

Ignacio Riesgo (Oviedo, 1948) se licenció en Medicina en Madrid y se doctoró en Oviedo. Especializado en anatomía patológica en la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid, bajo la batuta de Horacio Oliva, ejerció como médico de hospital hasta 1983. Los once años siguientes los dedicó al mundo de la gestión. Entre otros cargos, dirigió el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), donde ejecutó la fusión de la Residencia Sanitaria, el Hospital General y el Instituto Nacional de Silicosis en un solo centro sanitario. Desde 1995, se dedica a la consultoría en salud, temática que ha plasmado en varios libros, con un elenco de títulos que crecerá en breve.

— **¿Por qué existe un clima tan conflictivo en la sanidad pública de toda España?**

— España, con la carencia de autonomía de gestión de las instituciones sanitarias públicas, es un caldo de cultivo para los conflictos. La actual huelga médica es expresión visible de un malestar profundo. Como es conocido, el «burnout», que podríamos traducir como desgaste laboral, aparece precisamente cuando crece la presión y se pierde el control sobre el propio trabajo, lo que suele ocurrir en el mundo sanitario. El conflicto médico actual creo que está más en relación con la posibilidad de interlocución que con los temas concretos, como las guardias, etcétera. Los médicos se sienten —y están— marginados en la representación. En la negociación sindical, están en minoría entre varios sindicatos que representan a otras categorías profesionales. Y en cuanto a la negociación de las cuestiones del «profesionalismo», esta simplemente no existe.

— **¿Cuáles son los principales atacadores de la controversia?**

— Sin duda, el Ministerio de Sanidad, al replantearse el Estatuto Marco sin el debido equipamiento ni intelectual ni político para meterse en una discusión tan complicada, aunque bien pertrechado de sectarismo e ideas simplistas...

— **¿Cómo ve la actuación del Ministerio de Sanidad y de los gobiernos autonómicos?**

— Es el Ministerio el que plantea una ley nacional. La valoración de su actuación es, a mi juicio, muy negativa. Tener como dogma el no al Estatuto Médico, cuando existen fórmulas similares en toda Europa, y España es una excepción, sin plantear ni siquiera una alternativa válida, sin negociar suficientemente y permitiendo durante meses, casi con indiferencia, una huelga que está haciendo crecer la ya dilatada lista de espera, es algo totalmente inaceptable. Ahora parece que el Ministerio quiere echar balones fuera y decir que el problema lo resuelvan las comunidades. Celebro que en el último Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud to-

Ignacio Riesgo

MÉDICO, EXGERENTE DEL HUCA Y CONSULTOR SANITARIO

«Meter más dinero a la sanidad, sin modificar la gestión, sería echar más gasolina a un motor gripado»

«No es que los médicos siempre tengan razón, pero no puede haber política sanitaria con un enfrentamiento permanente con ellos»

Oviedo, Pablo Álvarez

das las comunidades, excepto Cataluña, hayan insistido en que el Ministerio tiene que negociar. Me parece especialmente positiva, por su signo político, la posición de Asturias y Castilla-La Mancha, y lamentable la de Cataluña

— **¿Ve usted justificado el profundo malestar de los profesionales sanitarios?**

— Los profesionales sanitarios (los médicos, por supuesto, pero no solo los médicos) tienen los valores del profesionalismo, ese plus moral, que diría Victoria Camps, que tiene que ver con su compromiso con los pacientes, con los colegas y con su perfeccionamiento profesional continuo. Estos temas no son abordados por los sindicatos, que hablan más bien de jornadas, salarios y este tipo de cuestiones (ni siquiera por los sindicatos llamados profesionales, como la CESM o el SATSE). Respeto mucho a los sindicatos como órganos constitucionales y parte sustancial de nuestra democracia, pero en sanidad limitar la interlocución con los profesionales a los sindicatos es un grave error. Debería haber una interlocución al menos tan continua y permanente con la representación profesional, que en nuestro país son los colegios profesionales y las sociedades científicas. Gran parte del malestar está en la ausencia de interlocución en estos temas y con los interlocutores adecuados.

— **¿Cuál es la esencia de la irritación de los médicos?**

— En cualquier sistema sanitario, el médico ocupa un papel central, que viene dado por su capacidad de decisión y responsabilidad: el tiempo que dedicará al paciente, las pruebas diagnósticas, el tratamiento farmacológico o quirúrgico, el ingreso en un hospital o el alta. Por otra parte, la relación médico-enfermo es clave para el funcionamiento humanizado y eficaz del sistema y es la actividad core de cualquier sistema sanitario asistencial. Por eso, la primera fuente de eficiencia es que el médico se sienta responsable ante el enfermo y el sistema, y apoyado por el sistema. Naturalmente, no se puede ignorar el trabajo en equipo multidisciplinar y la importancia de todas las profesiones sanitarias. Y no estoy diciendo que los médicos siempre tengan razón. Pero sí señalo que el diálogo diferenciado con ellos sobre los asuntos laborales y los temas del profesionalismo es fundamental; y que, a la larga, no puede haber política sanitaria con un enfrentamiento permanente con los médicos.

— **Los médicos jóvenes piden guardias más cortas y jornadas semanales más cortas. ¿Es viable implantar estos cambios?**

— No conozco el tema al detalle, pero sí me gustaría decir que las guardias son necesarias. Ahora bien, nuestro sistema, tradicionalmente,

al carecer de otros incentivos económicos, en general tiene muchas guardias y no todas necesarias, con la consiguiente alteración del funcionamiento de los servicios por las libranzas. Seguramente, las guardias podrían reducirse y pasar muchas de presencia física a localizadas. Para esto habría que cambiar los incentivos, aunque aquí se tropieza con un tabú para los sindicatos, que siempre se han opuesto al reconocimiento y la diferenciación individual y colectiva.

— **¿Es posible que los médicos trabajen menos horas y sigan cobrando lo mismo que si trabajaran más?**

— Sin contestar directamente a la pregunta, sobre la que habría que matizar mucho, en principio, el sistema debería estar preocupado por el problema de la productividad, que no se mide en nuestro país. Aunque no se mida, hay ciertos indicadores que señalan que esta ha caído tras la pandemia. Desde 2019 a 2023 se han incorporado 45.000 profesionales, entre médicos y enfermeros, pero han bajado las consultas, las altas hospitalarias y han subido las listas de espera.

— **¿Llevarán los médicos su protesta hasta una huelga indefinida tras el verano?**

— No soy quién para dar consejos a nadie, pero me permito recordar que parte de la responsabilidad de los



Ignacio Riesgo González, en Oviedo. | LNE



«Es prioritario cambiar el modelo de gestión de las instituciones sanitarias para dotarlas de autonomía y personalidad jurídica»

sindicatos es no meter a sus representantes en conflictos cuando no se les ve salida. La huelga es legítima, pero en el contexto de servicio a los pacientes y con las dilatadas listas de espera, hay que administrarla con mucha responsabilidad. La batalla del Estatuto Médico, o de la negociación específica con los médicos, no es a corto plazo y hay que tener perspectiva. Quiero recordar que tras el Gobierno actual vendrá otro.

— **¿Qué parte de los problemas del Sistema Nacional de Salud es solucionable y qué parte es irresoluble?**

— El Sistema Nacional de Salud es un éxito de nuestra democracia. Hace unos días se cumplió el 40 aniversario de la Ley General de Sanidad que lo crea, lo que ya es un ejemplo de estabilidad. En ese mismo período, ha habido ocho leyes de Educación. Sin embargo, desde la ley prácticamente no ha habido reformas de calado y, sin embargo, la sociedad es distinta. Este bloqueo de las reformas es el problema.

— **¿En qué medida hay un problema de financiación y en qué medida es un problema de gestión?**

— Seguramente a medio plazo haya que plantearse un cierto crecimiento del gasto en sanidad, para aproximarnos tanto en porcentaje de PIB como en gasto per cápita a los países más avanzados de Europa. Aunque hay que tener cuidado, ya que la sanidad compite con otras partidas del presupuesto como educación, vivienda, seguridad vial, lucha contra la contaminación..., que también tienen relación con la salud. Meter más dinero en sanidad no significa automáticamente más salud. Por otra parte, el seguro sanitario privado no deja de crecer y eso hay que ponerlo en relación con la falta de capacidad del sistema público de resolver el grave problema de las listas de espera. Y los que compran las pólizas privadas no parecen preocupados por el problema de la productividad, que no se mide en nuestro país. Aunque no se mida, hay ciertos indicadores que señalan que esta ha caído tras la pandemia. Desde 2019 a 2023 se han incorporado 45.000 profesionales, entre médicos y enfermeros, pero han bajado las consultas, las altas hospitalarias y han subido las listas de espera.

— **¿Y el factor gestión?**

— El problema fundamental es de gestión. Tenemos un modelo de gestión colonizado por la Administración Pública (fundamentalmente, por las Consejerías de Hacienda y Función Pública), sin autonomía de las instituciones sanitarias, que no favorece para nada la búsqueda de la eficiencia y la calidad. Meter más recursos, más dinero, sin modificar el régimen de gestión, sería, en términos coloquiales, como echar más gasolina a un motor gripado.

— **¿Haría falta refundar el Sistema Nacional de Salud?**

— Si por refundar entendemos cambiar de modelo, no estaría de acuerdo. Los elementos fundamentales del modelo son la cobertura universal, la financiación predominantemente pública y la gestión descentralizada. Creo que los tres elementos están vigentes y no necesitan cambios. Esto no quiere decir que no haya que hacer reformas de calado...

— **¿En qué líneas?**

— Sobre todo, en tres áreas. La primera, cambio del modelo de gestión de las instituciones sanitarias para dotarlas de autonomía de gestión y personalidad jurídica. Segunda, cambio gradual del régimen de personal superando el Estatuto, que tan negativo ha sido: somos el único país de Europa en el que el personal sanitario son funcionarios. Y, tercera, dotar al sistema de una arquitectura institucional que permita una gobernanza del conjunto del Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta que la dirección estratégica del Sistema Nacional de Salud no es el sumatorio de las estrategias de las comunidades autónomas. Necesitamos un sistema, no un conjunto de sistemas más o menos coordinados.

— **¿Cómo está impactando la situación de la sanidad pública en la sanidad privada?**

— Los dos grandes cambios que ha habido desde la ley de 1986 son, uno en el ámbito público, las transferencias a las comunidades, que se completaron en 2002; y el otro el crecimiento, la modernización y la mejora espectacular del sistema sanitario privado, tanto en el ámbito del aseguramiento como de la provisión. El seguro sanitario privado no deja de crecer y eso hay que ponerlo en relación con la falta de capacidad del sistema público de resolver el grave problema de las listas de espera. Y los que compran las pólizas privadas no parecen preocupados por el problema de la productividad, que no se mide en nuestro país. Aunque no se mida, hay ciertos indicadores que señalan que esta ha caído tras la pandemia. Desde 2019 a 2023 se han incorporado 45.000 profesionales, entre médicos y enfermeros, pero han bajado las consultas, las altas hospitalarias y han subido las listas de espera.

— **¿Cómo ve la situación de la sanidad asturiana?**

— Cuando las comunidades recibieron las transferencias, en general se limitaron a administrar lo recibido, más que a innovar, a pesar de que hay muchas áreas en las que podrían

haberlo hecho. Esta situación está empezando a cambiar. Por ejemplo, el proyecto Xenoma Galicia; las leyes pioneras en salud digital en Cantabria y Galicia; el Instituto Social y Sanitario o los CSIR en Atención Primaria en Cataluña. Tengo la impresión de que Asturias va un poco retrasada en este movimiento de generar proyectos innovadores y de transformación, aunque valoro mucho el reciente impulso a la red oncológica regional.

— **Usted dirigió la elaboración de una propuesta de reforma de la sanidad pública asturiana. ¿Cómo ha sido recibida?**

— En el documento del Real Instituto de Estudios Asturianos (RIDEA) se hacen unas recomendaciones sobre diez temas, bien es verdad que claves. No fue un encargo del Gobierno, sino una aportación del RIDEA y un grupo de profesionales al conjunto de la sociedad asturiana. En el documento no se pedían tres cosas que suelen ser habituales en este tipo de documentos: más médicos, más dinero, más estructuras. El énfasis lo hicimos en los procesos y en la organización. Si la pregunta es cómo fue recibido, le diría que muy bien, por parte de todos. Si la pregunta fuera si ha tenido algún impacto, sin haberlo seguido con detenimiento, creo que el impacto fue próximo a cero.

— **¿Por qué?**

— El sistema sanitario español está lleno de informes con el máximo respaldo que luego se quedan sin ningún impacto. Puedo mencionar el Informe Abril, elaborado por encargo del Parlamento, que se metió en un cajón. Seguramente hubiera sido ingenuo pensar que nuestro informe fuera a tener un destino distinto. Ni en sanidad ni en ningún sector una hipotética buena propuesta garantiza su implementación, si no hay un apoyo político e institucional suficiente. No hay propuesta válida, si no hay políticos capaces de impulsar las reformas necesarias, con determinación, constancia y visión a largo plazo. Si tuviera que citar una propuesta que está de especial actualidad por el actual conflicto sería la que figura en el apartado «profesionalismo» de crear un Comité de Profesionalismo Médico, como lugar de encuentro permanente entre la Administración y la representación profesional médica, que identificáramos como el Colegio de Médicos, la Real Academia de Medicina de Asturias y las sociedades científicas representadas por FACME.