

PERSPECTIVAS

BUSCANDO DESESPERADAMENTE.....UN PROFESIONAL MÉDICO

Felipe Ojeda

La situación actual del mercado laboral en las especialidades médicas, y especialmente en algunas de ellas es tan cerrado, que la frase del título resume adecuadamente el punto en que nos encontramos.

Diversos factores han influido en la contracción de ese mercado.

PLANIFICACIÓN INCORRECTA DE LAS NECESIDADES

La limitación en la entrada a las facultades de medicina iniciada en los años 80 para reducir el impacto de varias promociones numerosas de médicos y el posterior filtro parcial del MIR, y digo parcial ya que se “abrió el grifo” en el lamentable tema de los médicos que conociendo la vía correcta de formación especializada prefirió la reivindicación de vías espúreas con el aval cómplice de muchos jefes de servicio, directores médicos y autoridades sanitarias (¡se imaginan un notario o un registrador sin título oficial, que ejerciera de tal por estar en un despacho de notario unos años!).

La reducción se obtuvo y el crecimiento progresivo en el número de plazas para la formación especializada ha hecho posible que la mayoría de médicos tengan acceso a una especialidad.

La imprevisión, aunque se conocía desde hace tiempo las necesidades sanitarias, el dispositivo sanitario y los profesionales ejercientes (su número, sus edades, los años de ejercicio, etc.), es un ejemplo más de la impunidad de la que gozan las autoridades sanitarias.

Malas proyecciones demográficas que unidas a la pasmosa imprevisión en la ola migratoria: demográficamente conocida desde hace tiempo y negada desde los círculos políticos, administrativos y por los asesores que manifestaban comentarios como que “esto aquí no nos afectará” o “quien va a quedarse aquí pudiendo ir a otros países europeos”.

Asesores ensimismados: médicos de prestigio en sus campos, ya saturados de trabajo que repiten su discurso una y otra vez ajenos a la realidad cambiante que los rodea, son los que dominan todos los campos profesionales en la pública y las privadas, las universidades, los consejos de edición de las revistas y cualquier otro campo que les suponía cierta parcela de poder. Todo esto les convierte en presa fácil de las políticas sanitarias administrativas de las que participan y en las que participan.

Políticos en plena actividad electoral:

Promesas e incluso leyes sin la adecuada dotación presupuestaria, inaplicables, apelando a la imaginación de los gestores y los directores médicos para realizar programas que precisan, en muchos casos, inversiones millonarias.

Campañas específicas en problemas de poca repercusión social y muy mediáticos. Verborrea respecto a la importancia de la asistencia primaria sin dotarla ni en términos económicos, ni de recursos humanos, más verborrea sobre la prevención sin los fondos necesarios.

Listas de prioridades en campos como el quirúrgico, que discrimina los problemas de la mujer, pero incluye como prioridad problemas no relacionados con el ámbito laboral de los pacientes.

Mucha disquisición y poca decisión en temas importantes de prevención, única área que ha demostrado impacto en términos de morbi-mortalidad.

Política laboral absurda (los médicos en alpargata): La desmotivadora política igualitaria, que hunde sus raíces en criterios decimonónicos, ha originado una gravísima dejación en la autoridad y en la capacidad de gestión en el ámbito sanitario. La igualación en salarios, persistiendo una clara desigualdad en responsabilidad y protagonismo profesional ocasiona una desmotivación muy severa en el colectivo médico, que ve cercenada su capacidad económica con un increíble aumento de la carga de responsabilidad médica, administrativa e incluso en el ámbito judicial.

El aumento de las demandas judiciales contra actuaciones médicas, la percepción de abandono por parte de las autoridades sanitarias y la pérdida de prestigio, en ocasiones jaleadas desde algunas opciones políticas, son elementos que convergen en la pérdida de autoridad del médico y en la forma más visible de las mismas, en las agresiones físicas a los profesionales sanitarios.

PROMESAS INCUMPLIBLES EN SANIDAD

Durante años y debido a la extrema politización de la sanidad se producen con una periodicidad sospechosa, coincidente con periodos electorales, un bombardeo de promesas sobre las prestaciones sanitarias, tanto en sus características como en la de nuevas prestaciones, en muchos de estos casos se apela a la imaginación de los directivos sanitarios para que el coste sea cero. Lógicamente, el coste cero implica notables dificultades en la realización de las promesas y por tanto un elemento más de desilusión en los posibles beneficiarios de estas nuevas prestaciones y en los médicos a los que se les vuelve a pedir hacer algo más sin medios para hacerlo.

Los presupuestos sanitarios muy debilitados por el peso de la partida uno (la que corresponde a gastos por personal) como en todo el mundo, requieren notables mejoras no sólo para mantener el nivel de calidad percibida actualmente, aunque esté sea bajo, sino para evitar la caída de la misma.

La mejora de las garantías en la práctica sanitaria implica e implicará en un futuro una capacidad de inversión notable en el sistema.

La apelación a la imaginación para solucionar problemas relacionados con la inversión pertenece al imaginario fantasioso de políticos y gestores que piensan que los demás deben solucionar su incapacidad de encontrar los recursos, finalidad básica y fundamental de su labor en el sistema.

CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DEL TRABAJO POR EL PROFESIONAL

MIR y laboralización: La percepción de la formación de especialista como escuela profesional ha ido progresivamente dejando espacio a un proceso de laboralización, en el que predomina la consideración de los aspectos laborales por encima de los profesionales, docentes e investigadores.

Los residentes cuando acaban la especialidad, y en el mercado boyante actual para algunas especialidades, eligen la actividad laboral más cómoda, aunque carezca de prestigio, y no dudan en elegir puestos con menos responsabilidad y menos carga de trabajo que en otros tiempos donde se consideraba adecuado en esta etapa el trabajar lo máximo posible para obtener un buen dominio de la profesión.

Así mismo, como en otros campos educativos ya ha sucedido, parece que decae su responsabilidad en su formación sobre la organización de tal manera que parece que sean los centros los que deban preocuparse de que se formen y no ellos como profesionales que deseen crecer en habilidades clínicas, docentes e investigadoras.

Muchos residentes no son conscientes de que sí cobran durante el programa formativo es por un trabajo que deben realizar y que tanto los docentes como lo profesional se interrelacionan íntimamente. Si sólo estuvieran para formarse, no sólo no cobrarían sino que deberían pagar por la formación especializada que reciben. Si sólo trabajaran no podrían formarse adecuadamente, finalidad principal del programa, por tanto es el equilibrio entre ambos esquemas el que permitiría definir adecuadamente el papel del residente en el sistema sanitario.

CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS:

El boom de profesionales médicos de los años 80 ocasionó un superávit de médicos durante un año que motivaron un desmesurado descenso en los salarios (congelación con tasas de IPC elevadas) y una progresiva “proletarización” de los médicos, en especial en el sector hospitalario. El “numerus clausus” en las facultades y el descenso de la natalidad posterior al boom 60-70, limitó el acceso a la formación médica y en este alegre bamboleo, sin control, que caracteriza a las administraciones sanitarias nos ha llevado a un déficit importante en la mayoría de las especialidades médicas.

La asunción por las administraciones nacionales y autonómicas de las responsabilidades sanitarias ha politizado las necesidades sanitarias creando múltiples dispositivos, en ocasiones absolutamente necesarios y en otros casos guiados sólo por clientelismo político. El gran problema reside en que los dispositivos deben llenarse de profesionales que son los agentes que permiten su funcionamiento, y esto ha ocasionado en ocasiones que grandes polos de atracción para profesionales lleguen a vaciar de profesionales dispositivos menos atractivos, creando, una vez más la sensación habitual de que no existe realmente un proyecto global que defina el dispositivo sanitario eficiente y necesario fuera del ámbito partidista, en nuestro país ni en Europa.

LOCALIZACIÓN Y DESLOCALIZACIÓN:

Aunque durante años ha existido el conocimiento de que en cualquier lugar de Europa el sueldo de un médico superaba notablemente los sueldos en España, durante un montón de años el localismo reinante en nuestra población, que prefiere quedarse en su comunidad de origen, y la limitación idiomática de muchos médicos, ha permitido disponer de alguna reserva de profesionales.

Actualmente la mayoría de los médicos dominan alguna lengua europea, con lo que muchos de ellos prefieren ejercer en Europa en el marco de la libre movilidad de profesionales.

Ante el déficit y de una manera absolutamente ridícula, algunas administraciones, llaman a médicos de otros países a nuestro sistema sanitario, lo que puede ser una buena puerta de entrada para otros países de la Unión. Lamentablemente el proceso de acreditación y convalidación de títulos de médico y especialista no va al ritmo que les gustaría entre otros motivos por la diferencias en los estudios y la profundidad de los mismos dependiendo del país de origen.

Cambios en las condiciones laborales

La proletarización que hemos referido anteriormente, mantiene una relación directa con los criterios emanados del estatuto de los trabajadores y de la estructura sindical mantenida desde la postguerra y la época de la transición basada en sindicalismo de clase y criterios más propios de la era bolchevique. La dejación durante años de los aspectos sindicales en los hospitales en manos de este tipo de sindicalismo, un poco rancio cuando menos, por parte de los médicos es en gran parte responsable de donde nos encontramos en el momento actual.

Los sindicatos médicos luchan en todo el país, como en su tiempo hicieron los sindicatos similares en otros países europeos por poder negociar sus salarios y condiciones laborales con la administración en una mesa específica y no mediatizada por sindicatos que no representan ni tan sólo minoritariamente los derechos de los médicos y en muchos casos mantienen una postura despreciativa hacia los mismos que suele manifestarse en el poco interés durante las negociaciones de los convenios de tratar en profundidad y justicia temas como la jornada o la atención continuada.

Los médicos se han visto sorprendidos por un empeoramiento progresivo y desenfrenado de sus condiciones de trabajo. Un ejemplo representativo lo tendríamos en las guardias, o ahora denominado atención continuada, si se trata de atención continuada debería ser pagada como hora trabajada y con los complementos que correspondiera de nocturnidad y penosidad. Es cierto que hace unos años, ya bastantes, las guardias se basaba en la expectativa de trabajo, pero esto ya no es así, a pesar de lo cual se sigue negando sus características esenciales para no pagar lo que cualquier otro personal en el ámbito sanitario ya estaría cobrando desde hace años.

También resulta muy difícil poder suplementar adecuadamente el sueldo de los médicos cuando las negociaciones en una mesa común siempre acaban con la regla del porcentaje por estamento, presupuesto curiosamente defendido por los llamados sindicatos de clase.

La percepción, en los primeros años de la seguridad social, de que el salario en el hospital era un sueldo complementario, una pequeña compensación por pasar visita en el hospital, sigue muy presente en la administración, lamentablemente esta no es la situación actual ya que la mayoría de los médicos de hospital viven del sueldo del hospital no de la actividad privada. Este paso de profesional liberal que por la mañana o tarde trabaja en la pública a asalariado no ha representado los cambios necesarios en la percepción económica.

Prestigio social

Desde los ámbitos más profesionales se ha manifestado hasta la saciedad la, probablemente irrecuperable, pérdida de prestigio social de la profesión. Esta pérdida de prestigio, dirigida y manipulada en muchas ocasiones desde círculos políticos para desprestigiar a los profesionales que planteaban retos a la administración ha ido socavando la profesión y su carácter de autoridad con lo que ya citamos anteriormente parece que en el caso de los médicos como en otras profesiones como el magisterio, la violencia ha encontrado una vía sino de legitimación al menos de condescendencia social.

El desprecio con el que los media tratan los temas profesionales médicos o las demandas, con la aparición de los nombres y apellidos de los encausados, la condena sistemática previa a juicio que se practica en prensa, radio y televisión en que la opinión de la supuesta víctima es prioritaria y tratada con vehemencia, por que “ya se sabe que seguro que el médico lo hizo mal”, etc. Conlleva a aumentar el desprestigio de la profesión ante el silencio culposo de la administración.

Han existido condenas a médicos por no realizar una prueba que no existía en el momento de atender a su paciente o por que esta se ha retrasado administrativamente, mientras que observamos como nunca se condena, ni tan sólo se procesa a un policía que no ha atendido una llamada de un ciudadano por no disponer de unidades suficientes ni a un juez por el retraso en la tramitación de procesos, por tener poco personal auxiliar.

Sobrecarga de trabajo en las consultas, quirófanos y urgencias.

La sobrecarga de trabajo en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria, la burocratización excesiva del mismo minan sistemáticamente la confianza de los médicos y los ciudadanos en el sistema sanitario.

Esté esta sometido a una sobrecarga, a una tensión tan elevada que es difícil cubrir cualquier necesidad asistencial extra.

Se han creado dispositivos específicos para algunas circunstancias peculiares sean temporales como las epidemias gripales o crónicas como las listas de espera quirúrgica, pero debemos desengañarnos, los profesionales no pueden duplicarse de un día para otro ni se puede operar en más quirófanos de los que se dispone y cuando todo esto esta cubierto al máximo cualquier problema puede ocasionar una debacle. La administración siempre ha confiado, sobre todo en aquellas comunidades que dispone de dispositivos privados, en el posible drenaje a la privada de superávit no asumibles, pero incluso la actividad privada tiene un límite estructural.

La definición realista y no política de una cartera de servicios parece fundamental para asegurar la persistencia del sistema sanitario tal y como lo conocemos, el aumento de la misma sin el presupuesto adecuado y referido a la optimización de procesos y la imaginación de los agentes sanitarios no puede garantizar que el sistema sanitario pueda asumir la atención de una población en aumento constante por la emigración, envejecida y como es lógico con patologías cada día más complejas.

Y, lo más importante, con unos ciudadanos más exigentes y unos políticos que se dejan llevar por la inmediatez de las elecciones en vez de diseñar proyectos a largo plazo que permitan garantizar lo que ahora prometen tan alegremente.

Todo lo anteriormente referido y otras cosas que me dejo en el tintero representan motivos que ha ocasionado el abandono no siempre formal de la profesión de médicos y que poco a poco se convierte en un trabajo poco deseable por sus horarios, por el compromiso, por el riesgo, por tantas cosas que parece que nunca estaría bien pagado y de hecho uno de los grandes retos que tiene la administración es pagar lo suficiente par