
Una visión autonómica

José Andrés Blasco Altuna

Director de Recursos Humanos. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Agradezco a la Revista de Administración Sanitaria la oportunidad que me brinda de ofrecer mi visión personal de la situación actual del Sistema Nacional de Salud, visión que es fruto de una reflexión realizada desde un observatorio privilegiado, la Dirección de Recursos Humanos de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Visión cualificada no por mis conocimientos personales, debo confesarlo, sino fundamentalmente por el hecho de estar sometido en este puesto que actualmente desempeño a las presiones de la gestión de los recursos humanos en una organización tan compleja como la sanitaria en un momento sin duda complicado, así como por ser un “extraño” en el mundo de la gestión sanitaria por mi origen profesional, extremo este que me posibilita mantener una cierta capacidad de sorpresa sobre muchas cuestiones que a los profesionales “de la casa” les parecen normales, por habituales e incluso por correctas. Yo diría que en

ocasiones “contaminados” por un espíritu quasi determinista o partiendo de un resignado prejuicio de inevitabilidad sobre ciertos aspectos de nuestro modelo.

Por tanto, voy a permitir alejarme parcialmente de los planteamientos generales de las ponencias presentadas en esta Jornada, exponiendo alguna de las particulares “sorpresa” que aún consigo que me produzca el día a día de la organización sanitaria pública, todo ello desde una óptica no académica, sino pretendiendo aportar una visión eminentemente práctica y con expresa voluntad de polemizar y generar debate, única vía que considero factible para poder alcanzar mejoras en cualquier organización.

Es cierto que los últimos tiempos están resultando un tanto convulsos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Esta situación es el resultado de la coincidencia de múltiples factores en el espacio temporal y que

llevan a diversos agentes participantes del mismo a responsabilizar de tal situación al modelo territorial de gestión recientemente puesto en marcha en el Estado, una vez transferida la gestión de los medios sanitarios públicos a la totalidad de las Comunidades Autónomas.

Así, en diversos foros se está alimentando una sensación de desintegración del Sistema Nacional de Salud, puesto en marcha hace muy pocos años en nuestro país y de un alto nivel de aprecio por los ciudadanos. Amenaza de desintegración, de ruptura de la equidad y de desigualdades territoriales. La situación se simplifica afirmando que el problema estriba en la pluralidad y diversidad de responsables de la gestión del sistema público sanitario. Así expuesto el diagnóstico, resulta fácil el planteamiento de la solución: centralizar su gestión. El “problema” para implantar esta pretendida solución es que la estructura autonómica del Estado no tiene vuelta atrás, por lo que habrá que adoptar medidas que limiten la capacidad de gestión de las Comunidades Autónomas. Todo ello para alcanzar el objetivo de mantener la cohesión y la equidad en un ámbito de enorme trascendencia social para

los ciudadanos, y de una especial sensibilidad política. Ahora, la palabra mágica es “coordinación”.

Bajo un pretendido sentido de globalidad cohesionadora, algunas voces optan por reconsiderar el modelo autonómico, el actual modelo descentralizado de gestión sanitaria. El vigente modelo francamente puede resultar complicado por la pluralidad de agentes —no sólo de la gestión— que participan en el mismo. Pero no podemos olvidar que esa complejidad responde a la pluralidad y diversidad de nuestra propia sociedad y del modelo que nos hemos dado.

A lo largo de los últimos años y en esta jornada venimos escuchando diversas opiniones en un sentido y en otro.

La experiencia de gestión autonómica de la Sanidad Pública en Euskadi —desconozco otros ámbitos territoriales para poder opinar en condiciones, pero me aventuraría a asegurar que no divergirán de nuestra situación— ha resultado francamente positiva, alcanzando unas cotas no ya sólo de calidad en la prestación de los servicios sanitarios, sino también, como no podría ser de otra manera, un altísimo nivel de aprecio entre los ciudadanos.

Este año Osakidetza cumple 25 años de existencia, y ya son casi 20 desde la transferencia de los medios materiales y personales del INSALUD.

Desde esta experiencia, desde luego no podemos sino mantener una opinión absolutamente favorable a la gestión de la Sanidad Pública desde el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma. Asumiendo tanto sus aspectos positivos, como por supuesto también los negativos de la responsabilidad de tal tarea. La gestión desde los poderes públicos vascos ha conseguido mejorar de manera sensible los medios y los resultados de nuestro Sistema Público Sanitario. Por tanto, en este debate debo manifestar mi más rotundo desagrado frente a los planteamientos centralizadores y limitadores de nuestra capacidad de gestión como “solución” a los problemas que actualmente acucian el sistema sanitario público, el Sistema Nacional de Salud.

Pero no podemos llevar este debate al ámbito puramente ideológico. No se trata de dilucidar la tensión entre planteamientos centralistas y autonomistas. No podemos demonizar un modelo territorial para culpabilizarle de los problemas que actual y puntualmente padecemos y bus-

car la solución fácil del “sálvese quien pueda”, mediante el que algunos pretenden volver a un sistema centralizado regulador y gestor. Son soluciones de tiempos pasados. Además, sinceramente creo que en modo alguno solucionaría los problemas que nos acucian.

Precisamos serenidad. Considero imprescindible identificar y diagnosticar la situación, y por tanto los problemas concretos que todos padecemos y sus causas, para de esta manera poder llevar a cabo un debate sosegado y profundo que conduzca a la adopción de las soluciones reales para nuestro sistema. Nos estamos jugando cosas muy importantes: nada menos que la equidad, la eficiencia del sistema y su sostenibilidad. Nada menos que uno de los pilares básicos del sistema del bienestar de nuestra sociedad.

La transferencia de los medios de la sanidad pública a la totalidad de las Comunidades Autónomas ha coincidido en el tiempo, o precisamente quizás haya sido su detonante, con un importante incremento de la demanda, fruto de una notable mejora de los servicios y de las dotaciones materiales y personales del sistema público, que adolecía de una penosa

situación en los años anteriores de gestión centralizada.

Mejoras sensibles también en la gestión de los recursos, ya que la situación anterior también padecía importantes deficiencias en ese campo, posibilitando de esta manera profundos avances, tanto cualitativos como cuantitativos, en la prestación de los servicios sanitarios públicos.

Este notable incremento de las inversiones y de los medios ha causado por su parte un aumento de la demanda de los servicios sanitarios. El incremento de los medios disponibles, además de generar una evidente mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos, retroalimenta una sensible mayor demanda de servicios sanitarios.

Así, nos encontramos ante una auténtica eclosión de los servicios públicos sanitarios, que ha causado una profunda alteración del mercado laboral en el que hasta ahora nos movíamos los gestores de los recursos humanos de la empresa pública sanitaria. Casi repentinamente hemos pasado de gestionar la abundancia, de tener una posición de absoluto dominio en este mercado —a pesar incluso de la rigidez contractual del sistema público—,

a una situación que aunque no alcance la condición absoluta de escasez, sí podemos calificar como de “escasez relativa”.

No obstante, y a pesar de ello, mantenemos el mismo sistema de producción de servicios sanitarios. Nos cuesta asumirlo, pero padecemos un gravísimo problema de rigidez estructural y productiva. Este aspecto es absolutamente relevante, incluso para la propia sostenibilidad de nuestro sistema sanitario público. El cambio de la situación del mercado de trabajo y del escenario de demanda no nos ha llevado a la mínima adaptación del sistema productivo. Por otra parte, la particular característica de endogamia de las profesiones sanitarias, fundamentalmente de la profesión médica, hace que sean escasas las relaciones con otros sectores productivos del entorno, por lo que resulta difícil asimilar o intentar copiar las formas de producción y fundamentalmente de necesidad de permanente adaptación a la realidad cambiante de las empresas y sus procesos productivos.

De esa rigidez se deriva una necesidad desmesurada de crecimiento de medios, de incremento de unos recursos humanos de muy alta cu-

lificación, a pesar de los esfuerzos que los gestores desarrollan —y consiguen— de ajuste de plantillas de los colectivos que aportan un menor valor añadido al proceso asistencial. Los incrementos de producción de los servicios que la sociedad nos requiere deben llevar así incrementos paralelos de medios de manera casi directamente proporcional. Los ámbitos de mejora de nuestra eficiencia —sin duda incrementada los últimos años—, resultan ahora bastante escasos, se van reduciendo paulatinamente aún más y agotamos así nuestra capacidad de aumento de la producción sin incremento directamente proporcional de los medios humanos.

Medios humanos de muy alta cualificación, de un altísimo coste y, sobre todo, cada vez más escasos y exigentes.

Requerimos una seria reflexión que profundice en las necesarias modificaciones y adaptaciones del vigente modelo de gestión y que desate la innovación, tanto en la organización del sector sanitario público como en los sistemas de producción de sus servicios.

Por otra parte, en el ámbito sanitario se produce una clara disociación

y un profundo desajuste entre los ámbitos educativo y laboral. A los serios problemas que causa la limitación de acceso —*numerus clausus*— a las Facultades de Medicina y Escuelas Universitarias de Enfermería, deberemos añadir la progresiva falta de incentivos de los jóvenes de nuestra opulenta sociedad para hacer el esfuerzo de acudir a la Universidad, máxime a afrontar carreras de una complejidad y dificultad notables. A esto habrá que añadir la consideración social de las profesiones, y desde luego la dureza del sistema de trabajo (guardias, noches, trabajo en festivos, etc.). El resultado, ya padecido anteriormente en países de nuestro entorno, es una insuficiente generación de profesionales sanitarios que supla el importante nivel de salida del sistema por agotar el ciclo productivo vital (jubilaciones) esperado para los próximos años.

La formación postgrado distorsiona así mismo el sistema de trabajo y nuestro mercado laboral. Ante esta premura de crecimiento, de demanda creciente de profesionales, la rigidez de la oferta se multiplica aún más por el actual esquema de excesiva compartimentación de las especialidades y subespecialidades

médicas, a lo que debemos añadir la delicada situación que planteará el definitivo despliegue de las especialidades de enfermería, introduciendo unas dosis adicionales de rigidez al mercado laboral sanitario y a los sistemas internos de gestión y de producción de servicios, que sin duda agravarán de forma notable los problemas hasta ahora descritos. Las especialidades reducen los márgenes de elasticidad de la oferta, creando un auténtico panorama de segmentación profesional. Pero nuestro sistema continúa incluso planteando una mayor segmentación, continúa planteando la creación de nuevas especialidades.

La regulación excesiva de nuestro mercado y del desempeño de las profesiones sanitarias (especialidades, formación postgrado) tiene un correcto sentido académico, pero dificulta seriamente la gestión y acabará siendo irreal su planteamiento en la práctica de nuestra sociedad.

No hay duda, no obstante, de que nuestro sistema ha alcanzado un excelente nivel de calidad profesional. Es cierto, pero no podemos correr el riesgo de morir de éxito.

Requerimos fórmulas que manteniendo la calidad profesional flexibi-

lizan la oferta. Sin pretender dar una solución a este grave problema, considero necesario que se lleve a cabo una reflexión sobre el paso del actual modelo de formación como especialización a la formación como capacitación.

Hemos llegado a una situación de regulación del ejercicio profesional en el ámbito sanitario hasta extremos de una exhaustividad y pormenorización que roza el exceso. Qué pensaríamos si se regulara de igual manera el ejercicio de otras profesiones, como por ejemplo la de ingeniero de caminos, arquitecto, etc.

A estos aspectos comentados habría que añadir la dificultad para la movilidad de nuestros profesionales, de nuestros jóvenes, más debido a un sistema de vida que no promueve la movilidad geográfica que desde luego a la estructura autonómica del Estado, mal que a algunos les pese.

¿Cómo han respondido los servicios públicos sanitarios ante esta situación? Pues claramente, como no puede ser de otra manera, atendiendo a las leyes del mercado (ciertamente *sui generis*, pero mercado al fin y al cabo). Con un aumento de los salarios, aumento comedido, no olvidemos las rigideces relativas existen-

tes en esta materia en nuestro sector público, que adolece de una extrema severidad para acomodarse a este tipo de situaciones, y ofreciendo unas condiciones de trabajo insuperables por el sector privado, destacando sobre todas ellas una relación de empleo estable, fijo. Pero el competidor no sólo es el sector privado, que sin duda percibirá los aspectos de esta situación de una manera indudable, sino fundamentalmente el propio sector público, extremo este que ha llevado, junto con las consabidas presiones sindicales, a un escenario de emulación entre las distintas Comunidades Autónomas, fundamentalmente por las que más pueden sufrir la competencia, es decir, las más cercanas. Esta emulación ha generado una situación incrementista en las retribuciones, fundamentalmente del personal facultativo, que en ocasiones ha tenido apariencia de una auténtica espiral inflacionista retributiva, a la que desde luego únicamente se puede poner coto mediante el correcto ejercicio de la responsabilidad financiera por parte de los poderes públicos autonómicos.

Responsabilidad no únicamente respecto de la financiación de las medidas adoptadas, sino, y de manera

muy importante, de asegurar la propia sostenibilidad del sistema público. No podemos olvidar que los costes de explotación deben dedicar una parte importante en el mercado sanitario, fuertemente tecnologizado y sometido a permanentes avances, al apartado de inversiones, que no pueden ser dedicadas al gasto corriente del personal, situación delicada que crecimientos importantes a corto plazo pueden causar. La responsabilidad también debe ser de la atención directa de los compromisos contraídos, es decir, no generar una deuda excesiva con facilidad sintiendo que posteriormente será asumida mediante instrumentos financieros extraordinarios.

No obstante, y permítanme una nota al margen, las diferencias, tanto retributivas como en condiciones generales de trabajo y contratación, son en la realidad de menor entidad a las proclamadas —en muchos casos de forma interesada, no lo olvidemos—. Las condiciones generales resultan bastante similares entre los distintos servicios autonómicos de salud. No magnifiquemos las diferencias. Ante este panorama resulta imprescindible disponer de elementos y mecanismos de información ágil y

veraz que eviten exageraciones tendenciosas en este tema y la tergiversación de la realidad.

Otra medida adoptada por los sistemas de salud a corto plazo para paliar parcialmente el problema de escasez relativa de profesionales ha consistido en la importación masiva de médicos extranjeros. Sin pretender en absoluto calificar la capacitación profesional de tales profesionales, ni plantear la dudosa efectividad a medio y largo plazo de esta medida, y desde luego ni mucho menos tratar de limitar ni eliminar el derecho de los ciudadanos de cualquier país a su libertad de movimientos y de establecimiento, en el marco legal de cada Estado, me parece absolutamente preciso, como cuestión previa, pasar esta decisión por un filtro ético. Estas importaciones masivas de profesionales extranjeros generan una situación de mayor desvalimiento de los países en vías de desarrollo y un castigo para sus ciudadanos que nos debe hacer cuando menos reflexionar. Procede someter este extremo a la conciencia social. Un compromiso ético mínimo nos debería llevar a nuestra rica sociedad del primer mundo a formar médicos en nuestro opulento sistema, incluso financiar su retorno al país

de origen, pero en ningún caso esquilmar los medios más básicos para un desarrollo humano sostenido.

Insisto, debemos reflexionar seriamente sobre este extremo. Nuestra sociedad no se puede permitir esto. Los valores de la democracia, solidaridad y crecimiento humano sostenible deben ser una guía también para nuestra actitud hacia el exterior. Antes deberíamos esforzarnos en al menos intentar modificar parcialmente nuestro sistema de producción sanitaria. No me refiero a la atención, sino simplemente al sistema productivo; es de justicia.

Probablemente en un marco de centralización no se hubieran producido estos problemas. Pero también probablemente el sistema no hubiera tenido la capacidad para responder a las demandas de los ciudadanos, no hubiera asumido el reto de modernización y de atención a la demanda sanitaria de la sociedad.

En esta situación surgen las voces favorables a la centralización, a la limitación de las capacidades gestoras de las Comunidades Autónomas. En ocasiones se hace una llamada a la coordinación de las Comunidades Autónomas para evitar los problemas descritos.

Ante estos planteamientos, en primer lugar deberemos establecer el marco que se plantea, el alcance de esa pretendida “coordinación”; analizar si realmente se trata de una coordinación o de una real limitación de las capacidades autonómicas.

Me van a permitir mostrar mi más radical escepticismo respecto de ese afán coordinador. Nuestra Comunidad Autónoma viene sufriendo un auténtico recorte de las competencias reconocidas en su Estatuto de Autonomía mediante múltiples mecanismos, muchos de ellos con una simple pretensión coordinadora. Por tanto, este repentino frenesí pseudo-coordinador no genera sino desconfianza.

Previamente al planteamiento de cualquier sistema, resulta preciso definir su ámbito, es decir, para qué, con qué alcance, etc. No podemos permitirnos una vuelta atrás en algo que además es profundamente sentido por los ciudadanos. Queremos una buena sanidad pública, y no queremos renunciar a nuestras cotas de autogobierno.

No cabe duda de que será más efectivo afrontar las causas, algunas las hemos descrito, de rigidez de nuestro sistema y de rigidez de la oferta, afrontando con valentía sus causas, que no

intentar paliar los efectos generados por ésta.

El actual esquema administrativo-territorial de reparto de las funciones entre los distintos poderes públicos es otro elemento distorsionador —gravemente distorsionador— de nuestro sistema público sanitario.

Así, las instancias centrales —Ministerio de Sanidad— se reservan las facultades de ordenación general del sector, fundamentalmente en el ámbito de los recursos humanos, sin tener ninguna responsabilidad en su gestión, aspecto que no puede sino crear severas disfunciones. En el ejercicio de tales funciones, en ocasiones se supera la línea de la ordenación general para imponer auténticas obligaciones económicas y de organización a los gestores de lo cotidiano, las Comunidades Autónomas, mediante decisiones que no obedecen a criterios de mejora de la gestión de los sistemas sanitarios, sino que atienden a otro tipo de condicionantes y careciendo de la mínima responsabilidad directa respecto de sus efectos y consecuencias.

Por otra parte, el sector sanitario, los recursos humanos del sector sanitario, se encuentran sometidos a una excesiva regulación legal, dejando un reducido ámbito a la negociación co-

lectiva, mucho más cercana a los problemas reales y auténticos de cualquier empresa.

Mediante instrumentos normativos nada menos que con rango de Ley aprobada por las Cortes Generales, se ha regulado hasta el más pequeño detalle aspectos tales como la carrera profesional, imponiendo no sólo el modelo sino incluso unos plazos concretos de ejecución, etc.

Esta normativización sería difícilmente entendible en cualquier otro sector productivo, fundamentalmente porque impone rigideces de difícil encaje en un sistema moderno de gestión empresarial.

Para mantener algunos aspectos básicos constitucionales, tales como la libre circulación de profesionales, etc., no se precisan semejantes cotas de normativismo. Pero este aspecto no se debe referir exclusivamente a normas del ámbito sanitario. Basté como ejemplo citar el impacto de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, de aplicación directa al personal estatutario de la sanidad pública.

No obstante lo expuesto, podemos estar seguros, y se puede demostrar que las diferencias entre los diversos sistemas autonómicos de salud, en lo

que respecta a la regulación de sus recursos humanos, no son tan grandes como algunos agentes (considero que de forma interesada) mantienen.

Y si no son tan grandes se debe a la lógica y positiva permeabilidad entre los distintos sistemas públicos.

Ahí es donde considero que debemos incidir; en la creación de mecanismos que con poco contenido formal doten al sistema de mucha efectividad práctica. Fundamentalmente foros de encuentro, de conocimiento y puesta en común de situaciones, realidades y experiencias, para poder afrontar los retos superados y sufridos por otros. Foros donde se vaya constituyendo por la vía de hecho una “patronal” capaz de afrontar realidades y negociaciones que respondan a las necesidades cambiantes y diferentes, en un ámbito de leal y positiva colaboración. Sin pretender que nuestras carencias se suplan siempre con mecanismos normativos ejecutados por instancias ajenas, utilizadas en ocasiones como argumento para desviar, e incluso diluir, nuestra propia responsabilidad.

En la práctica ya se realizan acciones de este tipo, de una gran efectividad. Sin formalidad alguna, encuen-

tros de mucho calado y que posibilitan un permanente intercambio de información entre los gestores del mundo sanitario público.

Baste citar una experiencia que considero que está dando frutos positivos, y seguro que resultará de mucha utilidad para los distintos sistemas autonómicos de salud. Me refiero al Observatorio de la Carrera Profesional, recientemente constituido en el seno del Ministerio de Sanidad y Consumo. Sin más pretensión que cumplir el objetivo marcado por la Ley, posibilitar en última instancia la movilidad de los profesionales por los distintos sistemas territoriales con reconocimiento recíproco de los niveles alcanzados de carrera profesional, ya está dando los primeros pasos en este sentido. Pero además se constituye como un foro de encuentro y de puesta en común de los diversos sistemas, extremo que sin duda redundará en una mejor posición de todos y cada uno de los servicios autonómicos para, aprendiendo de las experiencias de los demás, poder aprovechar las positivas y evitar cometer los errores en que otros hayan podido incurrir con anterioridad.

Un ejemplo para el camino a diseñar de cara al futuro.

Futuro para el que debemos asumir que “el problema” no es la estructura territorial. Más bien al contrario, este modelo territorial ha dado resultados francamente positivos.

La causa del mal que padecemos estriba fundamentalmente en la situación de rigidez de nuestro mercado laboral de profesionales sanitarios y de nuestro actual sistema de producción de servicios, así como en el excesivo reglamentarismo y compartimentalización del ejercicio de las profesiones sanitarias, todo ello aderezado y servido en un escenario de repentino crecimiento de las prestaciones y de la demanda de servicios sanitarios por los ciudadanos.

En un sistema sanitario de un alto nivel de calidad, fundamentalmente basado en el excelente nivel de sus profesionales, y que constituye una de las garantías básicas de la igualdad de los ciudadanos y de la equidad en un marco de universalidad y accesibilidad realmente enviable en todo el mundo. No lo olvidemos.

A nosotros nos corresponde alcanzar el equilibrio que asegure su sostenibilidad futura.