

**El País**

**28/12/2010**

## **La sanidad pública para el jefe de la patronal**

**MAIOL ROGER** - *Barcelona* - 28/12/2010

El nuevo Gobierno catalán tomará mañana posesión del cargo después de que hoy Artur Mas confirme oficialmente cada uno de sus consejeros. Es un equipo poco paritario - sólo tres mujeres y ocho hombres- y abierto a los independientes: en el Gobierno de los mejores, Mas ha hecho hueco para cuatro y para un militante del PSC, Ferran Mascarell; mientras que cuatro consejeros son de Convergència y dos de Unió.

De gestor de la patronal hospitalaria a consejero de Salud del Gobierno de Artur Mas. Este es el viaje que emprenderá Boi Ruiz, de 56 años, el hombre al que el nuevo presidente ha elegido para pilotar la sanidad catalana los próximos cuatro años. Doctor en medicina y cirugía por la Universidad de Barcelona y diplomado en gestión hospitalaria por la Escuela de Alta Dirección y Administración de Barcelona, Ruiz fue director general de la Unión Catalana de Hospitales en 1994 y ascendió a presidente de esta asociación, que agrupa a unas 100 entidades del sector sanitario concertado, en 2007. También es vocal de la junta directiva de Fomento del Trabajo.

Como gestor, Ruiz ha tendido siempre hacia el sector privado, siendo partidario de recortar costes cobrando al paciente. "Es imposible mantener tantos servicios sin coste", apuntó Ruiz en 2008, cuando aseguró que el actual sistema sanitario era "insostenible". El nuevo consejero de Salud defiende pagar por ciertos servicios complementarios al tratamiento médico: por ejemplo, facturar el menú que toman los enfermos en los hospitales, gravar los medicamentos que se entregan gratuitamente en los centros hospitalarios o cobrar el transporte. También ha planteado aplicar tasas a los pacientes en función de la renta.

Fuentes conocedoras del sector sanitario destacan su capacidad de diálogo y de generar consensos. Conoce muy bien un sector en el que, según las mismas fuentes, es muy apreciada su capacidad de trabajo. Ruiz ha pensado, discutido y analizado las mejoras que le hacen falta al sistema sanitario, y ha asesorado a su antecesora, Marina Geli. Sin ir más lejos, formaba parte del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.

La Vanguardia

12/01/2011

## **Boi Ruiz: "Los médicos cobrarán por sus resultados más que por su estatus"**

**La sanidad sufre como todos la merma de ingresos: menos actividad económica, menos entrada, presupuesto más bajo. Esa es la regla de tres del año y del nuevo conseller de Salut, Boi Ruiz**

Salud | 12/01/2011 - 02:14h

### **La visión desde fuera de la Seguridad Social**

Médico, ex sindicalista, gerente de pequeños hospitales, fue hasta hace unos días presidente de la Unió, la principal asociación de centros sanitarios privados que conciertan sus servicios con la sanidad pública. El conseller de Salut, Boi Ruiz, 56 años, se propone que el sistema sobreviva sin que pague más el usuario. A pesar de las propuestas de gestión que ha defendido en los últimos años para mejorar la situación sanitaria, a pesar de lo que enseña a sus alumnos en el máster de gestión, ahora apuesta por estudiar el panorama antes de actuar y ni siquiera da por cerrado el déficit. El conseller avisa de que hay que tomar medidas ya, pero que no se notarán por ahora. Busca entre sus apoyos el del Col·legi de Metges, sin el cual no podrá ejecutar algunos de sus planes.

[Susana Quadrado](#) , [Ana Macpherson](#)

La sanidad sufre como todos la merma de ingresos: menos actividad económica, menos entrada, presupuesto más bajo. Esa es la regla de tres del año y del [nuevo conseller de Salut, Boi Ruiz](#), un independiente en el Gobierno de Convergència i Unió que desde su anterior puesto en la presidencia de la patronal de la sanidad concertada se desgañitó proponiendo soluciones, algunas que ahora no puede ni plantear.

#### **¿Habrá dinero para pagar el año?**

Lo primero es saber dónde estamos. La auditoría que se ha anunciado pretende saber al detalle la situación, porque el déficit calculado es dos veces el presupuesto del Barça. Cuatro millones arriba o cuatro abajo son importantes.

#### **¿Y mientras qué harán?**

Adelgazar de manera notable la estructura administrativa, predicar con el ejemplo antes de pedirles lo mismo a los proveedores. Por ejemplo, vamos a mancomunar servicios.

En el departamento, por ejemplo, hay una estructura triplicada, y quizá no haga falta en estos tiempos.

### **¿Eso no es el chocolate del loro?**

No, no lo es. Aún no tenemos capacidad de introducir cambios, pero hay que hacerlos. Los efectos de esos cambios sólo serán visibles a medio y largo plazo. Por eso hay que tomar medidas ahora, lo antes posible.

### **¿En qué consistirán esos cambios?**

El planteamiento es la reorganización de la cartera de servicios, no de las prestaciones. El usuario no debería notar la crisis en cuanto a los servicios que recibe, sino quizá en dónde los recibe. Para un mismo servicio tendrá que desplazarse a otro hospital que no sea el que está al lado de casa.

### **¿Por qué?**

Porque hemos llegado probablemente al límite en la expansión del sistema y tenemos que conseguir que los servicios sean todos eficientes, que tengan masa crítica, un volumen mínimo, para dar correctamente esa prestación. Y eso supondrá a veces desplazarse un poco más lejos. Intentamos que todas las regiones sean autosuficientes, salvo en el nivel terciario, como es el caso de los trasplantes o la cirugía cardiovascular. Todas tendrán el mismo nivel de resolución, pero se tendrán que organizar y hacer alianzas estratégicas para no duplicar servicios y mantener la calidad y la equidad.

### **¿Hay demasiados hospitales y ambulatorios?**

Estamos en el límite, insisto. Ahora hay que invertir algunas prioridades en la asistencia. Por ejemplo, hay que procurar que se tenga cuanto antes el diagnóstico, porque eso sí que preocupa al paciente y no tanto la fecha en la que le operarán el juanete.

### **¿Se han planteado reducir prestaciones?**

No se tocan, repito. La solución está dentro del propio sistema.

### **¿Algunas medidas más concretas?**

Ha de cambiar el modelo organizativo: los hospitales no pueden ser una caja cerrada donde el conocimiento sólo circula internamente. Han de estar comunicados, por eso hay que avanzar en la historia clínica compartida, que habrá que simplificar. Toda la red de utilización pública tiene que estar en ello.

### **¿Eso permitirá sortear la crisis?**

Las medidas estructurales y organizativas que proponemos paliarán la situación y permitirán mantener servicios y calidad.

### **¿Qué logrará que los médicos se corresponsabilicen con los planes de contención?**

Pediremos sacrificios, pero serán incentivados, también a los médicos y al resto del personal. Nadie hace nada a cambio de nada. Aquellos que se comprometan a trabajar en ese cambio del modelo organizativo tienen que obtener un beneficio, sean médicos o sean gestores.

### **¿Se pagarán mejor las guardias si hacen más?**

Tenemos que estudiar cuáles serán esos incentivos.

### **¿Habrá recortes de plantilla?**

No habrá pérdida de puestos de trabajo, sino quizá de sustituciones. Rebajaremos el coste laboral. Tenemos que impedir que haya servicios con masa crítica ineficiente. Y reducir metros cuadrados. Es un cierto paso atrás para tomar impulso. Y necesitamos la implicación de los ciudadanos.

### **¿Cómo conseguirá esa implicación?**

Empezando por informar al paciente del coste de su asistencia, incluso la de la consulta externa, el precio de su tac, su medicación... El usuario debe saber qué le damos por los mil doscientos euros que paga al año. Debe saber que cuando consume mucho más, está tomándolo de la póliza de otro.

### **¿Qué espera del ciudadano dándole a conocer la factura?**

Que tenga cuidado de su propia salud. Y, sobre todo, que empiece a cambiar de actitud ante el sistema. Pero para eso tenemos que contar con los profesionales. El ciudadano exige ahora que, como se le hace una resonancia a Messi, por qué no a él. Alguien tiene que matizar ese nivel de exigencia.

Antes la gente creía en el médico cuando daba un diagnóstico tocándole la barriga. Ahora todo el mundo reclama un prueba de imagen para creer en lo que dice el médico. La demanda ha cambiado, pero hay que revertirla entre todos y devolver el respeto a la profesión médica.

### **¿También se apoyará en la enfermería?**

Por supuesto. No se trata de que nadie haga funciones sustitutivas. Pero hay un terreno de nadie en el seguimiento de enfermos que debería cubrir la enfermería. Hay que borrar definitivamente la imagen de la enfermera como una señora que hace recetas.

### **Un sector médico pide poder jubilarse más tarde, hasta los 70 sobre todo en las especialidades donde faltan profesionales.**

Con la escasez que sufrimos, no podemos permitirnos el lujo de prescindir de especialistas si ellos quieren y si están en condiciones para continuar. Aunque habrá que evaluar sus capacidades.

### **¿Quién lo hará?**

Vamos a plantearlo al Col·legi de Metges. No sabemos el volumen de ese deseo, pero estamos dispuestos a aceptarlo, aunque sea a tiempo parcial. Piense que cada puesto de guardia requiere cinco médicos. Nuestros médicos se quejan de que cobran menos que en otras comunidades, y es cierto en la parte fija, pero no en la variable.

### **Una de las propuestas que se reclaman para salvarse de la crisis es la transparencia en la gestión, en el gasto, en la evaluación de prestaciones. ¿Cómo se concreta esa idea?**

Vamos a poner en marcha en el plazo más breve posible una central de resultados. Lo haremos a través de la Agència de Qualitat i Desenvolupament Professional en Salut. Esta agencia tendrá tres funciones: rendir cuentas del sistema público, centro a centro; evaluar y decidir qué prestaciones se incorporan; y el desarrollo profesional.

### **¿El desarrollo profesional?**

Habría una agencia de acreditación que determinará quién es cinturón negro y quién naranja y esa acreditación debería influir en el modelo retributivo. No todos los médicos cobrarán igual por ser lo que son, sino por lo que hacen y cómo lo hacen, por los resultados. No se tratará de decir yo valgo tanto porque soy jefe de servicio, sino porque soy cinturón negro. Y esa acreditación irá con el profesional vaya donde vaya.

### **¿Quién acreditará el color del cinturón?**

Los propios profesionales, no los empleadores, lógicamente. Estamos hablándolo con el Col·legi de Metges. También tenemos que dejar de valorar los centros sanitarios por su número de camas o de aparatos de alta tecnología. Tendrán que mostrar sus resultados.

**El 24 por ciento de la población tiene una mutua privada.**

**¿Para cuándo el Govern aplicará la desgravación que usted ya ha propuesto?**

Dentro de esta legislatura.

## **"Si no mejora la economía, el sistema será insostenible"**

**Antes de ser conseller usted había defendido diversas fórmulas de copago. Ahora las descarta todas.**

No he utilizado nunca la palabra copago. Copago es pagar a medias la atención sanitaria o en proporciones diferentes entre el usuario. En cualquier caso, no he hablado nunca de copago, sino de corresponsabilización con la deuda.

**Un eufemismo...**

No. Lo que defendía hace diez años es que, antes de hablar de copago, tendríamos que ver qué prestaciones no son estrictamente sanitarias, como los menús del hospital. ¿Verdad que nadie cuestiona que un niño de una escuela pública pague el comedor? Planteé más medidas de ajuste o que la coparticipación farmacéutica pasara del 40% al 45%, según los informes Abril Martorell o Vilardell.

**La cantinela de que hay que reformar el sistema sanitario es vieja, pero nadie ha hecho nada.**

Hasta ahora siempre acababa llegando dinero al sistema, que acababa mostrando su elasticidad, y es cierto, no se adoptaba ninguna medida. De esas aguas, estos lodos. Si hubiéramos tomado esas medidas en tiempos de bonanza, no nos encontraríamos en la situación actual. Estaríamos mal, pero no tan mal. Ahora, con la actual tasa de paro, con empresas que cierran, no es el momento de que el ciudadano pague por los servicios sanitarios.

Tendría que haberse hecho cuando la gente se hipotecaba hasta las cejas, se compraba un coche de alta gama y dos pisos. Una medida así no repercutirá nunca sobre el que puede pagar, que ya paga una póliza privada.

**¿Ha habido derroche en la sanidad catalana?**

Se ha gastado lo que se tenía que gastar. El problema es que ahora han bajado los ingresos de la Generalitat. Las medidas organizativas y estructurales nos permitirán

sobrevivir, pero no mantener el nivel de gasto. Si no mejora la economía del país, el sistema será insostenible.

**El Periódico de Catalunya**

**Dimarts, 28 de desembre –**

## **BOI RUIZ: GESTIÓ PRIVADA DE LA COSA PÚBLICA**

L'essència del pensament del nou conseller de Salut coincideix amb l'argument que ha exposat Artur Mas a l'al·ludir el seu model d'assistència sanitària. Defensa global, com a concepte i filosofia social, de la sanitat pública vigent a Catalunya, sumant-hi de manera decidida la intervenció del sector privat, la xarxa de centres que es nodreixen de les companyies asseguradores.

Boi Ruiz (Barcelona, 1954), metge i gestor hospitalari format a EADA, ha exercit més de gestor que de clínic. Home dialogant i profundament coneixedor del sector, ha presidit, fins avui, la Unió Catalana d'Hospitals (UCH), que reuneix 105 entitats sanitàries, entre les quals hi ha 49 hospitals que concerten la seva assistència amb la Generalitat (com ara el Clínic i el Sant Pau) i els 20 únics centres d'assistència primària (CAP) gestionats per societats mèdiques concertades. Aquest model -gestió privada/assistència i finançament públics- pot créixer ara. Ruiz ha reiterat que és **«imprescindible i inajornable»** buscar fórmules que garanteixin la continuïtat d'un sistema **«de qualitat, accessible i universal»**. No ha renegat mai del copagament sanitari, que considera **«una mesura més, amb els seus pros i els seus contres»**.