

COMISIÓN DE ESTUDIO DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS DE LA ASAMBLEA DE MADRID

**Comparecencia de José-Manuel Freire Campo,
Miércoles, 14 de enero de 2009**

SALUDO INICIAL Y PRESENTACIÓN.

Buenos días.

En primer lugar, quisiera agradecerles esta oportunidad de compartir con esta Comisión mi experiencia y opinión sobre los temas objeto de su estudio.

Agradezco especialmente al Grupo Parlamentario Socialista su invitación, al tiempo que quiero asegurarles a los representantes de los otros Grupos Parlamentarios mi intención de realizar una valoración intelectualmente honesta y lo más objetiva posible de las cosas al responder a sus preguntas.

RESPONDIENDO A SUS PREGUNTAS.

Las preguntas recibidas son muy interesantes y complejas; precisamente por ello no admiten respuestas simples, ni descontextualizadas.

En modo alguno rehúyo responderlas directamente, pero creo que una respuesta adecuada precisa de un marco conceptual de referencia sobre lo que es positivo y lo que es negativo en sanidad pública. Tomaré para ello el ejemplo de los países más ejemplares de nuestro entorno.

Respondiendo a sus preguntas, creo que la aportación más útil que puedo hacer a la Comisión es presentarles –desde mi experiencia y conocimiento de la realidad internacional- lo que a mi entender son las mejores opciones para el buen gobierno de la sanidad pública Madrid, aquellas con más capacidad de fortalecer y mejorar el SNS en la Comunidad, de modo que incluso pueda servir de referente de buen hacer sanitario al resto de España.

Para ello,

1. En primer lugar, en una visión internacional comparada de los sistemas sanitarios europeos más similares al de nuestro y más ejemplares, repasaré las características más relevantes de su gobierno y gestión;
2. En segundo lugar, puesto que la sanidad madrileña es parte del SNS, las algunas características generales de su gobierno y gestión que a mi entender precisarían ser reformadas;
3. En tercer lugar, me referiré brevemente a la situación de la sanidad en la Comunidad de Madrid en los últimos años;
4. Por último, -y es la contribución más importante que puedo hacerles, hablaré de las alternativas de buen que podrían, y a mi entender deberían, instrumentarse para el futuro de la sanidad en Madrid.

Obviamente no es posible en el corto espacio de 15 minutos –lo que ya queda de

ellos- presentar coherentemente todos estos puntos, por lo que necesariamente esta presentación inicial habrá de ser esquemática y de enunciados, para cuyo desarrollo posterior quedo a su disposición.

Sobre el gobierno y gestión de la sanidad en los países más ejemplares que con los que compartimos un sistema sanitario publico integrado.

El SNS español forma parte del grupo de sistemas integrados públicos tipo Servicio Nacional de Salud, cuyos países más ejemplares son los Países Nórdicos y el Reino Unido, (dejaré a un lado Italia y Portugal).

Entre las características relevantes del gobierno y gestión de estos sistemas, cabe destacar los siguientes:

1. Separación y diferenciación entre el sistema sanitario público y la administración pública general, con todo lo que ello implica;
2. Existencia de consenso político y social sobre el buen gobierno en la Administración y servicios públicos, que incluye su gestión no-partidaria y una administración pública políticamente neutral, estable y profesionalizada;
3. Órganos colegiados de gobierno (Consejos de Administración) a todos los niveles de la sanidad pública (Hospitales, etc.); estos Consejos tienen la máxima autoridad y son un cauce de participación democrática y control social y cívico de los servicios públicos;
4. Gestores profesionales, seleccionados por su capacidad; responden ante los Consejos y no tienen carácter alguno de nombramiento político;
5. Gran autonomía de gobierno y gestión, tanto a nivel central (respecto a la Administración general), como local (Hospital, Área, etc.); cada hospital emplea a su propio personal, por ejemplo;
6. Existencia de una cultura política democrática, de normas y códigos de conducta que obligan a un alto nivel de transparencia, de rendición de cuentas; exigencia democrática de justificación, explicación y debate de las decisiones políticas, que van precedidas de informes (libros blancos) sometidos a conocimiento y discusión pública de ciudadanos y expertos. Por cierto, esta exigencia amortigua considerablemente la utilización abusiva y desinformada de los servicios públicos en la lucha política partidaria...

Es interesante el contraste entre esta cultura política en la que lo normal es poder consultar en Internet las Actas del Consejo de Administración de los hospitales británicos, con lo que sucede aquí con la información sobre los nuevos (y antiguos) hospitales.

Otro ejemplo de este contraste es la comparación del procesamiento de los proyectos de Iniciativa de Financiación Privada (*PFI* en inglés) en el RU y aquí: como informó Mr Britnell, allí es obligado realizar un "*business case*" que compare los costes de la alternativa pública tradicional con los de la PFI...

El sistema sanitario español: aspectos generales, de su gobierno y gestión.

La sanidad pública de Madrid forma parte del SNS y comparte sus logros, problemas y características generales; las de más trascendencia en relación al gobierno y gestión son:

1. En España los centros sanitarios y su personal están –en la práctica- integrados indiferenciadamente en la administración pública común antes del Gobierno Central ahora de las CCAA; los procedimientos distan de ser los más adecuados a la agilidad que requiere la gestión de la medicina moderna; el conjunto del sistema sanitario carece de la autonomía necesaria para su buen funcionamiento; la gestión de personal, el área crítica de la sanidad:
2. Nuestros hospitales e instituciones sanitarias (modelo tradicional) carecen de un órgano colegiado de gobierno –Consejo de Administración, Junta de Gobierno-, y los Consejos de Administración de las “nuevas formas de gestión” son meramente nominales. La ausencia de un Consejo o Junta que asuma la autoridad superior de los hospitales limita radicalmente sus posibilidades de autonomía y personalidad propia;
3. Todos los puestos de responsabilidad son de facto nombramientos discrecional político: DG del Servicio Autonómico de Salud, Gerentes de hospital, de Atención Primaria, etc., (incluso últimamente hasta los médicos jefes de servicio, como ha dejado patente el lamentable caso Leganés); los nombramientos discrecionales en los hospitales se reproducen en cascada a toda la estructura de gestión (dirección médica, gestión, enfermería -hasta las supervisoras de planta, etc.), siendo ello causa de inestabilidad y una preocupante *perdida de autoridad* en los centros públicos;
4. La cultura de transparencia democrática, de rendición de cuentas, de servicio público está muy escasamente desarrollada...

Afortunadamente, no todo es negativo. A pesar de este contexto en los últimos treinta años el SNS ha generado una floreciente *cultura de gestión*, sin comparación posible en ningún otro sector público nacional. Lamentablemente el éxito de estos esfuerzos se ha visto muy lastrado por la ausencia de la autoridad y estabilidad que dan las características de los modelos existentes en la sanidad de otros países.

Por lo demás, junto a diferencias negativas para el SNS español, existen coincidencias en múltiples aspectos positivos. Entre ellas: (1) una sanidad basada en la Atención Primaria como puerta de entrada al hospital; (2) la planificación territorial en Áreas de Salud cada una con su hospital de referencia; (3) el empleo a tiempo completo y retribución por sueldo (no por acto médico) de los médicos de hospital; (3) peso creciente de los temas de la calidad y efectividad de la práctica médica –gestión clínica-, etc.

Las nuevas formas de gestión.

El notable inmovilismo reformador que ha tenido el SNS hace cada vez más difícil las reformas. Sin embargo, la evidencia de los problemas ha llevado a sustituir las muy necesarias reformas de fondo por experimentos con las llamadas “*nuevas fórmulas de gestión*”, exclusivamente para los hospitales de nueva creación.

A la adopción de fórmulas tipo empresas públicas y fundaciones para la gestión de servicios públicos nada hay que objetar, desde una perspectiva de interés público. Teóricamente presentan obvias ventajas sobre unas fórmulas

tradicionales estancadas y no reformadas. Cabría únicamente objetar su carácter marginal en el conjunto del sistema; igualmente habría que reprocharles el que no hayan tenido evaluación alguna que permita aprender de estas experiencias...

No obstante, en mi opinión el aspecto más negativo de los nuevos hospitales empresa- pública o fundación es el carácter meramente formal (y por ello irrelevante en la práctica) de sus Consejos de Administración-Patronatos; ello – entre otras cosas- contribuye a mantener el carácter de nombramiento político de los ejecutivos de estos centros y, en definitiva a asimilar progresivamente estas nuevas formas de gestión a las tradicionales, añadiendo nuevos problemas y costes a los ya existentes...

Otro tema bien diferente son las experiencias de la Comunidad Valenciana y ahora en Madrid- el llamado *modelo Alzira*.

Es una fórmula de privatización radical de la atención médica, sin precedente alguno en la UE y me merece un juicio totalmente negativo.

Esta fórmula externaliza a una empresa privada con ánimo de lucro todo el servicio sanitario público de la población de un territorio; lo hace en régimen de monopolio a través de una concesión administrativa.

Es un sistema que presenta múltiples problemas teóricos y prácticos: de regulación adecuada y de información, de oportunismo, de conflicto de intereses, de control por parte del sector público, etc. Estos problemas están suficientemente documentados en Valencia, donde la opacidad y falta de transparencia de estas fórmulas es algo más que un escándalo.

Creo que es un camino que debe ser desandado cuanto antes.

La intención del actual gobierno de Madrid de implantar este modelo en el H. de Valdemoro, sin debate público, sin informe alguno con el que justificar una decisión tan grave e importante para el futuro, es un gran grave error político que puede hacer imposible cualquier consenso político sobre la sanidad en la Comunidad...

La sanidad pública en Madrid en los últimos años.

Dentro del SNS, la situación de la sanidad pública en Madrid, especialmente en los últimos años, no es nada buena. Lamentablemente todas las patologías posibles que quejan al modelo de gestión del SNS se han dado aquí, en sus posibilidades más exageradas, junto con algunas otras –no leves por cierto- inexistentes en otras CCAA, como fue el triste caso de Leganés.

De todas formas, pienso que otros comparecientes han profundizado suficientemente en esto, por lo que me parece más importante centrar mi comparecencia en apuntar alternativas de buen gobierno para el futuro, que en insistir en una situación bien conocida.

De todos modos, no es posible avanzar desde las trincheras. Y sin reconocer las cosas que no están bien y que es necesario cambiar para mejorarlas, difícilmente habrá cambios.

Para contribuir a ello entro en las alternativas de buen gobierno para el futuro que deberíamos tener.

Alternativas deseables de Buen Gobierno para el futuro de la sanidad en Madrid.

El pacto por la sanidad pública que precisa Madrid.

Es un hecho que la sanidad está en el centro de la batalla política por la Comunidad de Madrid. Podría ser de otro modo, pero esto es lo que hay. En estas condiciones cabe preguntarse si es posible algún punto de acuerdo, de pacto.

Sin embargo es necesario.

Madrid –sus ciudadanos- no pueden, no deben, seguir sufriendo el actual círculo vicioso de deterioro y confrontación en la que está sumida la sanidad.

Desde las trincheras no se avanza, y es necesario llegar a acuerdos, porque la situación actual es negativa para todos: ciudadanos, pacientes, profesionales y partidos políticos, estén en hoy en el gobierno o en la oposición.

Afortunadamente hay puntos de encuentro sólidos: no están en discusión los principios y valores a los que responde el SNS (esto es compartido, y no es poco); la misma existencia de esta Comisión muestra que existe la suficiente responsabilidad política y cívica para estudiar conjuntamente los problemas e intentar llegar a acuerdos.

A mi entender el punto clave de los acuerdos deseables son reglas generales compartidas de buen gobierno y gestión de la sanidad pública madrileña.

Un acuerdo sobre esto sería tremendamente beneficioso para todos, especialmente para los partidos políticos responsables hoy o mañana de gobernar el sector más complejo de la Comunidad de Madrid. Pactar las reglas clave para el gobierno de la sanidad sería la forma más racional de avanzar en objetivos que todos consideramos necesarios, pero que política y socialmente son imposibles sin consenso social y político.

El propio proceso de llegar a acuerdos tiene en sí mismo un alto valor de pedagogía democrática y de estímulo de ciudadanía activa e informada, de revitalización del valor de la política, que tanta falta hace.

Puntos básicos para un acuerdo sobre el buen gobierno de la sanidad de Madrid.

La política sanitaria de Madrid debe basarse en los valores y principios de la cultura democrática que compartimos y que se debe expresar en reglas consensuadas para el gobierno de las instituciones.

Avanzar en esta dirección implica abrir para la sanidad una línea de innovación en la forma de hacer política que nos conecte con la cultura democrática de los países más avanzados.

Debería ser posible avanzar logrando tres grandes bloques de acuerdos interrelacionados entre sí:

1. Valores explícitos de ética pública y de servicio público en sanidad compartidos, por todos como reglas del juego;
2. Fórmulas e instrumentos para el buen gobierno de la sanidad en Madrid;
3. Acuerdo sobre el papel de unos nuevos órganos de gobierno para la sanidad de Madrid;

4. Rediseño organizativo del Servicio Madrileño de Salud y de sus instituciones y centros.

Valores compartidos de ética pública y de servicio público en sanidad.

No debiera ser difícil ponerse de acuerdo sobre los valores de ética pública y de servicio público en sanidad, aunque quizá sea más difícil hacerlo sobre sus implicaciones prácticas.

El sector público debe responder a los principios y valores de cultura democrática, que incluyen: participación ciudadana y búsqueda del consenso, primacía del interés público, transparencia y rendición de cuentas, eficiencia, equidad, igualdad de trato y oportunidades, respeto a la ley y a las reglas, regulación de los conflictos de interés, etc.

Estos valores no son nada retóricos: tienen implicaciones muy directas en el gobierno y organización de lo público en las sociedades democráticas avanzadas, como se verá al concretarlos en fórmulas e instrumentos para el buen gobierno de la sanidad de Madrid.

La aceptación de los principios de ética pública y servicio público de la sanidad tendría como objetivo principal evitar la privatización partidaria de lo público que resulta de la apropiación excluyente y discrecional de todos los cargos de responsabilidad, que ejerce el poder sin transparencia ni rendición de cuentas, que no ofrece cauces de participación, y practica la toma opaca de decisiones.

Estos vicios –en gran medida propios de toda administración pública española, no así de la de los países más ejemplares de nuestro entorno- han estado particularmente exacerbados en los últimos años en Madrid. Superarlos en sanidad sería un gran paso adelante, con impacto más allá del sector salud.

El pacto político de buen gobierno en sanidad, exigiría despolitizar el gobierno y la gestión sanitaria del día a día, sacándolo de la dialéctica partidaria gobierno-oposición y abriéndolo a una amplia participación, en la que obviamente el Gobierno debe seguir teniendo instrumentos de control que le permitan responder ante la Asamblea.

Este escenario planteamiento implica cambiar el énfasis en la acción del gobierno, desplazándolo del *remo* (micro gestión directa) al *timón* (decisiones estratégicas, control, planificación, políticas de salud, etc.). Así lo hacen los países con sistemas de salud públicos integrados más ejemplares; probablemente es la única fórmula de eficacia probada para proteger los servicios públicos sanitarios de la dura cultura adversarial y de confrontación que impregna toda la vida política y que tanta repercusión negativa tiene en la calidad y buen hacer de la sanidad pública en nuestro medio;

No cabe minusvalorar el impacto positivo que ello tendría en para los profesionales sanitarios: estos valores de ética pública conectan muy directamente y potenciarían los valores y la ética profesional, sin la cual no concebible la buena medicina, cuya calidad depende críticamente de la internalización de valores, cívicos, profesionales y de servicio público.

Tampoco sería menor su repercusión positiva en la ciudadanía, en los pacientes a los que tanto angustia ver la sanidad de la dependen convertida en campo de batalla política.

Formulas e instrumentos para el buen gobierno de la sanidad en Madrid.

Para el cumplimiento de su misión y para poder ofrecer el buen servicio que demandan los ciudadanos, la medicina moderna –sea pública o privada- exige

fórmulas de organización, gobierno y gestión muy específicos, que nada tienen que ver con la cultura y reglas la administración pública general. Requiere formulas organizativas hechas a medida –pueden servir las empresa publica y otras similares- que le permitan responder a tiempo, con calidad y eficiencia a las necesidades sanitarias de la población, también a sus demandas y expectativas, haciendo reales los valores del SNS y del servicio público.

De los valores explicitados arriba, así como de las mejores experiencias de otros países y sectores en buen gobierno de las organizaciones y de lo público, cabe proponer las siguientes nueve líneas para un posible –deseable- acuerdo:

1. Para lograr una toma de decisiones más informada, favorecer la democracia y participación social, cívica, política y de expertos, para facilitar la transparencia y la calidad de las leyes y decisiones de política pública, todas las decisiones de importancia debieran ir precedidas de libros blancos e informes públicos, en los que se analice los problemas, alternativas y políticas que se proponen, de forma que la lógica de éstas pueda ser conocida y pueda recibir críticas y aportaciones de todos los ámbitos de la sociedad;
2. Para favorecer la transparencia, la rendición de cuentas y la participación social, política y cívica, toda la información generada por la actividad publica que no desvele datos personales sería de dominio público, asumiendo la carga de la prueba el órgano que limite su acceso público;
3. Para garantizar la transparencia, la rendición de cuentas, ampliar la participación democrática y así contribuir a la eficiencia, eficacia y calidad, en los servicios, se implantarían estructuras colegiadas de gobierno (Consejos de Gobierno /Administración o Patronatos) a todos los niveles del sistema sanitario; estos órganos serán la máxima autoridad de sus centros o instituciones y ante ellos responderán los gestores ejecutivos;;
4. Para hacer más eficaz, profesional y estable la función directiva, el nombramiento de todos los cargos ejecutivos, de alta dirección o responsabilidad –los que en la actualidad son de nombramiento discrecional (“de confianza”)- deberá ser realizada por un procedimiento reglado de selección en el que exista concurrencia pública e intervención de los órganos colegiados de gobierno correspondientes;
5. Para potenciar la transparencia, rendición de cuentas y buen gobierno, deberán existir reglas y códigos de conducta específicos para los miembros de los órganos colegiados de gobierno y los gestores ejecutivos del sistema sanitario;
6. La sanidad es un servicio prestado por profesionales y la participación e implicación de éstos es esencial para su buen funcionamiento, por ello, se debiera acordar la puesta en marcha de estructuras efectivas de participación de los médicos y otros profesionales en la elaboración de políticas sanitarias y toma de decisiones;
7. El esquema actual organizativo y de gobierno del conjunto de la sanidad pública de Madrid debería ser objeto de una profunda revisión, para dotar a los servicios públicos de salud de Madrid, tanto al centro corporativo (Servicio Madrileño de Salud - SERMAS) como a sus unidades (Hospitales, Áreas, etc.) de toda la capacidad y autonomía que sea precisa para prestar con la mayor calidad y eficiencia sus servicios, así como para desarrollar experiencias piloto que permitan ensayar y evaluar reformas, que restauren la autoridad en los centros para incentivar y premiar la excelencia profesional y la dedicación extraordinarias así como sancionar los incumplimientos;
8. La sanidad está muy relacionada con la atención a la dependencia, a los

enfermos crónicos, y la atención social a los pacientes con enfermedades mentales, ancianos, etc.: el buen gobierno de la sanidad exige un esfuerzo paralelo en los servicios sociales y mecanismos eficaces de coordinación con éstos;

9. La salud es la razón de ser del SNS. Ello amplía el campo de acción de la sanidad pública de Madrid más allá de los servicios sanitarios, a la protección y promoción de la salud y a la prevención: toda una agenda de política pública que va más allá del sector salud –es tarea de todo el gobierno-, y requiere el compromiso colectivo por fortalecer y revitalizar la Salud Pública en todas sus dimensiones y estructuras;

El reto al que deben responder los poderes públicos en sanidad es lograr que este servicio público funcione con eficiencia y calidad. Para ello tiene que poder contar con los instrumentos adecuados.

Hablemos del más importante de ellos.

El papel crítico de los unos buenos Órganos Colegiados de Gobierno.

Existen alternativas probadas para construir una sanidad pública mejor en equidad, calidad y eficiencia, manteniendo su carácter público y su viabilidad económica.

Están basadas en los modelos de gestión pública democrática y eficiente, que funcionan con éxito en países europeos más ejemplares que también tienen producción pública de servicios sanitarios (Países Nórdicos, Reino Unido y Francia –hospitales públicos).

Hemos visto que uno de los elementos básicos de esos modelos organizativos es la existencia, a todos los niveles de su organización (hospitales, centros de salud, Áreas de Salud, etc.) de Consejos de Administración ante los cuales son responsables los gerentes.

Los órganos colegiados de gobierno son la norma en todo tipo de grandes organizaciones públicas y privadas. Su implantación en la sanidad pública es el instrumento necesario e imprescindible para avanzar. Estoy convencido de que esta es la reforma concreta con más potencial de cambio positivo, y por ello más importante, que tiene la gestión de la sanidad pública española.

Por cierto: no estaríamos inventando nada nuevo, rescataríamos, actualizándolas, las antiguas Juntas de Gobierno que existieron hasta el RD 5212/1987 en todos los hospitales de la Seguridad Social (desgraciadamente fueron suprimirlas, en lugar de darles un nuevo impulso, un error que personalmente lamenté profundamente).

La reintroducción de unos órganos colegiados de gobierno, bien diseñados y con todas las funciones de un Consejo de Administración daría a nuestros hospitales –y al conjunto de la organización sanitaria- la fórmula de gobierno que tienen todos los hospitales públicos (y privados) del mundo desarrollado, y cualquier organización de un cierto tamaño.

Darían un nuevo impulso de participación democrática y de eficiencia a la gestión sanitaria pública de nuestros hospitales. Entre otras razones porque devolverían a los centros sanitarios un bien tan actualmente escaso como necesario: autoridad para los directivos y responsables de todos los niveles; su función dejaría de ser percibida como política (partidaria), temporal e inestable; adquirirían una mayor estabilidad y legitimación, al quedar claro su carácter netamente profesional, no partidario, ejecutor de la política y de las decisiones adoptadas por el Consejo.

La autonomía que necesitan los centros sanitarios, exigen control y ese control solo es posible desde órganos tipo Consejos de Administración: a más autonomía y libertad de gestión, corresponde más control, más garantías y más supervisión eficaz y ello no es posible a distancia, requiere órganos colegiados de gobierno a pie de obra, dedicados, como en los países que lo hacen bien.

Acertar en la composición los órganos de gobierno es la clave para su eficacia. La composición y funciones de los órganos colegiados de gobierno es un aspecto crítico de estas propuestas; una decisión política que en la Europa democrática se toma por ley, tras el correspondiente debate social, político y de expertos. Así debería ser aquí.

Creo de entrada que en estos órganos deberían tener presencia, entre otros, los ayuntamientos en representación de la población y ciudadanos no vinculados a la Administración, seleccionados por su contribución potencial y su compromiso cívico altruista. Podemos hablar de este aspecto más tarde si es de su interés.

Un nuevo estatus organizativo para Servicio Madrileño de Salud y de sus instituciones y centros.

El gran reto de la sanidad pública es diseñar instituciones que funcionen con eficacia.

Ello implica reformar el *statu quo* en profundidad, lo cual es, obviamente, es un empeño plagado de dificultades y costes sociales –lo haga el partido que lo haga-, sobre todo en el contexto político español en el que (ver “*La confrontación política*” JM Maravall, 2008) la democracia es todavía minimalista, los ciudadanos no disponen de instrumentos para distinguir los gobiernos malos de los buenos, y las opiniones son valoradas según sea del equipo de casa o del contrario quien las emite.

Como he analizado el SNS español se enmarca dentro de la administración pública común mucho más profunda e indiferenciadamente de que lo que sería deseable para su buen funcionamiento; por ello es preciso asumir la especificidad de los servicios sanitarios con formulas organizativas diferenciadas, con su propia personalidad jurídica y todo el margen de autonomía necesario para sus fines. Así lo han hecho el Servicio Vasco de Salud/OSAKIDETZA y el Instituto de Salud de Cataluña (ICS).

En mi opinión el Servicio Madrileño de Salud debiera seguir ese camino y convertirse todo él en empresa pública, con todas las consecuencias de autonomía de gobierno, gestión y sistemas propios de funcionamiento, separados de la administración general de la Comunidad.

Este planteamiento permitiría integrar todo el variado conjunto de fórmulas de gestión existentes actualmente en Madrid bajo un único marco corporativo, a modo de holding; permitiría acabar con la fragmentación organizativa actual de la sanidad madrileña y con la paradoja de que las partes (los hospitales-empresa-publica-fundación ya existentes) tengan más autonomía y capacidad de actuar que el todo.

En este esquema, las Áreas de Salud, Hospitales autónomos, Gerencias de Atención Primaria y otras organizaciones del Servicio Madrileño de Salud tendrían su propio marco de autonomía de gobierno y gestión –dentro del marco corporativo común- siendo su máxima autoridad un órgano colegiado de gobierno que actuaría como Consejo de Administración ante el cual responderían los gestores, según los principios indicados arriba.

De este modo y para resumir, el buen gobierno corporativo y de los centros e

instituciones del Servicio Madrileño de Salud debería estar en cinco pilares:

1. Un nuevo tipo de órgano colegiado de gobierno, depositario de la autoridad de la Consejería-Gobierno;
2. Un sistema de selección de Gerentes, basado en la profesionalidad, sin la connotación de partidismo tiene ahora;
3. Todo un sistema de normas de funcionamiento, reglamentos y códigos de conducta, regulación de conflictos de interés, cultura de transparencia, rendición de cuentas, servicio público y valores;
4. Un marco de desarrollo profesional para la función directiva y la administración sanitaria-hospitalaria (gestión general, clínica, enfermería, hostelería etc.) que profesionalice estas funciones claves;
5. Mecanismos eficaces de participación de médicos y de todos los profesionales en la organización y funcionamiento de la sanidad.

La experiencia muestra que un desarrollo adecuado de este tipo de propuestas permitiría crear las condiciones para un gran cambio positivo en los centros y servicios clínicos; estoy convencido que sería uno de los cambios mas bienvenidos por nuestros profesionales y que contribuiría a los intereses de administración, gestores y profesionales respondieran mejor a los ciudadanos.

En conclusión.

Hasta ahora en el SNS se han ensayado diferentes fórmulas de gestión, pero inexplicablemente sigue inédita en nuestro medio la puesta en marcha de aquellas fórmulas de *gobierno* de la sanidad que son las que funcionan donde la sanidad pública funciona mejor.

Estoy muy convencido de que vale la pena intentar esta vía.

No obstante, debe quedar claro que estas propuestas no son una panacea. Únicamente está comprobado que contribuirían a mejorar mucho las cosas; que tienen una gran capacidad para hacer que organizaciones complejas como las sanitarias funcionen razonablemente bien, y también para adaptarse a los cambios.

También parece claro que son mejor que lo que tenemos.

No es poco.

El éxito de las políticas sanitarias depende críticamente, entre otros elementos, de que sean capaces de lograr un amplio apoyo en sectores claves de la sociedad, de la administración, de los propios partidos políticos, y de profesionales sanitarios; en definitiva de que sean capaces de reclutar a su favor una base amplia de personas e instituciones implicadas e identificadas con sus valores y objetivos, y con los de las reformas que se proponen. Para ello tiene que ser entendido el sentido y la razón de ser de éstas.

Por ello es preciso un nuevo estilo de hacer política sanitaria: más abierto a la consulta, más riguroso, más basado en la evidencia de lo que funciona, más transparente, y en definitiva democrático.

Ojala esta contribución inicial ayude a alcanzar un acuerdo sobre todo ello.

Muchas gracias.

COMISIÓN DE ESTUDIOS DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS

COMPARECENCIA DE JOSÉ RAMÓN REPULLO LABRADOR

Miércoles 14 de enero de 2009

Muchas gracias por la invitación a comparecer en esta sede parlamentaria que representa a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

Me han hecho llegar una serie muy amplia de preguntas, cuya contestación pormenorizada llevaría mucho más tiempo del disponible. Intentaré contestar a los temas fundamentales integrándolos en los siguientes cinco bloques:

- 1) Las enseñanzas de otros sistemas sanitarios
- 2) Los modelos de concesión de obra
- 3) La externalización o privatización de la provisión
- 4) El marco de la planificación sanitaria
- 5) La posible agenda cambios estructurales

Conclusión: rediseñar el SERMAS desde la gestión pública integradora

1) Enseñanzas de otros sistemas

¿Qué enseñanzas nacionales e internacionales existen en modelos de gestión para garantizar calidad y resultados? Pregunta de difícil contestación, cuando el conocimiento en este ámbito es tan poco concluyente y tan controvertido. Pero podríamos citar al menos tres grandes consensos en macro, meso y micro gestión, que una gran mayoría de expertos internacionales y nacionales estarían de acuerdo.

Macrogestión

En la macro-gestión de los sistemas públicos de salud la mejor receta son los sistemas de aseguramiento y financiación pública universales y únicos; no merece la pena entrar a debatir esto, pues creo honestamente que hay un amplio consenso político en mantener nuestro Sistema Nacional de Salud en estas coordenadas.

Mesogestión

En la meso-gestión de centros y servicios sanitarios públicos, el debate es mucho mayor, y encontramos un amplio elenco de modelos que van desde lo más convencional (mimetizando las burocracias administrativas) hasta la externalización o privatización plena de la provisión. Hay consenso amplio de que los dos extremos plantean serios problemas:

Por una parte, las burocracias no son modelos apropiados para servicios públicos de gran complejidad, variabilidad y ajuste a preferencias del usuario.

Pero por otra, la externalización radical o privatización de la provisión, añade importantes costes de transacción. Además, la regulación contractual es mucho más difícil de lo que parece, por la gran complejidad de la asistencia sanitaria, y por los cambios tecnológicos que obligan a la revisión permanente de los términos y contenidos de los contratos.

La lógica de los modelos externalizados lleva a que la oferta induzca más demanda y utilización que en los de corte administrativo, por lo cual hay que estar dispuesto a gastar bastante más dinero en la sanidad.

Partiendo de nuestra tradición de gestión directa y de marco administrativo, parecería aconsejable migrar hacia una posición intermedia, basada en redes y en modelos de profesionalismo y gestión clínica, que permitiera ensayar una gestión pública más abierta y emprendedora.

Este fue el consenso político (y en buena parte técnico) que se materializó en torno a las nuevas formas de gestión del extinto INSALUD. Y lamentablemente, el camino del que al parecer se ha ido apartando en los últimos cinco años las políticas de gestión institucional de la Comunidad de Madrid, posicionando su apuesta futura en la privatización de la provisión.

Microgestion

Y finalmente, la micro-gestión, la llamada gestión clínica, es hoy el centro de atención de las nuevas políticas institucionales: en los micro-sistemas, donde

médicos y enfermeras interactúan con los pacientes, es donde se aporta realmente valor, efectividad y calidad; trabajar en este ámbito es muy complejo, y exige tanto instrumentos avanzados de gestión del conocimiento, como políticas de gobierno clínico y de revitalización del contrato social con los profesionales.

Algunas CCAA han empezado a avanzar en este camino; creo que Madrid en este momento ha dado tanta importancia a la agenda de meso-gestión que apenas si ha empezado a trabajar en clave de profesionalismo y gestión clínica.

2) Modelos de concesión de obra.

Hay algunas preguntas más específicas sobre mecanismos de inversión sanitaria y modelos de gestión indirecta. El sistema de concesión de obra pública, para el que se usan las siglas inglesas PPP o de manera más específica PFI, ha recibido mucha atención en la literatura internacional: por no perder tiempo, les remito a una excelente revisión de uno de mis profesores de Londres, Martin McKee, en el BMJ del 8 de Octubre de 2005, cuyas críticas comparto plenamente, o bien la revisión de McKee, Nigel y Atun en el boletín de la OMS de noviembre de 2006:

“Los nuevos servicios han sido en general más costosos que si se hubiera empleado los métodos tradicionales... En comparación con el sistema habitual, los nuevos servicios suelen construirse respetando los plazos y el presupuesto, pero ello se logra a expensas de la calidad... estos proyectos son prohibitivamente complejos... parece que la colaboración público privada complica aún más la ya de por sí difícil tarea de construir y dirigir un hospital.”

Añadiré algún comentario sintético.

Las PFI como concesión de obra pública (financiar, construir, equipar y eventualmente mantener un hospital) no parecen un negocio económico muy rentable para el erario público, pues el dinero privado es más caro (ahora con la crisis financiera casi ni existe), y se debe estar dispuesto a pagar un beneficio empresarial adicional.

Respecto a la posible ventaja de acceder en el mercado a un “know how” del que carecemos, requiere poca argumentación en España, dado que buena parte de los cuadros técnicos de estas empresas han tenido que ser fichados apresuradamente del sector público, donde estas funciones venía realizándose desde hace muchas décadas.

Bien es verdad que con este método se obtienen dos ventajas: eludir los controles de endeudamiento y realizar con mayor rapidez la gestión de la obra civil; estas dos circunstancias tienen un alto valor político, pues se pueden iniciar hoy cosas que tendrán que pagar las legislaturas y generaciones venideras, e incluso se pueden inaugurar los nuevos centros justo antes de las siguientes elecciones.

Y no hay duda de que esto lo ha hecho particularmente atractivo en el caso de Madrid; pero las ventajas políticas no se corresponden necesariamente con las estratégicas y operativas, ya que al final se acaban pagando las inversiones, y también se acaban pagando las prisas.

Da la sensación de que el éxito político de la “*construcción-express*” de hospitales en la legislatura pasada, está en la base de los graves problemas financieros y de improvisación de la puesta en marcha que estamos sufriendo en la legislatura actual. En cierta manera, cabría decir que el infortunio político de Esperanza Aguirre ha sido sucederse a sí misma, y tener que empezar a hacer frente a sus propias facturas.

Debemos considerar que la externalización de un conjunto de servicios no asistenciales a una empresa concesionaria es otro debate diferente, aunque en Madrid se hayan ensamblado en el modelo de PFI.

La literatura de las ciencias de la empresa establece una serie de principios sobre cuándo conviene producir con medios propios y cuando externalizar. Hay que verlo caso a caso; suelen hacerlo en servicios generales, donde existen muchas empresas que pueden concurrir, la tecnología no es demasiado específica ni cambiante, y hay suficiente información e indicadores para controlar la cantidad y calidad de servicios a través de contrato y supervisión; pero según los servicios se acercan más a las competencias esenciales de la organización (en nuestro caso la actividad asistencial), deja de ser conveniente y pasa a ser arriesgado para la propia empresa.

Al externalizar incurrimos en costes de transacción. En el modelo tradicional la Dirección de Gestión y Servicios Generales de los Hospitales hace una externalización selectiva, y puede discriminar en función de la idoneidad de las empresas según su cualificación; si hacemos una concesión de los servicios no clínicos a una empresa, estamos incrementando la cadena concesional, y con cada paso se añaden beneficios empresariales y costes de transacción. ¿Puede la eficiencia gestora enjugar ambos elementos para hacerlo rentable al erario público?; puede que sí; pero también puede ocurrir que se descremen los servicios y se merme la calidad final.

La posibilidad de que el gerente de la empresa pública y el de la contrata de servicios no clínicos entren en litigios cotidianos no es despreciable. Ojala que no ocurra...

3) Externalización o privatización de la provisión

Cuando lo que se externaliza es toda la provisión de servicios clínicos y no clínicos, como se hizo en Valdemoro, y se quiere hacer en los nuevos hospitales de esta legislatura, en realidad se da un nuevo salto cualitativo, y se pasa a la privatización de la provisión.

Esto supone una negación radical de la gestión pública, abandonando las competencias esenciales al sector comercial; a corto plazo plantea problemas de capacidad de regulación: hoy no tenemos buenos indicadores como para transferir riesgo a proveedores; es demasiado fácil generar cantidad a costa de calidad, y favorecer la demanda simple y barata e inhibir la compleja y cara.

Además, el financiador público puede quedar en un callejón sin salida. La quiebra de la entidad privada que administra un servicio público en régimen de monopolio territorial supone un riesgo político inasumible, como se demuestra con las tres crisis de la Fundación Jiménez Díaz desde 1983, que llevó en todos los casos el rápido rescate con dinero público. En otros términos, hay que tener cuidado con el efecto de captura del financiador por parte del proveedor, que facilita y eventualmente recompensa conductas de gestión temeraria.

Por lo tanto, jugar a esta baza es arriesgado, muy arriesgado; y el riesgo crece exponencialmente cuando la “población externalizada” de la asistencia pública rebasa un dintel razonable.

Pero a medio-largo plazo hay otro problema con los conciertos substitutorios con el sector privado: en un entorno de cambio tecnológico turbulento es imposible dejar las cosas atadas y bien atadas (¿imaginaba alguien hace treinta o veinte o diez años los cambios en estructura, tecnología o servicios que se han producido en nuestros hospitales?). Esto implica dos cosas: o los hospitales contratados se vuelven enormemente inflacionarios exigiendo más dinero por cada nuevo requerimiento de servicio, o se transforman en correosamente retardatarios para desarrollar innovaciones, al precisar que estén formalizadas en los modelos contractuales.

4) Marco de la planificación sanitaria

Abordando otra pregunta, creo que desde la perspectiva de la planificación sanitaria no se ha avanzado en el camino apropiado para crear una red pública bien articulada en Madrid.

En la sanidad del futuro, la palabra clave es integración; un solo elemento, por excepcional que sea, no configura una organización de calidad y excelencia. El principal error cometido ha sido la pérdida de densidad de red, la disgregación y fragmentación organizativa, técnica y moral del Servicio Madrileño de Salud.

Como he comentado, en estos últimos cinco años, se van rompiendo poco a poco los consensos tácitos anteriores, y avanzando cada vez más rápido por la senda de la gestión privada y la desconfianza en la gestión pública; ésta pasaría a ser el modelo residual y “a extinguir”, que hay que soportar y con el que no hay más remedio que cohabitar.

Esta senda, además va dejando tras sí un reguero de distintos modelos institucionales, lo que convierte a la Comunidad de Madrid en un auténtico parque temático de las llamadas Nuevas Formas de Gestión: a nadie se le escapa la dificultad actual y futura de la articulación de semejante diversidad jurídica y organizativa.

Pero, con independencia de lo anterior, creo que en el corto plazo lo que más ha dañado al SERMAS no han sido tanto los lugares a los que se pretende llevar la nave, sino la falta de pericia y la imprudencia de los navegantes. Por eso el debate no puede ser limitado sólo a una digresión sobre modelos de gestión.

Ha habido gestión coyuntural y con frecuencia temeraria. La fuga hacia delante ha llevado a la improvisación; de pronto se anuncian gerencias de área que luego desaparecen en el olvido sin saber muy bien porqué se propusieron y porqué se abandonaron; la Atención Primaria contempla atónita noticias contradictorias sobre compactación en pocas gerencias, en una sola, o la abducción de algunas por hospitales concesionarios; la Salud Pública explota organizativamente, y los fragmentos acaban en todas las esquinas del organigrama, sin saber el propósito ni la lógica de deshacer el Instituto de Salud Pública; la Salud Mental no sabe si su modelo comunitario, informado en el Plan de 2003 sigue vigente o se ha quedado obsoleto.

Y en otra sorprendente iniciativa, presentada en el Hotel Ritz, los grandes hospitales de Madrid, entrarían a una externalización generalizada de sus planes funcionales, sus obras de remodelación y de todos los servicios no sanitarios; aunque parece que las protestas ha metido esta última parte en el cajón.

Con todo esto, lo que cunde es una sensación de inseguridad e incertidumbre, que impide dar a trabajadores y ciudadanos una idea de hacia donde se avanza, y que incluso a los propios directivos sanitarios les deja atónitos y sin capacidad de informar ni gestionar los procesos de cambio.

Además, los directivos son nombrados, cambiados de puesto o cesados sin necesidad alguna de formalidad o justificación. Es el modelo cortesano de nombramiento de directivos, tristemente presente en todas las CCAA de todos los colores, llega en Madrid al paroxismo, exhibiéndose con una total falta de complejos; incluso los jefes de servicio clínicos, pasan a ser “cargos de confianza”, en un concepto de “libérrima designación” que se sobrepone a la evaluación de méritos y capacidades, y desatiende requerimientos básicos de transparencia y rendición de cuentas.

Malos tiempos para la profesionalización directiva y de la gestión clínica en muchos lugares, pero sobre todo, peores tiempos en la Comunidad de Madrid.

5) Posible agenda cambios estructurales

Me preguntan sobre la agenda de cambios estructurales para la reorganización del SERMAS...

De los muchos temas posibles, y teniendo en cuenta el escaso tiempo disponible, resaltaría los tres que me parecen más relevantes para la organización y planificación general de la red pública en su conjunto.

Ente público SERMAS para gestión de red

Primero, es esencial dotar al SERMAS de los instrumentos de gestión de red sanitaria para gobernar la estructura de servicios asistenciales: así, se trataría de otorgar al SERMAS personificación jurídica y la autoridad económica y de personal, buscando un diseño institucional apropiado: de hecho, el esquema planteado por el artículo 59 de la Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (ignorado en la práctica), podría ser un punto de partida, en línea con otras soluciones no fragmentadoras como las desarrolladas en el País Vasco (ver artículos 20 y 21 de la Ley 8/1997 de Ordenación Sanitaria de Euskadi) , y de formas más reciente la Ley 8/2007 del Instituto Catalán de la Salud (ver artículo 1 y 2).

Convertir Áreas de Salud en OSIs

Segundo: las experiencias pioneras internacionales de las OSIs (Organizaciones Sanitarias Integradas) son perfectamente compatibles con un concepto renovado de áreas de salud; para ello se necesita revitalizar la planificación sanitaria territorial por áreas de salud, y ensayar modelos contractuales de gestión para un marco geográfico y poblacional bien definido donde se pueda descentralizar la gestión y facilitar la integración entre primaria, especializada, salud pública y servicios socio-sanitarios.

Reordenar primaria y especializada

Tercero: lo anterior exige reordenar la estructura de provisión de servicios:

Así, se precisa una revitalización de la atención primaria, reforzando el papel de “médico personal” que ha de desempeñar el médico de familia o generalista del futuro, como agente y consejero estable y próximo del paciente; para ello hay que desburocratizar y apoyar su trabajo. Igualmente, debemos relanzar el papel comunitario de la enfermería de atención primaria. Y finalmente, plantear esquemas piloto de fórmulas de estructuración de los equipos de atención primaria que permitan una mayor autonomía e identidad profesional, más capacidad de auto-organización, y que faciliten el reforzamiento del papel de la atención primaria en su función de abogacía y consejo al paciente.

Y sobre esta base, acometer una reorganización amplia de la atención especializada, tanto en el papel del hospital y las especialidades en el apoyo a la atención primaria y la prestación de servicios secundarios, como también en delimitar las unidades de alta especialización que han de coordinarse a nivel regional, para dar servicios de mayor calidad y eficiencia, y también para estar en buenas condiciones de responder al conjunto del SNS ofreciendo la excelencia y alta especialización de Madrid como activo al servicio de todos.

Conclusión: Rediseñar el SERMAS desde la gestión pública integradora

En resumen y para finalizar: Entre la jerarquía burocrática y la competición de mercado recomendaría vivamente optar por esquemas de gestión pública con un fuerte componente integrado, de profesionalismo, de autonomía y descentralización, de gestión contractual y de rendición de cuentas a través de modelos avanzados de buen gobierno.

Se trataría de rediseñar el SERMAS sobre la base de la integración y la competencia técnica, y no sobre la fragmentación y la competitividad empresarial. Una alternativa abierta a la innovación pero anclada en los valores de propiedad y gestión pública.

Confío y espero que sobre esta base sea posible confluir y crear un espacio de entendimiento político, técnico y social, por el bien de nuestros conciudadanos a los que, en último término, debemos nuestra lealtad y compromiso desde la doble ética de servicio público y sanitario.

Muchas gracias y con gusto responderé a las preguntas que tengan a bien formularme.