

GUILLEM LOPEZ CASASNOVAS

Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu
Fabra. Miembro de la Real Acadèmia de Medicina
de Catalunya. Miembro del Consejo de Gobierno del
Banco de España

SOLVENCIA Y SOSTENIBILIDAD DEL
SISTEMA SANITARIO. HOJA DE RUTA

7 de Junio de 2012





EL DIRECTOR DE LA REAL SOCIEDAD ECONOMICA DE AMIGOS DEL PAIS Y
EL PRESIDENTE DEL INSTITUTO MEDICO VALENCIANO

Se complacen en invitarle a la conferencia que se celebrará el día 7 de junio, a las
19:00 horas en el Centro Cultural de Bancaja, Plaza de Tetuán 23, en la que intervendrá:

Prof. Dr. Guillem López Casasnovas

Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra.

Miembro de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

Miembro del Consejo de Gobierno del Banco de España

Sobre el tema: **“Solvencia y sostenibilidad del Sistema Sanitario. Hoja de ruta”**

<http://www.rseapv.org>

<http://www.imeval.org>

Valencia, junio de 2012

INTRODUCCIÓN

Francisco Oltra Climent

Director de la Real Sociedad Económica de Amigos del País de Valencia

En nombre de la Real Sociedad Económica de Amigos del País y del Instituto Médico Valenciano les agradezco a todos ustedes su asistencia a este acto que hemos organizado conjuntamente las dos entidades.

Agradecerle al Dr. López Casasnovas la amabilidad que tuvo al aceptar la invitación que le cursamos las dos entidades hace unos meses. Le reitero las gracias en nombre de las dos entidades.

Nos acompañan en la sala

La Presidenta del Colegio de médicos de Valencia

El Presidente de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana

Profesoras y Profesores de las Facultades de Economía y de Medicina así como de otras Facultades de las dos Universidades valencianas.

Socios del Instituto Médico Valenciano y de la Sociedad Económica de Amigos del País.

Señoras y Señores, Amigas y Amigos:

**El Prof. Dr. Guillem López Casasnovas:
Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra
Miembro de la Real Academia de Medicina de Cataluña y Miembro
del Consejo de Gobierno del Banco de España**

nos hablará sobre:

“Solvencia y sostenibilidad del sistema sanitario. Hoja de ruta”

He de decir que la aceptación de nuestra invitación por el conferenciante tiene mérito porque hablarnos de este tema en esta situación de profunda crisis económico-financiera en la que nos encontramos, cada vez más conocida por sus consecuencias como son los “recortes” o “reajustes” sólo se puede hacer desde la autoridad que dan los conocimientos del ponente sobre el tema y desde el compromiso personal con la sociedad actual.

La mayoría de la población asiste pasmada e irritada a la fiesta de las contradicciones porque a los recortes de sueldos y de libertades se suma el menosprecio a la educación pública primaria, secundaria y universitaria, así como a la investigación por no hablar de la sanidad pública, contradicciones que se agrandan cuando los mismos gestores dicen que no hay recursos financieros y por ello hay que aplicar un programa de mucha más austeridad y al mismo tiempo, dicen que sí hay recursos para rescatar a Bankia, ..., aunque están buscándolos.

Bien. Después de esta breve introducción acto seguido intervendrá el Dr. Francisco Morales Presidente del Instituto Médico Valenciano y socio de la Sociedad Económica de Amigos del País, quien presentará al conferenciante.



El conferenciante, junto a los Directores de la RSEAPV y del IMV momentos antes de la conferencia



La mesa de la conferencia, en un momento de la presentación del la conferenciante por D. Francisco Morales Oliva, Presidente del Instituto Medico Valenciano

PRESENTACIÓN

Francisco Morales Olivas

Presidente del Instituto Médico Valenciano

Muchas gracias. Buenas tardes. Señor Director de la Real Sociedad Económica de Amigos del País de Valencia. Señor Presidente del Colegio de Médicos, Señor Presidente de la Real Academia de Medicina. Señoras y señores.

En primer lugar decirles que para el Instituto Médico Valenciano es un honor y un hecho digno de celebración que una vez más hayamos sido capaces de actuar conjuntamente con la Real Sociedad Económica de Amigos del País. A mi me gusta decir que tenemos socios y fines comunes y eso nos permite con bastante tranquilidad organizar actividades conjuntas.

Le decía hace un rato al conferenciante, al Profesor Guillén López Casasnovas que nada más fácil que hacer economía de la salud para poner de acuerdo a la Real Sociedad Económica de Amigo del País y al Instituto Médico Valenciano. Pero aparte de alegrarme en nombre del Instituto porque hayamos sido capaces de hacer de nuevo un acto conjunto y por haber tenido la suerte de que el Profesor López Casasnovas haya aceptado nuestra invitación cosa que por otra parte hay que agradecer a algunos amigos comunes, como particularmente al Doctor Boro Peiró que fue el que realmente hizo las gestiones iniciales, creo que es una ocasión importante para los socios de las dos entidades, de poder escuchar a una persona de la solvencia del Profesor Guillén López.

Sus cargos están en la invitación y algunos de ellos ha hecho mención el Director de la Económica, pero quizá por aquello de hacer una presentación un poco formal, decirles que el Profesor Guillén López y Casasnovas es Licenciado en Económicas

y Licenciado en Derecho, que es Doctor en Economía Pública por la Universidad de York (Reino Unido), que ha sido profesor en diferentes universidades tanto en el Reino Unido como en EE.UU. y que actualmente es el Director del Instituto, del Centro que él mismo creó en 1996, el Centro Especial de Investigación en Economía y Salud, que es codirector del Master de Gestión Pública en Barcelona, Master de Salud Global de la Universidad de Berkeley.

En este momento presidente de la Asociación Europea de Economía de la Salud, de todas formas como decía la Biblia, por sus obras los conoceréis y por una parte he visto que muchos de ustedes ya lo conocen y lo han saludado afectuosamente, por otra parte algunas personas que no están aquí me han encargado que le diera recuerdos o que le saludara en su nombre, por tanto una vez más la presentación es innecesaria pero como por sus obras le conoceréis, yo, aquellos de ustedes que no conozcan al Profesor López Casanovas, después de la conferencia de hoy estoy seguro que van a salir interesados en entrar en la página web de la Universidad Pompeu Fabra y darse una vuelta por alguno de los artículos que tiene ahí colgados donde probablemente algunos de ellos, muy breves, pero muy claros les ayudarán, quizás, a comprender esas cosas de la sostenibilidad, si el PIB tiene importancia o no tiene importancia, como hay que medir, como hay que comparar, y todo eso hecho además con una sencillez extrema, hasta uno que estudió medicina es capaz de entenderlo.

Guillén, muchas gracias por haber aceptado nuestra invitación, bienvenido a esta que es la sede de la Económica de Amigos del País, no te quitamos más tiempo, tú tienes la palabra.



El conferenciante, durante la conferencia.



La mesa de la conferencia, en un momento de la presentación del la conferenciante por D. Francisco Morales Oliva, Presidente del Instituto Medico Valenciano

SOLVENCIA I SOSTENIBILITAT DEL SISTEMA SANITARI. FULL DE RUTA

Guillem López Casasnovas

Catedràtic d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra.
Membre de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.
Membre del Consell de Govern del Banc d'Espanya

Moltes gràcies, Dr. Oltra, Dr. Morales, Dr. Peiró per haver-me invitat. En aquestes presentacions sempre tinc aquell recurs que alguns atribueixen a Vargas Llosa, a mi m'ho va contar José Luis García Delgado, quan et fan una presentació tan amable, respondre: “ardo en deseos de escucharme”, queda la mar de be. També els hi he de dir que si el mecànic del meu poble posara totes les avaries que ha arreglat en el seu currículum, seria més llarg que el meu i fins i tot més fèrtil, més útil, amb més valor afegit. Per tant, agraiïsc la invitació i en relació amb el currículum cal dir que forma part de l'edat. La presentació està tota en castellà, però bé, ni que siga per les varietats lingüístiques dels illencs, menorquins en aquest cas, si no importa seguiré amb la utilització de la nostra llengua.

Quan em van suggerir el títol, sempre que en demanen que parles de sostenibilitat financera, i a mi m'interessa no només parlar de sostenibilitat sinó també de solvència. La paraula solvència l'afegisc sempre que puc perquè al cap i a la fi, el concepte de sostenibilitat és un concepte polític. Què és sostenible financera-ment? El que diguen les seues senyories que en la mesura que ho facen en seu parlamentària i representen l'opinió prevalent de la gent, la disposició a pagar més impostos per a finançar més despesa pública, per a mi aquesta és una dada que prenc com a donada. Dada donada que en aquests moments, pujada d'impostos per a finançar millor la despesa social, només hi ha un partit que

ho ven al programa i un partit que representa el que representa, per tant, dels dos que són majoritaris, un parla de consolidació i l'altre parla de baixar impostos i de contenir encara més la despesa social.

I amb aquesta dada comence el discurs de la solvència. Al cap i a la fi, la sostenibilitat esperem que siga un concepte conjuntural, el que done de si l'economia i el que és la voluntat de les senyories i encara que solucionarem el problema de la sostenibilitat, es mantindria el problema de la solvència. Aquí jugue un poc amb les paraules, òbviament, de l'etimologia de la solvència com a manera de resoldre els recursos, els ressorts interns que té un sistema de salut per respondre a situacions canviants, a reptes nous i aquest, en el meu entendre, és el tema fonamental del sistema sanitari, un sistema que està més aviat anquilosat, que sota l'idea de la seua consolidació ha generat un dispositiu assistencial molt poc flexible, molt poc adaptable a circumstàncies canviants que són múltiples, des dels xocs que ens venen exògens amb l'envelliment (i benvingut siga l'envelliment, no dubten del contrari). Recorde sempre entre els meus estudiants, parlant d'aquests temes, sobre quina és la definició millor de l'avaluació econòmica, que la va donar un senyor que es diu Maurice Chevalier, i tots apunten pensant que és un Premi Nobel, després els hi he d'explicar que "era un cançoner, que li van demanar què pensava de la tercera edat i va respondre que no li entusiasmava però que si mirava les alternatives no estava gens malament".

Llavors amb aquest esperit de xocs externs, que els hem de veure com una cosa bona, hem de beneir que hi haja una supervivència més alta, els xocs externs que venen també per la medicalització social, aquesta cultura de aspirar que el sistema sanitari resolga qualsevol dels problemes socials que interfereixen amb la salut i, després, tot el que és el xoc tecnològic de l'indústria sanitària, que va des de la medicina estratificada fins a aquestes tecnologies noves que no es sap molt bé ja el grau amb el què cuiden. De curar ja no curen, pensem amb els tractaments terminals, però que tenen distints ingredients de guariment, d'atenció.

Per tant, és amb tots aquests xocs com el sistema reacciona, com respon, com resol aquests reptes i s'adequa a les circums-

tàncies canviants. Potser que si els problemes eren aguts els hi convertim en semi- aguts, la crisi també té aquests avantatges. Si ací, han tingut temps de paraitzar tres hospitals per falta de diners, tenim una possibilitat de repensar-los i d'adequar el dispositiu, no ens enganxarem els dits amb més hospitals encara, que tenen més dificultats per ajustar-se a les, com deia, circumstàncies canviants. Aquesta reflexió la faig des d'aquests dos logos, de la Universitat i del Centre de Recerca i no cal dir que no combine la meua opinió amb el que puga pensar cap dels que regenten el Banc d'Espanya, que a partir de fa unes horettes hem sabut que en tenien dos de nous que ja ho veuran esta nit a la premsa.

Llavors el tràiler de la pel·lícula, a vore en segons a quins àmbits, quan comence a parlar faig un poc allò que feia el Valdano quan havien de visitar al Bernabeu, un poc de "miedo escénico" va bé, perquè a vegades hi ha auditoris molt abombollats en que la solució es gastar més i no veuen les restriccions per les que es desenvolupa la capacitat financera que té el país. Llavors un poc de "miedo escénico" ja va bé. Aquest me l'estalviaré perquè amb el que ha dit el Dr. Oltra de no hi ha diners per a la sanitat, hi ha diners per Bankia, el "miedo escénico" no me l'he passat al meu terreny. Ara jugue com a visitant i no com a local amb aquesta apreciació.

Però a vore, siguem conscients de que les finances públiques estan en una situació molt delicada. Quan les afirmacions es fan relativitzades pel PIB, com que el PIB és una xifra tan gran, un bilió d'euros, un bilió de veritat, no dels anglesos, milió de milions, qualsevol ratio sembla menut. El dèficit que és un 8, un 9, un 10... Fins i tot he sentit algun d'aquestos indocumentats tertulians que diuen: "no ens barallarem per dos puntets!"

Una manera de vore la dificultat del moment és relativitzar-ho, amb termes dels ingressos (per exemple corrents) que té una comunitat. En aquests moments estem gastant al servei del deute entre el 20% i el 25% de tots els ingressos corrents que nodreixen les arque d'una comunitat autònoma com la vostra. 25%, que vol dir això? Que entre el dèficit que hi afegim (que va a increment de deute), més la renovació del deute que tenim i que no podem retornar per la situació en la que estem, quan la renovem l'estem renovant a un tipus d'interès més alt, que al què havien subscrit

ja fa 10 o 12 anys, perquè el tipus d'ara no és el tipus d'abans, tenim la prima i açò fa un forat cada vegada més gran en relació als marges de lliure decisió que tenim nosaltres i no els hi dic si no fem bondat, què diran els nostres fills que abans de decidir del que ells aconseguen amb la seua feina i suor generant ingressos, hauran d'apartar una quantitat per pagar el cost del deute. Un altra manera de vore-ho, també en clau d'execució de l'estat, és en aquest moments la despesa financera és més gran que tota la despesa de personal.

A vore, són coses que vistes des de fora, fan tremolar les cames de qui li toque gestionar al país. Miren si no a més a més en clau d'analista extern, Espanya va liquidar un dèficit públic en termes de PIB del 9,1 en 2010. Hem tingut tot un 2011, no sé ací vostès a València, però a Catalunya no hi ha hagut cap altra paraula que retalls i més retalls, com si no hagués vida intel·ligent més enllà dels retalls. La liquidació pressupostària ja definitiva executada de 2011, ha donat una xifra de dèficit públic PIB del 8,9. Un analista extern pot preguntar, vostès fan austeritat? 9,1 en 2010; 8,9 en 2011... açò es austeritat? Si tu hi has de posar els teus calés, perquè a vegades tot depèn dels mercats. El mercat és la conjunció d'oferta i demanda, però del que hem de parlar (pròpiament dit) és dels creditors, els creditors estan disposats a posar diners a un país en aquestes circumstàncies? La por escènica hui la tenia el Ministre Montoro que havia d'emetre deute, no la tenim els acadèmics i afortunadament el "tembleque" no el tenen els professionals que han de vore malalts.

Llavors, davant d'aquesta situació confrontem totes les pors als canvis. Quan hi ha moviment d'escenari és molt fàcil crear expectatives, crear pors, algunes són reals i algunes poden ser interessades. Per exemple, a mi el camí que està portant aquesta comunitat separant la provisió de la producció, tenint en compte que provisió pública no vol dir "yo me lo guiso, yo me lo como", que el sector públic ho produeix en el marc estatutari i sota l'anàlisi d'interventors i polítics. Es pot donar corda això. Però la corda no és el mateix estirar-la cap a provisió pública amb producció concertada, privada sense ànim de lucre a provisió no concertada, si no concessionada amb ànim de lucre i a més

a més amb fons buits al darrere. Si estires tant la corda de la separació, ací òbviament tenim tots un temor que pot estar fundat, que és estirar la corda sense posar un grup de treball, sense crear confiança que és el que farien els anglosaxons més atrevits, fins i tot els qui ara manen, de que els qui fan un centre o un grup d'augmentar esforç, avalue, controle, monitoritze perquè l'interés d'aquest últim esglaó de tota la corda que s'ha estirat és privat i no postergue l'interés públic.

Per tant, els hi parla algú que creu que es pot estirar aquesta corda sense perdre l'ADN d'un sistema públic, que està ubicat amb qui té responsabilitat davant dels usuaris i quina és la font primordial del finançament, que, mentre açò siga el sector públic el que dóna la cara davant el que passe qualsevol de les àrees concessionades, davant els ciutadans continua sent el conseller en la seua àrea i el finançament ve mitjançant els impostos que solidàriament paguem, açò és l'ADN del sistema públic, tota la resta és empíric, s'ha de poder provar, però no ha de ser ideològic. Empíric vol dir que, en la mesura que avalues, aprens de l'avaluació, per tant has d'estar disposat a protegir-ho, i si les coses no funcionen s'han d'intentar esmenar, però no s'ha de fer amb el criteri "por mis narices" i el fet de que no hi haja aquestes alçades per part d'aquesta comunitat (que són els que més han estirat la corda), Catalunya també la va estirar, però ho va fer amb concertació no amb concessions administratives. Concertació, (perdoneu que m'enrede amb aquest tema), es una figura prevista en el reglament de les corporacions locals bàsicament, per totes aquelles produccions públiques que són insuficients i que conjunturalment per això els concerts són per un any i s'han de renovar, necessiten aportacions privades complementaries. Una concessió és un altra cosa. Té uns períodes molt més amplis de temps i ja no els hi dic si a més fem aquestes concessions i capitalitzem els ingressos amb un cànon anticipat.

Si fas tot això has de tenir un sistema d'avaluació, has de tenir un sensor posat en el dia a dia, perquè ja que no es podrà fiscalitzar mitjançant un interventor antic de la Seguretat Social, al menys si has de tenir això que diuen els anglesos un observador amb les dents d'un gos.

Temors reals i interessats. El problema és garantir la solvència del sistema, açò és el que jo voldria compartir amb vostès, més enllà del que siga la sostenibilitat a curt termini i ho hem de fer a la vegada que reforcem els operatius, és a dir, no podem fer una volada de coloms sense mantenir atenció a les coses que s'han de fer, veuran després per higiene. El sistema ha de continuar funcionant (però mai fa bon vent per aquells que no saben on van). Per tant no es tracta de tirar veles exclusivament, si no també mirar d'on bufen els vents i els vents bufen amb prioritació, ordenació racional de prestacions a tots als nivells, també amb els medicaments però també amb els catàlegs de serveis, amb responsables polítics que saben fins a quin punt hi ha coses que s'han de decidir fora del parlament, s'han d'agenciar, s'han de pactar uns procediments, però la discussió ha de sortir de la política amb lletra menuda i res de tot això serà possible si els professionals no s'involucren.

Ací ara em toca contar l'acudit dels involucrats. No sé si el saben, demane disculpes si algú ja l'ha sentit; és el granger que es jubila i ha estat bona persona amb els seus animalets i els animalets de manera assembleària i molt participativa decideixen fer un homenatge al seu granger i ha de ser molt participatiu, tothom hi ha de participar. Hi fan l'assemblea i se li acudeix a algú que el millor seria garantir-li una pensió a aquell granger, una pensió alimentària d'ous i bacon cada matí i la gallina entusiasta diu tot d'una que ella hi posa els ous i tothom es mira al porquet i el porquet diu: "heu parlat de participar, no d'involucrar-se". I involucrar-se amb el "tocino" és el que necessitem.

Açò m'ho salte perquè en el fons és el preàmbul que he fet al començament. L'austeritat té costos i beneficis. He posat algunes transparències que quedaran a disposició de qui vulga mirar-s'ho. De moment els escenaris que pateixen més la despesa social han de vore amb transferències més que amb consum públic, perquè el consum públic vol dir retribucions i les retribucions a l'hora de fer una retallada permeten a l'empleat públic defensar-se millor que no les transferències que es dilueixen entre milers de beneficiaris. Açò és normal en totes les retallades i, quan passes les tisores, la possibilitat de fer fort per a que la tisora passe cap

a un altra banda, òbviament perjudica les poblacions més fràgils, les que no es poden organitzar, les que no poden fer un *lobby*, les que no poden tallar la via principal de l'ajuntament, però havien d'anar especialment alerta amb això perquè si deixen les tisores amb el barber de torn és molt probable que identifiquem amb major probabilitat qui acabarà patint.

Hui és dia de farmàcies tancades, però em permetran que els hi diga que “de aquellos polvos, estos lodos”. Es vam acostumar duran molt de temps que els subministradors anaven amb aquest compte que sembla que li deien la 409, que no podia entrar amb autorització de crèdit perquè no hi havia crèdit, però que ja els ho pagarem a l'any que ve i anàvem fent pilota i anàvem arrossegant i fins que esta burla pressupostària s'ha demostrat que no es podria portar *in eternum* i en el moment que estem amb esta crisis han sorgit aquests errors, per tant les complicitats d'alguns laboratoris en subministrar coses que sabien que no podrien ser autoritzades perquè no hi havia crèdit eren “aquellos polvos” inicials.

El risc de salut és una cosa que requeriria una xerrada completa, són previsible tot i que és al·lusiú concretar-los, encara hi ha gent que diu que “quan hi ha més atur son més oportunitats per córrer”.

La política sanitària i l'assemblea a la pel·lícula *Lost in Translation*, és una pel·lícula que m'agrada per això li he mantingut el títol, i bé l'urgent que no ens fa veure a vegades el que és important, però jo soc dels que tinc simpatia amb els que han que pagar la nòmina a final de més, vull dir que valore les urgències.

Per tant, solvència i no sostenibilitat, no tan sols sostenibilitat i mirar les dues bandes del pressupost. És una cosa que costa fer, perquè nosaltres ens sentim còmodes en una banda del pressupost que és el de la despesa, en realitat a sovint som molt bons en mostrar la importància que té en el benestar de la gent, però ens fa un poc de mandra creuar el pont i traduir el que són les millores de salut, no en clau exclusivament de les necessitats de la gent, si no també la importància econòmica de la macro economia, el que representa gastar en salut com a inversió, que ajuda al creixement, que baixa l'absentisme laboral, que fa per un capital humà molt més flexible.

En això si afegeix, en aquesta mena de miopia de parlar de despesa, “Manolo el del Bombo, la selecció nacional, hay que gastar más”, sense mirar com finançar-ho, si afegeix com deia aquesta qüestió que és un poc un puzle per la política social en aquestos moments, que és “més i millors serveis”, si no es focalitzen més, poden acabar introduint regressió fiscal. Més no sempre és millor i estem ara en aquesta disjuntiva i hauré d’explicar breument i facen confiança de que sé el que dic.

Les despeses que són universalistes tenen menys capacitat de redistribució que les que són focalitzades, selectives. Redistribueix més la despesa d’habitatge que concentra a població jove i que té salari inferior dues vegades i mitja que el salari mínim interprofessional, que no una despesa universal. Una despesa universal, el seu efecte redistributiu acaba depenent del grau d’utilització que se’n fa d’aquest servei. Per exemple, la sanitat és universal, per tant vol dir que tant pels qui tenen renda baixa com pels qui tenen renda alta, tots tenen accés. Normalment nosaltres sempre mirem l’universal amb la concepció dels pobres que hi accedeixen sense restricció, però també hem de pensar des del punt de vista dels qui tenen renda alta que tenen també el dret com a ciutadans, contribuents, etc...

D’on ve la capacitat redistributiva de la despesa sanitària universal espanyola? Ve de que les rentes altes utilitzen menys del que els hi correspon pel pes poblacional i si afinem un poc més pel seu grau de necessitat relativa. Açò és la capacitat redistributiva que té una despesa universal, que les rendes mitges i baixes utilitzen relativament més que no les rendes altes. En la mesura que les rendes altes s’incorporen majoritàriament en el sistema públic, en aquest moments amb una restricció, amb un creixement d’impostos, amb pèrdua de llocs de treballs, etc... la temptació de prescindir de les pòlisses privades i de la utilització dels serveis privats és molt gran. Poblacions que són envellides que és la gent que tenia en el seu dia un assegurament privat, (perquè si ho recorden vostès fins els 70 llargs els autònoms no tenien seguretats socials i per tant no pagaven la cotització però se l’havien de buscar pel seu compte amb la cobertura sanitària) i açò és la gent que molts estan amb assegurament complementari,

amb assegurament privat, complementari en aquestos moments, però és gent molt sensible a lo que diem els economistes “elasticitat”; li pugues un poc la prima i veiem que és de les primeres coses que prescindeix, li baixes a una persona la renda i mira, no renuncien a la pòlissa complementaria. En la mesura que més gent s’incorpore en el sistema públic, perquè els serveis públics han avançat molt, no estan gens malament, etc... la capacitat redistributiva de la despesa sanitària baixa. M’he explicat be amb això?

Té molts altres avantatges l’ universalisme, els llestos ajuden als menys llestos, els sans als malalts, en el dolor i en la malaltia, té altres valors, però en aquest concret que és el múscul de la capacitat redistributiva quan menys focalitzat està la despesa social, la despesa sanitària, quan menys atén a les poblacions més fràgils, a les que haurien de ser prioritàries, perquè es ací quan hi ha més guany de salut a la seua actuació, quan menys atén açò menys capacitat redistributiva. I a més encareix el finançament i amb encarir el finançament ens trobem (açò es l’altra banda del puzzle pels qui mirem despesa i finançament) ens trobem amb una fiscalitat dual, la paraula dual podríem dir quasi be tramposa. Què vol dir? Que guanya pes relatiu la imposició indirecta, l’IVA, els carburants, els impostos especials, etc... respecte de la directa i dintre de la directa guanya pes la fiscalitat sobre els salaris i la perd la que grava les rentes de capital. Tot açò té explicació. La imposició indirecta és molt golosa políticament, perquè no es veu, és il·lusòria. Quan tu omplis el dipòsit de gasolina, tu no saps quina és la part del preu i quina és la part de l’impost, et pugen l’IVA i tu pagues el cafetó i tampoc no distingeixes. Recapta molt l’Estat amb xicotetes pujades del consum que és la part fonamental de l’aplicació de la renta i la gent no es rebel·la. Si féres el mateix anàlisi en termes de fer créixer l’ IRPF (com han fet a Catalunya que han arribat al 57%) la gent comença a estar ofuscada, en canvi puja l’ IVA i no es nota.

Després val a dir també que, des d’un punt de vista de món globalitzat, l’IVA té interès perquè és neutre des d’un punt de vista del comerç internacional, perquè el que és la càrrega fiscal de l’ IVA, quan un producte s’exporta en frontera es retorna al que l’ha pagat, per tant entra en el país de destí “libre

de polvo y paja”. Per tant és neutre des d’un punt de vista de comerç internacional i políticament és golós. I per la part de la imposició directa, les rentes de capital graven unes bases imposibles que són d’Internet, amb un clic pots localitzar tot el que és la teua base fiscal per capital, en canvi no ho pots fer amb el treball i per tant la tendència aquesta és majoritària i (per cert els primers que van posar en solfa un sistema fiscal d’aquestes característiques van ser els països nòrdics. Tota la fiscalitat dual, per als qui els interesse l’agenda pública, trobaran la literatura inicial al països nòrdics). Com s’explica això? S’explica perquè el seu sistema fiscal no necessita ser gaire redistributiu, perquè en el moment de creació d’origen de la renda, de distribuir, ja són molt igualitaris. Per tant, redistribuir a través dels impostos no els hi és molt necessari perquè d’entrada el ventall amb el moment de la distribució inicial de la renda ja es molt estret, salaris mínims interprofessionals molt alts, poc atur i limitació cap als bonus dels directius. I perquè no juguen a fer redistribució? Perquè ells son la primera àrea de comerç internacional que hi va haver molt abans que la Unió Europea. Abans de la UE, era Finlàndia, Noruega, Suècia, Dinamarca, formaven la Unió Europea.

Per tant, tenim una fiscalitat per la part del finançament tendencialment regressiva, perquè la imposició indirecta és regressiva, perquè en proporció la paguen més els que menys renda tenen. I en la composició de les rentes, les rentes que són del treball son més castigades que el que té igual renda i li procedeix del capital. No cal parlar de la SICAF, si tens una SICAF això ja és el bingo dels bingos, però estem parlant de tipus marginals a les rentes del treball que te poden arribar al 57%, mentre a les rentes de capitals és un tipus proporcional únic, era del 18, ara és del 21.

Per tant, quantes més i millors despeses sense focalitzar significa pèrdua de múscul redistributiu. A la vegada que fem aquest toc d’atenció, també hem de fer un toc d’atenció sobre els descosits que té tota la xarxa social de seguretat, abans de pensar en noves prestacions de medicina estratificada, anem a assegurar que no hi ha descosits a les xarxes de protecció social.

Fixem-nos que el que garanteix aquesta protecció no és que en el centre de salut tothom hi tinga accés sense pagar res, sinò que el que dóna protecció social és tenir un visitador social que detecta una necessitat sanitària emergent que no ha aflorat (simplement perquè aquella senyora no podia baixar l'escala perquè no hi ha ascensor). No és una protecció social que culmina en tenir els ambulatoris oberts de huit a huit.

Finalment dins d'aquestes guies de política sanitària, pensar en corregir les responsabilitats individuals abans de responsabilitzar les arques públiques amb noves prestacions col·lectives. Llavors ací els he posat amb itàlica allò de “¿Quién teme a un copago evitable?” Qui ho tem a que hi haja un preu de referència en un medicament i el que el vulga que se'l pague. Per quin criteri vostè està en contra del copagament evitable? De la equitat no, perquè és inequitatiu que el caprici i la sortida d'un medicament de referència ho haguem de pagar entre tots després del que els hi he explicat de la regressivitat fiscal i eficient no ho ha de ser. Copagament i he posat l'adjectiu evitable.

En aquestes guies, tasques d'higiene, després d'això em quedaran dues transparències i he vist la paraula “cansina cultura” i dic “ostres, cansina és el que deuen estar aquestos senyors en general”.

Tasques d'higiene. A veure, un sistema no pot funcionar aspirant a integrar objectius amb clau de salut poblacional, si en la manera en que funciona el que fa és pagar premeditadament a cadascun dels seus proveïdors des de la seua pràctica aïllada. Jo sé que açò fa vergonya haver-ho de dir però com que continua passant, en aquesta transparència aquestes quatre línies les mantinc. M'agradaria traure-les perquè és tant de sentit comú que quasi fa vergonya recordar-ho.

La intervenció assistencial és l'objectiu del sistema. No és efectivitat assistencial, no es “productivitis”, no es “eficientitis”, el que ha de fer és resoldre el problema de la salut de la població integrant de la cadena de valor sanitària amb el menor malbaratament de recursos.

La millora de la gestió no és una alternativa. Tots els que diuen “no, no caldrien els retalls si millorarem la gestió, perquè

mira que ha passat a l'hospital de la Fe, o al de..." Escolte, no, si vostè creu que hi ha tanta inefficiència en la gestió hem de fer com Ulisses, ens agafem el timó i diem "no entrem una prestació nova, fins que tinguem identificat un estalvi". Identificat vol dir executat, és a dir, portat a la caixa per igual valor.

En avant a "Cansina cultura", cal que normalment experimentem i no avaluem, les crítiques al govern, és al començament, ara això ja és ploure sobre mullat i ací l'espassa d'un economista és "¿Quién teme al coste de efectividad?" Què pot fer vostè amb nom de l'ètica que no es puga basar amb un criteri de cost d'efectivitat.

Dels enquadraments econòmics financers, hi veuran ara un parell de quadres, només donar-los una pista, entre el que presupostem i el que executem les distàncies són espantoses. Va ser l'alcalde Pacheco qui va dir "que el presupuesto era un cachondeo". Doncs continua sent un "cachondeo" i el Pacheco ja no és alcalde.

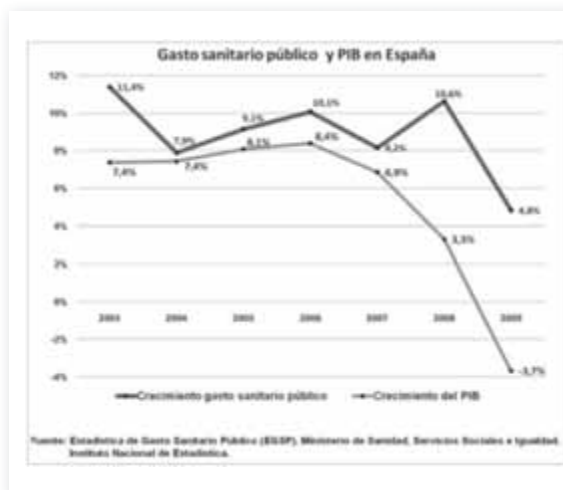
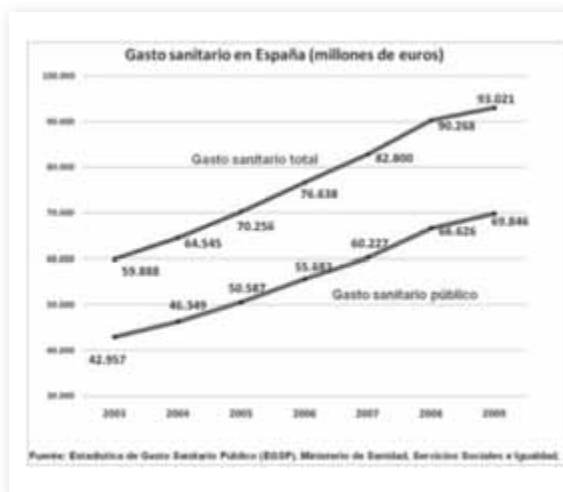
Després tenim tota aquesta qüestió de la despesa social, la idea d'identificar com a despesa social, la despesa pública presupostària. Açò és un poquet malaltís. Els que fan anàlisis, en el meu criteri més aprofundit, el sociòleg Gosta Esping- Andersen, o ara ha sortit un informe recent de l'OCDE, parlen de despesa social. Per tant un pagament obligatori és despesa social, encara que no passe pel pressupost. Veig que vostès han de pagar l'ITV del cotxe i ho han de pagar obligatòriament i ix de les seues butxaques. Açò és una despesa forçada, tutelada públicament, per tant açò és despesa social. Un copagament que es fa recaptatori és despesa social, de fet és una taxa. En les universitats els estudiants copaguen, i els hi diguem taxes acadèmiques i no es munta cap pollastre. A la sanitat la idea de copagament, s'identifica com a preu privat i açò és erroni. Els copagaments, si es fan, si operen, si aquesta és la voluntat dels pares de la pàtria, son ingressos que reforcen la despesa pública, igual que les taxes reforcen les despeses de les universitats públiques, no de les universitats privades.

Per tant, l'anàlisi l'hem de fer en termes de despesa social i ara els hi mostraré algunes gràfiques. La despesa sanitària com

ha crescut. Les dades en termes de PIB. Veuen el creixement del PIB quin ha segut? Veuen què ha fet la despesa sanitària pública? El qui més diuen que s'hi ha aproximat amb això, açò és el total, el total en clau pública i privada, el que més si ha aproximat amb açò diu que són els catalans, però ja vorem, el 2011 com ho han executat es diu que ho han clavat, però com que aquesta gràfica, si veuen el rerefons és l'escut de la Generalitat, però abans de que arribassen els que ara gestionen, miren el diferencial entre la que era la despesa per càpita i la que ha sigut la despesa real. Un sistema que funciona d'aquesta manera, és un sistema que va a pinyó fix, és un sistema que ni és sostenible ni solvent.

Aquesta és la part que els hi deia del treball de l'OCDE, que analitza el que és la despesa social en el seu conjunt ben contada. Ben contada vol dir, que no és el mateix mirar quina és la despesa sanitària només finançada per impostos, que la despesa sanitària finançada per impostos i copagaments. Per exemple, Dinamarca té uns copagaments importantíssims. Açò és despesa social encara que no siga finançada amb impostos. Suècia també. Després està ja la qüestió de la despesa que paguen, si te la paguen lliure d'impostos o no. Els anglosaxons surten bastant malparats, perquè segur que la despesa que donen amb una pensió o amb un subsidi d'atur és relativament menuda però està lliure d'impostos. Ací no, ací és més alta en el moment inicial però després has de pagar impostos. Lo que t'ix net, que és en termes de benestar, fa que el rànking de la despesa social dels diferents països tinguen un toc d'atenció sobre aquest tema i això que els hi he posat sempre als meus estudiants, perquè vegem que més enllà de parlar de diners i de recursos, tenim la gran sort amb la dieta mediterrània i amb alguna cosa més, el que gastem en sanitat no acaba sent decisiu, afortunadament. Tenim una esperança de vida amb el moment de naixement que afortunadament és bastant independent dels alts i baixos que podem fer amb la despesa sanitària per càpita i aquest tema per un sistema solvent, quasi els hi diria que és més important que no totes les matisacions que els hi he fet abans. I em permetran aquesta reflexió a peu de pàgina; quan u ix a dinar o a sopar amb els fills i els amics no compra menjar, com-

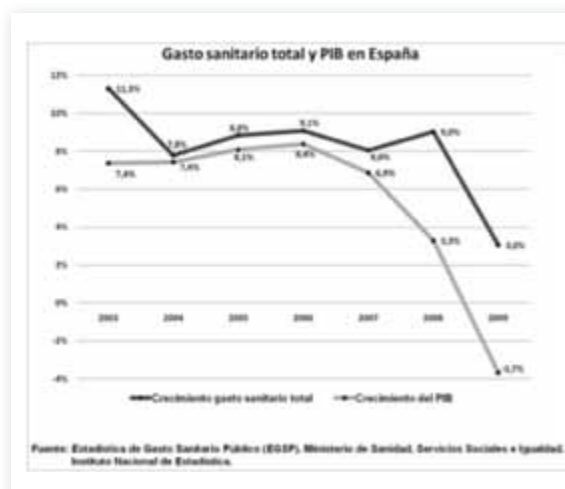
pra acte social. Un acte social de dieta mediterrània en aquestos moments, és inassumible per un pressupost normal, en canvi un Mc Donalds sí. Llavors hi hem d'anar molt alerta, perquè aquest avantatge que hem tingut, no cal que faça un drama d'obesitat i diabetis, però tinguem en compte el que són els llocs dels serveis, el que són els preus de l'accés en aquestos actes socials que és el que realment compra el ciudatà.



Gasto sanitario público y PIB en España

en millones de euros	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto sanitario público	42.957	46.349	50.597	55.693	60.227	66.626	69.846
PIB	783.062	841.294	909.290	985.547	1.053.161	1.087.749	1.047.831
en %	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Crecimiento gasto sanitario público	11,4%	7,8%	9,1%	10,1%	9,2%	10,6%	4,8%
Crecimiento del PIB	7,4%	7,4%	8,1%	8,4%	6,9%	3,3%	-3,7%

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.



Gasto sanitario total y PIB en España

en millones de euros	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto sanitario total	59.888	64.545	70.256	76.638	82.800	90.268	93.021
PIB	783.062	841.294	909.290	985.547	1.053.161	1.087.749	1.047.831
en %	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Crecimiento gasto sanitario total	11,3%	7,8%	8,8%	9,1%	8,0%	9,0%	3,0%
Crecimiento del PIB	7,4%	7,4%	8,1%	8,4%	6,9%	3,3%	-3,7%

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

Per tant, acabe la part, aquesta litúrgica i després els hi pose només dues transparències que els he de posar per a no defraudar als amics que hem coneixen.

Resumint aquesta part litúrgica, prioritzar està en el codi genètic de l'economia, és molt important fins i tot per a aquells que tenen, no preocupació estrictament per l'eficiència sinó també per l'equitat, perquè sinó focalitzem millor la despesa social, la despesa sanitària vist el finançament que tenim ací podem prendre mal.

Sentit comú davant la fragmentació. Hem de contextualitzar que l'objectiu són els episodis existencials i no el nombre de PMC's, AVG's o GDR's que fa un hospital pel seu compte i açò s'ha de fer en marcs estables. Tots els proveïdors que hi ha i també val això pels qui subscriuen una concessió administrativa o fan una inversió per a residències de la tercera edat o posen plantes de recerca de medicaments, necessiten saber de quin mal han de morir i açò és una cosa que el sistema públic té molt mal resultat. No ha funcionat al marc estable ni pels catàlegs, els catàlegs de finançament selectiu sempre han sigut el que hi havia abans més dos ous durs i bastava que un diguera ase per a que l'altre diguera bèstia i això per a una asseguradora privada li genera un marc inestable. Quan tu fas una inversió per la construcció d'una residència per a la tercera edat i et prometen un concert i l'any següent ja te'l qüestionen perquè no te'l poden pagar, açò desanima molt la inversió privada i igual per als que fan recerca i obren plantes de medicaments.

Més gestió, no tot és política. Aquest nord l'hem perdut bastant, la formació en l'economia de la salut i en gestió clínica s'ha diluït molt amb el temps, la política ha guanyat massa terreny en aquestos territoris.

L'equitat d'accés és insuficient. Açò ho he comentat, no és tenir la porta oberta i no cobrar res i un senyor que espera darrere d'un mostrador, sinó detectar on està la demanda latent i que no aflora i açò reflecteix pro actius, no fer de recepcionistes de la demanda afluïda.

També he dit eixir del clúster sanitarista en aquest on estem tots molt còmodes. Reflecteix molt bé quan tots els consellers del

ram es troben i s'abracen entre ells i la culpa la té el sistema que no els hi finança prou be i després els hi tremolen les cames quan han de tocar la porta del conseller d'economia i finances. Eixir del clúster, evidenciar les externalitats generals, quantificar-les i formar part de l'altra banda del pont. No és sols un problema de despesa, sinó un problema de millora de la macroeconomia. I després sempre pensar que les decisions tenen la clau d'ancorar despeses o la clau de millorar el finançament i "no hay más cera que la que arde".



Aquesta és una de les dues transparències. Aquesta caixeta que algun amic em diu que fins i tot el conseller vostre utilitza a vegades, jo de fet la vaig importar del senyor R. Busse i la vaig un poc adaptar, la vaig modelar, però ens dóna molt be quines són les alternatives entre l'ancoratge de la despesa o l'increment de finançament. És com si analitzàrem l'assistència sanitària a partir de tres eixos; el de la base és la cobertura, en els termes de quan universal és el sistema i quan restrictiu, l'abast ens el dóna què és el catàleg en aquest binomi de cuidar i curar, i l'eix vertical ens

diu com aquests valors de l'elegibilitat es tradueixen en demanda, en utilització, de tot el que és possible, elegible, quan és elegit quan aflora amb la utilització. Doncs la idea de solvència inicial meua era de que davant un xoc en qualsevol d'aquests eixos, perquè fóra sostenible primer el volum de la caixa, fóra el que hem pogut nodrir a partir dels finançaments en els que hem pogut ficar mà, en açò no hi entraré gens perquè me n'aniria molt lluny ara, però quan esmunyim la vaca, la vaca és la butxaca del contribuent, tens un xoc a la demanda, a la oferta, a la piràmide poblacional i la caixa aquesta com reacciona, quins ressorts té per a fer-la sostenible, els anglesos diuen "responsible", amb capacitat de resposta a la nova circumstància.

Llavors a la cobertura poblacional, nosaltres ho tenim quasi be tot recorregut en aquest eix. Vam començar amb compte aliè cotitzant, després vam posar els autònoms, després hi vam posar tots els contribuents, després hi vam posar tots els ciutadans, després hi vam posar els ciutadans també sense papers, ara hi ha un poquet de discussió si en aquesta part final podríem tenir 794 milions trobe que és la xifra, que és la del turisme aquest sanitari que van dir, si toquen açò... té mèrit eh? 794 milions, "ni uno más ni uno menos". Val, aquest és un eix que tenim molt recorregut. Altres països no l'hi tenen tant. Per exemple Obama, per la part de sistema públic està estirant aquest eix, ara hi té les persones grans, els pobres de solemnitat i ara vol ficar als joves. Estem parlant de la part pública, els que estan fora del sistema no estan en aquesta consideració. Nosaltres jo crec que no hem de perdre ni un segon més. Tenim el sistema que tenim i no crec que hi haja un retranqueix que el faça més restrictiu.

Llavors, en quina competició ens hi juguem el futur. En l'oferta, que oferim a canvi del dret a l'accés i en la demanda, com aquesta oferta es tradueix en utilització. Ací és on l'ADN del sistema públic necessita clarificació. Què vol dir això? Que si nosaltres continuem amb la idea de que el nostre sistema de salut és un sistema tipus NHS, idea general de sanitat 1986, importació que va fer Ernest Lluch del que era l'experiència britànica, hem de fer el que fan els NHS's. Davant tots els xocs que tenen d'oferta que es dirimeixen entre el cuidar i el curar, es posicionen mitjançant

agencialitzar la decisió, això que deia abans, els governants saben quina és la seua responsabilitat i que hi ha coses que no poden decidir en clau estrictament política, agencialitzen la decisió amb una institució que allà a Anglaterra es diu el NICE, el National Institute for Clinical Excellence, el cost d'efectivitat, fan la bro-ma alguns economistes de la salut, el NICE, l'acrònim també és "bonito", i allà hi ha un conjunt de cirurgians, economistes de la salut, experts clínics que disseccionen. Un tractament nou que té un guany en termes de millora d'estat de salut i que representa un cost incremental, un cost addicional de més de 30.000 € o 30.000 lliures esterlines, la xifra que vulguen, perquè la xifra és la que permet la sostenibilitat del seu sistema sanitari, que vol dir els diners que el parlament a instàncies de la comissió delegada de despesa pública decideix posar a la sanitat i tallen, d'acord?

Ho tenen complicat, però ho fan. Ho tenen complicat perquè molts dels tractaments que tenim ara no són de curar, el curar és més o menys objectivable. Si estem en el terreny de cuidar ja no ho és tant, és molt més interpretable que és cuidar i que és curar. En el terreny de cuidar, imaginem, tenim un fill hiperactiu i el tractament que li fem és una pastilla que dóna un determinat laboratori i que té efectes retardats en tres hores. Per tant, el pare es lleva a les cinc amb els ulls mig tancats, obre la boca del fill, li tapa el nas, li posa la pastilla i el fa beure. Molt bé, més o menys suposem que l'eficàcia és la que és. L'alternativa, un "parche", que porta un chip que desplega efectes també amb la posologia adequada les tres últimes hores. Al pare no es lleva, tenim garantia de que allò és eficaç i efectiu amb el cas concret. Qui paga el "parche"? Bé, aquest és el punt. Coses que són efectives, però que tenen un cost massa elevat. El NICE diu fora. Dir fora, fora de catàleg, vol dir que ho paguem al 100% perquè en una societat democràtica el que no es dóna no ha d'estar prohibit. Açò és un esquema.

L'altre esquema és els sistemes d'assegurament social, França, Alemanya, Bèlgica, Àustria, Holanda,... que ací hi entra quasi tot fins l'homeopatia a França amb el medicament. Ordenen, no per cost d'efectivitat, el cost els preocupa menys i ara hi veuran perquè. Els hi preocupa l'efectivitat relativa. A menor efec-

tivitat relativa, copagament més alt. Per tant, aquesta lluita d'allò que entra i allò que no entra, allò que és curatiu i lo que és utilitari té un referent que és la preferència de l'individu. Tu vas directe sense passar pel metge de capçalera, doncs el copagament és més alt, no gastes tant com gastaries si abans d'anar a l'especialista passares pel metge de capçalera. S'entén la jugada aquesta?

Llavors, perquè no es preocupen del cost? Ordenen amb efectivitat relativa i no es preocupen tant del cost, perquè part d'aquest cost el centrifuguen a la butxaca de l'usuari. No va al seu pressupost, no va a la seua prima, va a la butxaca de l'usuari. Llavors, què passa en aquests sistemes? Normalment són més cars en termes de despesa social, perquè allò que tu pagues addicional en la mesura que tu poses un euro l'estat hi posa un euro, una deducció fiscal també és una forma de copagament, tu primer pagues i després recuperes una part, en la mesura que l'estat t'acompanya amb aquestes decisions que tu prens, dins d'un ventall de coses que són efectives però d'un cost que considera algú, el NICE, el parlament que no hi ha posat prou diners, és inassumible.

Ja veuen ací per on vaig, ens toca decidir, el que no pot ser és jugar a l'assegurament social i no posar copagaments. No podem tenir un catàleg de prestacions més generós que el que té Gran Bretanya, quan Espanya és més pobre que Gran Bretanya, no té sentit. No poden tenir un vademècum quasi doble que el que té Dinamarca, sent un país més pobre que Dinamarca. El sistema nostre per a que siga solvent ha de decidir en quina lliga vol jugar.

Llavors, això ja ho deixe a l'apreciació de tots vostès, que al cap i a la fi la recull després del polític quan decidirà amb alguna norma, cap a on té que evolucionar el nostre sistema públic. Ací no hi ha cap privatització. Pensem sempre que el que fa el NICE, el que fa el NHS és que el que queda fora és un copagament del 100%, són coses que són efectives i que el sistema diu que no pot finançar. No les prohibeix, no les acompanya, no les tutela, és en el teu criteri gastar-t'ho de la teua butxaca. L'altre que ens sembla més dur, més privatitzador, jo a vegades no estic segur que siga més privatitzador, però clar l'estat diu, seria bo perquè

és efectiu però no te ho puc pagar, en la mesura que tu hi poses un euro jo n'hi pose un altre. En realitat t'acompanya, et tutela,... M'explique? Per tant, alerta amb desqualificacions fàcils, perquè en aquestes coses se'ls hi ha de mirar les panxes. Val, per tant aquesta és un poc la primera de les transparències.

La segona és quan tinguem aquesta decisió macro, presa, de fenotip del com ha de ser el sistema de salut, com açò ho aterrem en el nivell entremig, en el nivell organitzatiu. Li diem meso. De la macro a la meso. I de la meso, jo la única transparència que els hi vull posar, perquè ací hi ha molta literatura, quasi bé els hi diria de quiosc d'aeroport,. De tota aquesta literatura hi ha una idea que em sembla molt robusta que és: faces el que faces quan aterres el que és la decisió macro, ho has de fer amb coherència.

Una organització és el resultat de posar en conjunció quatre sistemes (la literatura em diu administratius) quatre pilars de tota organització. La primera és el de la missió de l'organització que és el que diuen les escoles de negoci. Quina és la missió? Quin és l'objectiu? On està el DPO?

L'altre és un sistema d'informació que té a vore amb el sistema de planificació i que serveix per a retroalimentar l'evidència del que serà el sistema de control, corregint les desviacions o incorporant-les retroalimentant el sistema de planificació que és allò que els hi deia. Avaluació vol dir aprendre, vol dir mirar per rectificar, no "por mis narices" i quan rectifiques hi ha algunes coses que s'han de corregir i altres que han de retroalimentar el sistema de planificació.

Finalment has de tenir un sistema de finançament que incentive a que aquestos quatre pilars es resolguen amb coherència. A partir d'ací els podria fer molts acudits de com funcionen les coses en moltes de les nostres organitzacions. Un sistema de planificació que en el millor dels casos et diu quatre idees de com està la salut de la teua comarca, en el millor dels casos que han fet els rondinaires de la salut pública i l'epidemiologia. Un sistema d'informació que està molt desenvolupat amb l'ICD9, amb l'ICD10, amb les modificacions clíniques pertinents però que després no ens aclarim encara massa que és una primera visita, la primària i que és una successiva i que en qualsevol cas, el

l·ligam entre un sistema d'informació d'activitat existencial i un sistema de planificació definit en termes de salut poblacional, aquest l·ligam que jo sàpiga encara no està inventat, com passar d'activitat existencial a efectes sobre salut poblacional, com passar de GDR's, per dir-ho així, amb els problemes de la tuberculosi dels immigrants recent vinguts.

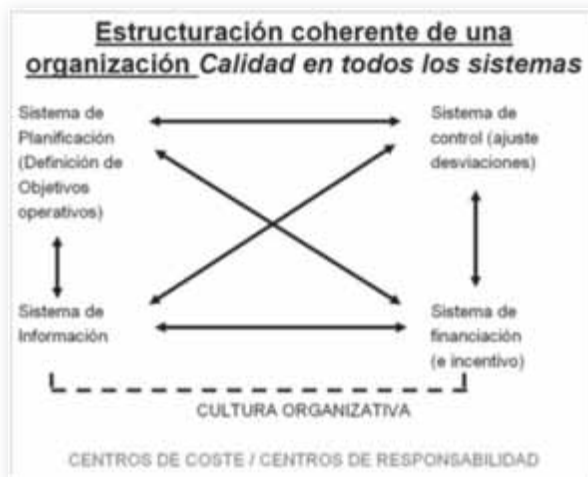
I un sistema de control que el coneixem molt de tant en tant, per algun escàndol que surt a la premsa i que te a vore a que un hospital ha comprat els fungibles a 2.43 i l'altre els ha comprat a 2.54 i açò és el que moltes vegades ix en el tribunal de comptes quan ix el tema de sanitat i algú que sols fa multiplicacions diu: "si tothom hagués comprat a 2.43 i no a 2.54 ens haguèrem estalviat tant". Com deia molt be un president de l'Insalut que es deia Eduardo Arrojó: "¿Cuánto me cuesta una escoba? En el sistema del Insalut no lo sé, depende de quién compra, cómo compra y cuánto tarde en pagarlo." Per tant, que vol dir analitzar costos d'inputs de "cuánto cuesta una escoba o cuánto cuesta una jeringuilla" que no lliga amb el que és el cost per GDR, que continua sense comptabilitat analítica i que no lliga amb cap cas amb la salut poblacional.

I després, ja no cal dir que un sistema de finançament amb el millor dels casos tenim allò de l'any passat. Abans dèiem i un 3% i ara tenim un 3% menys, un sistema de finançament de tipus decrementalista. Per tant açò és una organització mal estructurada, per tant les feines que s'han de fer amb la meso gestió són també de sentit comú.

La idea de la cultura organitzativa té també una certa gràcia perquè aquest edifici de quatre pilars es pot assentar amb barana dèbil o es pot assentar amb ciment pedra i açò és el que el fa fort. La cultura organitzativa com diuen la gent d'escoles de negoci, és tot allò que no es pot escriure en els contractes i és el que dóna, amb el dubte, el que és normal que faça l'organització i si l'organització no cobreix aquesta cultura el que fa és mirar al líder. Al líder és el que en situació d'incertesa ha decidit enregistrar més encerts que errors.

Per tant, fixem-nos també açò que vol dir cultura organitzativa en una organització pública, que la gent, els gestors no

s'atreveixen a decidir per por de que totes les bufes que els hi caiguen als polítics se'ls allibere carregant-se-les ells. Una cultura adversa al risc. Això són cultures molt dèbils.



Açò és el que s'ha de fer (en el meu entendre, òbviament). Són dues prescripcions. La primera la de la macro és política, aquesta meso és més tècnica si es vol, més de gestió i tot açò s'ha de fer, com poden pensar, amb una involucració de la gestió clínica, dels professionals que es sentin còmodes amb aquests escenaris macro i meso que he ajudat a perfilar amb la paciència de tots vostès al llarg d'aquest temps.

Moltes gràcies.