

Profesión

Tribuna. Cataluña y el capital humano

Para atender la demanda de los pacientes con una buena, rápida y cercana atención sanitaria, hace falta que la Administración regional entienda que la clave está en solventar la compleja situación de los médicos y motivar la calidad de su labor con una política eficaz de recursos humanos.

Boi Ruiz García. Director General de la Unión Catalana de Hospitales

Una nueva legislatura ha iniciado su andadura en Cataluña. En el ámbito de la salud, por mucho que lo queramos complicar, al final todos esperamos que cuando precisemos de atención sanitaria se nos atienda por este orden: bien, rápido y cerca de casa.

Para ello, el principal reto al que se enfrenta la sanidad es solventar la compleja situación en la que se encuentran sus profesionales, tanto médicos como enfermeras. En este artículo me referiré a los primeros sin pretender menoscabar la labor de los segundos.

Como primer problema acuciante aparece la falta de médicos para cubrir las necesidades de la estructura de dispositivos sanitarios.

Este hecho, del que todos, sin excepción, nos debemos reconocer culpables, se agrava por la necesidad de abrir nuevos centros, reducir el horario laboral de los médicos y su dedicación a las guardias. El médico, como cualquier otro trabajador, tiene derecho a compaginar su tarea profesional con su vida privada. Tiempo atrás, la obsesión general por considerar como problema mayor y permanente la financiación de la sanidad nos impidió ver más allá. Entonces olvidamos que cualquier proyecto, y también los sanitarios, requieren, además de recursos económicos, de otros como los físicos, tecnológicos y humanos, todos debidamente conjugados para llevarlos a cabo. Es lo que llamamos organización.

Parece pues imprescindible proponer entre todos, más que seguir pensando, soluciones de efecto a corto plazo: reorganización de la cartera de servicios e importación de profesionales; a medio plazo, un plan sostenible de crecimiento estructural, y a largo plazo, un incremento de alumnos en las facultades y la ampliación de las plazas de formación de postgrado vinculadas a un plan que contemple necesidades y disponibilidad de médicos, sin olvidar la demografía.

Pero más allá del efecto de la insuficiencia de recursos humanos-médicos para cubrir ampliaciones de plantilla, vacantes y jubilaciones, o las necesarias para poner en marcha nuevos dispositivos, la falta de profesionales ha relegado de forma notable la meritocracia como valor para el acceso al puesto de trabajo, la promoción y la progresión en los centros sanitarios. De todo esto hay poca conciencia.

Por un lado, la presión asistencial y la pérdida del valor del mérito en el mercado de trabajo llevan al médico a una única posición: la del descontento como colectivo. Pero ese descontento colectivo, expresado normalmente desde la legitimidad de las propuestas sindicales, tiene diferentes y ricos matices. Éstos, cuando se abordan de manera individual, van desde las relaciones con los gestores, el poder de otros colectivos en las organizaciones, la incapacidad de influir en la organización de unas tareas diarias, el trato discriminatorio por parte de la dirección del servicio entre unos facultativos y otros, el poco apoyo de los jefes inmediatos, la desproporción entre el esfuerzo formativo permanente y su reconocimiento, etc. Por otro, no es

de extrañar que, aparcada inconscientemente la meritocracia sana por todos, surjan planteamientos igualitaristas. Estos planteamientos que difunden los representantes sindicales en forma de modelos retributivos no variables siempre resultan insuficientes y poco satisfactorios para el médico, pues no dan respuesta a todo lo anterior

Ya hace tiempo que acuñamos de forma algo lapidaria que la política retributiva de los médicos debería responder primero a una retribución fija, por ser lo que uno es; otra fija variable, porque haces con lo que eres; y otra variable, por cuánto y cómo haces lo que haces con lo que eres. Este último aspecto es el que nos atreveríamos a situar en el campo del mérito. Y no es difícil encontrar respuesta práctica, a no ser que desde un principio lo abordemos desde la cantidad concreta a percibir por cada cuestión, aunque ésta sea la mayor.

Esperamos que el Consejo de la Profesión Médica de Cataluña encuentre la respuesta que nos permita abordar la negociación colectiva sobre un modelo retributivo claro, aquello que debe tener garantizado cada médico sin más límites por encima de esa garantía que el de su libre disponibilidad y sus resultados. Hay que pasar de hacer horas a emplear horas en las tareas.

Permítanme de todos modos considerar insuficiente como solución lo expuesto con anterioridad, pues sólo obedece a ver al facultativo como capital de trabajo con derecho y obligaciones individuales en las organizaciones sanitarias. Siendo imprescindible esta catalogación, habría que ampliar horizontes y admitir obligaciones y derechos colectivos, introduciendo el concepto de capital de conocimiento como elemento singular de las organizaciones sanitarias, y recuperar así la clásica concepción de burocracia profesional definida por Henry Mitzberg. Es en función de reconocer ese capital conocimiento, que junto al capital de la propiedad y el capital trabajo hacen posible la existencia de la organización sanitaria, que puede concretarse el derecho y la obligación de participar en la gestión estratégica y operativa de las diferentes organizaciones, asumiendo las consecuencias. Tan sólo bajo el marco legal vigente de representar al capital trabajo, que también toca, puede asumirse la solución individual a aspectos de las necesidades personales identificadas por Maslow en su pirámide: autoestima y autorealización, principalmente. Todo ello es posible sólo en un marco de autonomía de gestión de los centros.

Medir el conocimiento

Pero más allá de la concepción abstracta de capital conocimiento es necesario poder medirlo. Para ello, debe desarrollarse, en el marco de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), una carrera profesional voluntaria que sea acreditada y certificada por una entidad ajena al que emplea, con los niveles y varas de medir oportunos y adecuados, porque no tenemos -a excepción de los resultados- ningún elemento que permita jerarquizar los centros sanitarios por su capital conocimiento. Pero además, va a introducir de nuevo la meritocracia sana como motor para trasladar esa carrera profesional individual al reconocimiento laboral mediante el modelo retributivo, permitiendo la discriminación positiva de los mejores. Esa acreditación profesional ad personam permitiría a los médicos presentarnos en sociedad y hacer valer el prestigio social más allá de las actuaciones clínicas.

Resolver el déficit de facultativos, su modelo retributivo y su carrera profesional es la prioridad de actuación que creemos imprescindible para esta legislatura y las próximas, por delante de cualquier otra, pues siendo importantes, serán inalcanzables o irrealizables sin tener la cuestión médica resuelta. Todo esto debe ir acompañado de una nueva relación entre gestores y médicos, desde el reconocimiento mutuo. Y no nos debe valer pedirle siempre a la Administración que lo resuelva. Debemos aprender de los errores y de las despreocupaciones de unos y otros, porque si todos persistimos en las mismas actuaciones obtendremos el mismo resultado.