erario público y el patrimonio público. Pero no vale para gestionar una empresa.

Nadie se le ocurriría en una empresa normal decir que no consta en la contabilidad un gasto hasta que no lo ha pagado. Es una barbaridad empresarial. Pues esa barbaridad empresarial persiste. No es posible que una empresa que tiene una producción concreta y que tiene que articular a los equipos concretos, no tenga la libertad de elegir a los profesionales que necesita en ese momento por el perfil que necesita y no por otros criterios de selección. Que son los criterios que la empresa necesita. Esas son las reformas necesarias del sistema sanitario para sobrevivir. Porque si no tendremos equipos ineficientes porque no hemos podido escoger a las personas que necesitamos para hacer eficiente el servicio.

Cualquier esfuerzo de abajo a arriba, ese que decíamos de las gasas, de no gastar gasas, de los fármacos... eso es un esfuerzo que resta del gasto. Sólo hace eso, sólo resta. Y es un esfuerzo importantísimo de las organizaciones. Pero las otras actuaciones que estoy diciendo desde arriba abajo, esas multiplican. Una decisión arriba que cae en cascada en todo el sistema, multiplica. No resta sólo en el nivel en el que se han tomado medidas. Por lo tanto, teniendo en cuenta los diferentes niveles y lo que decía que el esfuerzo ascendente resta y el esfuerzo descendente multiplica, tendremos que tener instrumentos suficientes que nos permitan economías de escala y productividad. Esas economías de escala y productividad que es lo único que nos va a hacer sobrevivir significan que el agente financiador va a tener que practicar otro sistema de asignación que no va a ser histórico. En este país la asignación territorial normalmente pasa por aquello que teníamos el año anterior. Y a partir de aquí un poquito más, alguna vez un poquito menos. Pero siempre un poquito más. Va a tener que ser otra concepción del agente financiador.

El comprador de servicios, separado claramente del agente financiador, tiene que poder comprar servicios en todo aquello que tengamos disponible para prestar servicios sanitarios. Siempre y cuando se cumplan unas reglas comunes, de calidad, rendimiento y transparencia. No vale desaprovechar recursos. No está el país para desaprovechar recursos. Quiere decir, éste, como la titularidad del edificio no es de la Administración pública, éste no entra en el sistema.

Por lo tanto, el comprador de servicios a comprar con otros criterios. Y con un criterio en que aquél que esté en el mercado sepa que puede ser expulsado del mercado si no hace las formas y los resultados que le son exigibles. No vale tampoco aposentarse en un mercado del que uno no saldrá nunca. Porque como siempre todo el mundo lo hace bien, no hay ningún problema y te aposentas. Hay que empezar a plantearse que salga gente, sea expulsada del mercado. Porque sus rendimientos no son adecuados. Y si es sector público ser intervenido. El Estado tiene mecanismos para solucionar deficiencias. Ser intervenido, no ser subvencionado. Que es lo que ocurre muchas veces.

Por lo tanto, la sostenibilidad continua, como decíamos, va a corresponder a aquellos que tengan la visión clara de que tenemos que sobrevivir. Insisto, hemos cambiar la terminología sostenibilidad por la de sobrevivir. Esta situación es mucho más grave que la que se planteaba simplemente con aquello de ¿podemos seguir haciendo las cosas que estamos haciendo o tenemos que hacer algún ajuste? Ahora no, ahora el ajuste tiene que ser francamente duro y francamente dramático.

El reto de la realidad insisto, supera en cualquier matiz que se quiera hacer a, planteamientos demagógicos, de trampas al solitario y de negar la realidad. Por tanto, nuestro modelo organizativo para sobrevivir va a ser un modelo organizativo en que todos y cada uno de nosotros seamos capaces de trabajar en red. Tener cada uno lo que no tiene. Saber que lo puede obtener en la red en otro. Y otro obtener lo que no tiene en otro. Si no somos capaces de hacer eso, el sistema difícilmente sobrevivirá. Y sobre todo, "ad hocrático". Las organizaciones hospitalarias no pueden ser, insisto, dotadas de un mecanismo de organización. Primero que se aleja de la empresa. Y segundo que trata de buscar soluciones iguales a problemas que si siendo iguales, insisto, no se manifiestan de la misma forma. Porque al final la grandeza de una organización para sobrevivir es, como decía al principio, el doctor Larroca, el organizar es humano. Por eso existen tantas diferencias. Maneras de organizar las cosas.

El hombre es el único ser vivo racional, mientras no se demuestre lo contrario. Hay alguna excepción. Y la única opción buena es la opción viva. Es decir, aquella que puede cambiar.

Las organizaciones hospitalarias públicas son estas organizaciones muertas. A no ser por la vivencia y la vida que le introducen los gestores, muchas veces mal entendidas. Nuestra vida depende de la vida de los gestores. Pero fíjense ustedes, hablamos de empresas, hospitales, centros sanitarios, donde falta la parte más importante de la anatomía de una empresa. Falta la presencia de la propiedad. ¿Dónde está la propiedad de la empresa? Una cosa es la gestión, decía el profesor Larroca y otra cosa es la propiedad. Es inconcebible en cualquier empresa que no haya un Consejo de Administración a quién rinda cuentas el gerente. Y el gerente rinde cuentas mucho más lejos que a quien le tendría que rendir en su propio hospital. Y le rinde cuentas a la Administración. Rinde cuentas directamente de sus resultados al contratante, como contratante.

Y no hay Consejos de Administración en los que el gerente pueda soportar sus decisiones que puedan tener apoyo y que sean aquellos que estén planteamiento la visión y el futuro de esa supervivencia necesaria. Por lo tanto, reformas estructurales profundas en la organización de hospitales, "ad hocracia", libertad y autonomía de gestión, exigencia sin concesiones a los resultados y expulsión del mercado de aquel que no vale. Muchas gracias.

INTERVENCIONES EN EL COLOQUIO A PREGUNTAS DE LOS ASISTENTES

→ ***¿Cómo podemos hacer para lograr que nuestro mensaje llegue a los políticos?***

→ Coincido mucho con la Consejera de Cataluña, en que somos perfeccionistas, autocríticos, y creemos que las cosas las podemos hacer mucho mejor de las que las hacemos. Pero si comparamos en mi país, y supongo que en Argentina igual, otros servicios públicos como justicia o como enseñanza, imagínense ustedes en España si los resultados que tienen enseñanza los tuviéramos en el sector sanitario. O los resultados que tiene Justicia. Cuando dicen "es que tienen ustedes listas de espera en sanidad". ¿Saben lo que es una lista de espera en un juzgado? Porque una lista de espera en este país te puede arruinar la vida biológica, pero no nos pasa. Tenemos criterios de priorización y no arriesgamos la vida. Ahora, un retraso en un juzgado de años arruina una vida social y una vida de una empresa. Y no pasa nada.

Y por lo tanto a nosotros, por mucho que intentemos preocupar al político, dirá "pero si ustedes son una excelencia". Y nosotros muchas veces nos flagelamos diciendo lo mal que lo hacemos, "hay que mejorar y hay que sobrevivir...". Y no nos damos cuenta de que hay otras cosas que les preocupan mucho más porque los resultados son nefastos.

Y la segunda, estamos en una posición buena, pero de debilidad para reivindicar una mayor preocupación de los políticos en la sanidad. Por lo tanto, mientras sea porque lo hacemos bastante bien, no nos quejemos de que nos hagan caso, aunque nos lo deberían hacer, y debería estar en la agenda política. Pero en segundo lugar, creo que hay otro elemento que va a condicionar que los políticos se preocupen de la sanidad. Y eso será el día que no puedan pagar una nómina pública. Y no es alarmar. Pero habrá un momento, como decía antes, si no nos podemos endeudar más, si la sanidad es un trasatlántico que no tiene capacidad de frenada rápida, sino que tiene un movimiento inercial importantísimo, por muchos recortes salariales que hagamos. La inercia va a ser imposible y habrá que hacer un replanteamiento diferente. Si no queremos que ocurra lo que no resiste ningún político, ni del gobierno ni de la oposición: que no se pueda pagar una nómina pública.

Que no se pueda pagar a un proveedor y se le pague a 900.000 días, eso no es un problema político. Pero en cambio el no poder pagar lo que tienes que pagar cada mes, que es el sueldo de los empleados, eso sí que es un problema político. Y por lo tanto, o prestan atención, y me da la impresión de que lo van a hacer. Con reformas que sean absolutamente necesarias sin cortoplacismo. Sino que lo que hagamos ahora sea para sentar las bases de esa supervivencia que decía. O van a tener el problema de no poder pagar la nómina. Es lo mismo que el paciente que le dices: "oye, no comas tantas grasas, tienes el colesterol alto...". No se preocupa del colesterol hasta que no se le tapona una arteria coronaria. Entonces sí que se preocupa. Por lo tanto, no les ha llegado todavía el taponamiento de la arteria coronaria a los responsables de la Administración pública. Cuando les llegue el tapón de la coronaria sí que tendremos que correr todos. Entonces sí que se preocuparán. Y nuestra función social es estar permanentemente alertándoles de que se les puede tapar la coronaria.

→ ***¿Qué modelo explicamos de España si en cada CC.AA hay uno distinto?; ¿Puede cambiar la titularidad política la gestión sanitaria de la sanidad en Cataluña?***

→ Creo que el error de base está en pensar en que puede haber un único modelo. Yo insisto en lo que decía antes en mi intervención. No hay enfermos, hay enfermedades. Todos tenemos un diagnóstico muy compartido de cuáles son los problemas sanitarios y de la gestión de la salud. Lo que todos cometemos el error, seguramente por un tema de estatus quo, de querer que en una sola mesa haya una sola solución. Lo primero que tendríamos que compartir es el análisis. Que yo creo que lo comparte todo el mundo. Lo que ese enroque que hay en que haya una sola solución.

Por ejemplo, uno de los problemas más graves que tenemos en todos los sistemas sanitarios es el de la relación y el encaje de los medicos. No podremos llegar nunca a un acuerdo con todo el colectivo médico. Sino a un acuerdo con los colectivos médicos que trabajen en cada uno de los hospitales. Y ser nosotros los que hagamos las políticas de incentivación y reconocimiento. No lo va a poder hacer un sistema en su conjunto, ni universal, ni local, ni regional. Lo que sí que hay que compartir son los principios, valores, visiones. Pero además querer compartir la operativa y estrategia es imposible. Por lo tanto, cuando explico los modelos, explico siempre el de la diversidad. El del concretar la parte troncal en la que estamos de acuerdo. Nadie en este país, y creo que en los sistemas nacionales de salud, está en contra, en absoluto, de que tengamos un sistema universal, financiado por impuestos de todos, descentralizado, etcétera.

Otra cosa, es que en concreto en España, seguimos todavía con una Ley General de la Sanidad, que no se dotó de reglamento propio. Y usa el de la Seguridad Social. Eso me lo habrán oído decir 30.000 veces. Tenemos un SNS en que tus derechos, en España, son en función de si eres clase activa o pasiva, no de contribuyente. Yo tengo el medicamento gratuito o pago el 40% en función de si soy clase activa o pasiva. En cambio contribuyo por mi nivel de renta, por poner un ejemplo.

Hay unas contradicciones de sistema que habría algún día que repasar. Y no seguramente repasando la Ley General de Sanidad que muchas veces se invoca. Sino repasando la parte más reglamentaria. Tenemos un Sistema Nacional de Salud donde los hospitales siguen sin ser aún la mayoría de ellos de los sistemas regionales de salud, son de la Tesorería General de la Seguridad Social. Entonces claro, cuántos años hace de la Ley General de Sanidad. Tenemos unas reformas importantes que hacer desde el punto de vista de nuestro ordenamiento de reglamento. Por lo tanto eso que estoy diciendo de Seguridad Social, impide cantidad de cosas y de adaptaciones necesarias en cada uno de los problemas y en cada uno de los territorios. Y tenemos que buscar mecanismos de solución. Creando artificios, empresas públicas, consorcios. Porque si no generaríamos muchas dificultades. Por tanto modelo de principios, de visión y valores, único. Y entonces aplicación de ese modelo en función de la realidad de cada una de las entidades.

Y en lo que respecta a Cataluña. Yo creo que es una comunidad autónoma en la que hay, ha habido y espero siga habiendo, un cierto consenso en el ámbito sanitario. En que gobierne quien gobierne se ha hecho lo mismo. Yo creo que las políticas de Marina Geli han sido las mismas políticas que los gobiernos anteriores. Y en todo caso las políticas empleadas por Javier Trías. Por tanto, yo creo que con cambio de político, o no, yo lo puedo decir con toda valentía el discurso aquí. Porque es un discurso que sé que tanto los que gobernarán ahora como los que han dejado de gobernar lo comparten, por lo tanto no me preocupa…