

# La situación laboral en las Fundaciones Sanitarias en Galicia

Ruiz Hervella, V.

Hospital Virxen da Xunqueira

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 35-38

## INTRODUCCIÓN

Aunque los hospitales en régimen de Fundación Pública están englobados en el Sistema Público de Salud y sometidas a su control, existen importantes diferencias entre los hospitales comarcales de gestión tradicional y los adscritos al nuevo modelo de gestión como Fundaciones Sanitarias. Al comparar los recursos de los Fundaciones Sanitarias Públicas (Salnes, Ribeira, Cee y Verín) (Tabla 1), observamos que cuentan con menos recursos que los Hospitales Comarcales de gestión tradicional (Burela, Monforte y Barco de Valdeorras), pese a tener asignadas áreas de población iguales o superiores.

Las Fundaciones tienen menos personal en todas las categorías (facultativo, enfermería, auxiliar y administrativo) un menor número de camas y un presupuesto anual y por habitante-año inferior.

Como ejemplo de esta situación podemos señalar que los hospitales con gestión tradicional Burela, Monforte y el Barco de Valdeorras cuentan con 361 camas para atender a 1.58.600 habitantes, mientras que las fundaciones de Verín, Salnés, Virxen da Xunqueira y Barbanza tienen solo 320 camas para atender a 208.300 habitantes, es decir que estas disponen de 40 camas menos para 50.000 habitantes más.

El presupuesto económico anual de cualquiera de las cuatro Fundaciones es casi la mitad que el de los Comarcales de gestión tradicional y lo mismo sucede, lógicamente, con el presupuesto por habitante al año (Tabla 2).

Este modelo de gestión discrimina claramente a las poblaciones atendidas por las Fundaciones y a los profesionales que trabajan en las mismas, siendo estos el objeto de este estudio.

## LA SITUACIÓN LABORAL

La política sanitaria-laboral implantada en las Fundaciones Públicas Sanitarias desde su inicio han conducido a la crítica situación actual que puede resumirse en los siguientes apartados

### 1. Falta de atractivo profesional

- Las jornadas laborales semanales/anuales son más largas en las Fundaciones que en los comarcales de

gestión tradicional para cualquiera de las categorías laborales.

- Los salarios son inferiores, esta diferencia se ha acrecentado el último año al no ser incluidos en el último pacto sobre retribuciones alcanzado entre sindicatos y SERGAS, al no estar englobados en la Mesa Sectorial del SERGAS los trabajadores de las Fundaciones.

El complemento de productividad variable es más amplio que en el SERGAS lo que coloca a los profesionales en situación de dependencia de la gerencia de cada centro, que lo puede revisar a la baja estableciendo objetivos difíciles de alcanzar.

- La Administración no reconoce el tiempo trabajado en las Fundaciones para oposiciones y concursos. En la última Oferta Pública de Empleo (OPE) el tiempo trabajado en las mismas no tuvo ninguna puntuación, lo que supone que en las Fundaciones no existe promoción profesional y que los trabajadores de las mismas estén "enterrados" en ellas con escasas posibilidades de poder abandonarlas

- Las prestaciones sociales de los trabajadores son menores que en los centros de gestión tradicional por ejemplo las retribuciones económicas durante las bajas laborales solo llegan al 70% del salario base.

- El bajo presupuesto se traduce en plantillas más reducidas y sometidas a condiciones de gran explotación laboral con el consiguiente perjuicio que esto conlleva para la población.

Extrapolando los datos de la tabla 1 se comprueba que por cada 10.000 habitantes:

El promedio de médicos en los Comarcales de gestión tradicional es de 12,27 y en las Fundaciones 9,50.

En cuanto al personal de enfermería la diferencia es mayor del 30% ya que si en los Comarcales es de 40,67 en las Fundaciones es 24,04.

### 2. Plantillas desmotivadas y frustradas

El personal que por necesidad se ve obligado a permanecer en las Fundaciones sufre un proceso de desmoralización progresiva como consecuencia de que sus condicio-

nes laborales empeoran progresivamente en relación a las del resto de trabajadores del S.E.R.G.A.S, lo que les hace sentirse como trabajadores de la Medicina Pública de 2ª categoría. Muchos profesionales recién titulados prefieren quedarse en un Hospital del S.E.R.G.A.S. de gestión tradicional con un contrato precario (para hacer guardias, contratos de acumulo de tareas etc.), en lugar de disfrutar de un contrato laboral "fijo" en una Fundación, dado que en los primeros podrán acceder a la condición de de estatutario interino o fijo al cabo del tiempo, tal como ha sucedido en la reciente O.P.E.

La ausencia de atractivo profesional contribuye a una pérdida de imagen de los Hospitales-Fundación entre los profesionales de la sanidad.

En resumen a pesar de ser trabajadores de la Sanidad Pública adscritos al SERGAS no son realmente del mismo, ya que, aunque tienen asignada un área sanitaria y las mismas obligaciones, no disfrutan de los mismos derechos, al ser personal laboral.

### 3. Deterioro de las condiciones de trabajo

Existe un continuo recambio del personal de las plantillas ya escasamente dotadas, muchas de las cuáles se renuevan por completo cada dos o tres años. Sirvan como ejemplo que:

En los 10 años de actividad de la Fundación de Verín han pasado por la misma mas de 20 ginecólogos mientras que

por la de Cee han sido 17 oftalmólogos en cinco años, y así un largo etc. Esto sucede sobre todo en especialidades en las que el mercado laboral fuera de las Fundaciones no esta aún saturado.

Este rápido recambio, muy superior al de los Hospitales Comarcales de gestión tradicional, ocasiona que:

- La dotación de personal de algunas especialidades quede incompleto durante meses o que algunas plazas queden sin cubrir definitivamente
- Las Fundaciones busquen desesperadamente especialistas en Anestesia, Traumatología, Ginecología, Pediatría, Radiología, y que les intenten retener por todos los medios, dificultando su salida hacia los centros de gestión tradicional
- Se generen auténticas crisis asistenciales en algunas especialidades, solucionadas con parches de última hora y gracias al sacrificio de los profesionales. Entre los casos más llamativos, pero no los únicos, cabe citar:
  - El cierre del paritorio del Hospital de Verín durante más de 1 mes en el verano del 2002
  - La cobertura del Servicio de Pediatría (Urgencias, paritorio y Ingresados en planta) durante 40 días por un solo profesional en la Fundación de Cee
  - La cobertura del Servicio de Radiología en las mismas condiciones en el Hospital de Ribeira en el verano del 2003.

Tabla 1

Comparación recursos fundaciones y hospitales comarcales de gestión pública

	Nº de habitantes	Personal Facultativo	Personal Sanitario No Facult.	No Sanitario y Empresas. Concertada	Total personal	Nº de camas	Nº de quirófanos	Presupuesto anual en millones de €	Presupuesto Anual por Habitante en €
H. Barco Valdeorras	37200	52	171	126	358	95	4	16.304.678	437,75
H.Xunqueira Cee	43800	46	128	56	205	76	3	9.657.005	220,41
H Comarcal Monforte	50900	66	214	134	426	139	5	19.033.370	373,37
H Barbanza Ribeira	63600	67	160	74	310	84	4	11.494.336	180,59
H. da Costa Burela	70500	77	261	144	497	127	5	23.633.132	334.50
H. do Salnes Villagarcía	70500	46	116		237	80	3	11.837.681	166,82
H.Fundación Verín	30400	39	97	69	211	80	3	8.574.308	282,04

Fuente: www.sergas.es y Memoria Anual del SERGAS del 2002

**TABLA 2**

Gastos por habitante y año fundaciones y hospitales comarcales de gestión pública

Promedio Comarcales	381.87 € (63.538 Pts.)
Gestión tradicional	por habitante
Promedio	212.47 € (35.351 Pts.)
Fundaciones	por habitante

Fuente: www.sergas.es y Memoria Anual del SERGAS del 2002

- La supresión de la actividad quirúrgica programada en este mismo Centro durante varias semanas en el 2003 al haber solo 2 Anestesiastas que solo podían realizar cirugía urgente

Esto supone una gran dificultad para encontrar sustitutos para cubrir períodos vacacionales, bajas laborales, maternales etc., y que sea imposible dedicar tiempo a actividades que no sean meramente asistenciales como la de formación, investigación, etc.

#### 4. Deterioro de la imagen de los centros y de la calidad asistencial

- El rápido recambio y la falta de facultativos en algunas especialidades ocasiona el aplazamientos o cancelaciones "sine die" de consultas programadas o en ocasiones de procesos asistenciales (quirófanos, pruebas radiológicas etc.), que, además de ocasionar molestias a los pacientes, deterioran la imagen del Hospital
- El personal médico o de enfermería cambia cada 6-12-18 meses, con lo que la población percibe que las Fundaciones son lugares de paso, en las que no se queda nadie.

#### 5. Escasez de recursos

El bajo presupuesto económico de las Fundaciones (tal como se recoge en la Tabla 2) ocasiona:

- Plantillas mas reducidas y sobre-explotadas en las que cada categoría profesional tiene que asumir tareas que no son de su competencia.
- Imposibilidad de realizar técnicas asistenciales más complejas en algunas especialidades, dada la penuria en las plantillas de personal facultativo o de enfermería.
- Dificultad para adquirir nuevo material.
- Imposibilidad para crear nuevas unidades o ampliar las existentes, así la Unidad de Reanimación-Cuidados Intermedios, que en todos los Hospitales Comarcales de gestión tradicional funcionan las 24 horas del día, en las Fundaciones solo funciona en horario de mañana y tarde.

Todo esto genera una mayor derivación de pacientes a los hospitales de referencia que ocasiona trastornos a la población adscrita al área sanitaria, que comienza a perder la confianza en el Hospital al observar el elevado numero de traslados o las interminables listas de espera para consultas externas de algunas especialidades.

La administración pretende con las Fundaciones recortar el gasto sanitario abriendo unos hospitales más baratos que los de gestión tradicional dotándolos de menores plantillas y reduciendo su actividad asistencial. Esta fórmula puede terminar convirtiéndolas en súper-ambulatorios que presten una asistencia de 2ª categoría.

#### 6. Factores que favorecen la persistencia de las Fundaciones

Las Administraciones Sanitarias de las diferentes Comunidades Autónomas con independencia de su signo político (Galicia, Asturias, Madrid, Andalucía, Baleares) esta implantando este tipo de gestión aprovechando varias circunstancias:

- La actual coyuntura económica caracterizada por la precariedad laboral y altos índices de desempleo, que afecta también a los profesionales de la sanidad. Para la mayoría de los mismos la Fundación es su primer empleo, con toda la ilusión que ello conlleva, pero también con el consiguiente miedo a perder su plaza si son conflictivos o reivindicativos (por su condición de personal laboral).
- Cada Fundación es un ente autónomo, independiente de las demás Fundaciones y Hospitales, lo que dificulta plantear reivindicaciones comunes, a lo que habría que añadir el menor apoyo de los sindicatos mayoritarios más interesados por la situación del personal de los Hospitales del S.E.R.G.A.S. de gestión tradicional
- La implantación de estos Hospitales en áreas sanitarias en las que antes no había ningún centro sanitario, hace que la población tarde tiempo en percibir los inconvenientes de este modelo sanitario

#### CONCLUSIONES

- El modelo no es más eficiente ya que discrimina al personal y las poblaciones en las que se esta implantando y puede terminar abocado al colapso asistencial
- Los trabajadores de las Fundaciones pretenden su integración en el S.E.R.G.A.S. a todos los efectos, y su transformación en personal estatutario. Esto es posible, si hay una voluntad política para ello, dado que ya se

ha realizado en otras ocasiones (Hospitales dependientes de las Diputaciones, Hospital Abente y Lago etc.)

- Parece necesario y urgente equiparar el personal y los recursos de las Fundaciones con los Comarcas de gestión tradicional en función del tamaño del Área Sanitaria asignada.

### OTRA SANIDAD ES POSIBLE

Considero que aunque no soy un gestor sanitario puedo aportar una serie de medidas como resultado de mi experiencia profesional, que en mi opinión contribuirían a disminuir el gasto innecesario y a mejorar la calidad de la atención, aunque lógicamente son discutibles:

- Las autoridades políticas, los gestores sanitarios y los profesionales deberían realizar campañas informativas a la población advirtiéndole sobre la limitación de los recursos de la Sanidad Pública y que las actividades relacionadas con las revisiones del estado de salud, especialmente en ginecología, oftalmología etc., no es imprescindible que se realicen con carácter anual, sobre todo si existen controles previos, ya que existe evidencia científica de que pueden espaciarse a períodos más amplios y con unos límites de edad
- Potenciar los Centros de Atención Primaria, dotándoles de recursos suficientes para que la alta presión asistencial que padecen en la actualidad (lo que limita su capacidad resolutive), no les impida desarrollar los programas de salud, prevención, educación sanitaria etc.
- Potenciar los actuales Centros de Especialidades con mayor dotación, medios y recursos, para mejorar su capacidad resolutive y evitar que aumenten la demanda asistencial (petición de pruebas, derivación al Hospital de referencia) o que sirvan para confinar en ellos a especialistas que huyen de su hospital o que no son gratos a los gerentes.
- Impulsar la figura del especialista-consultor que mejore el contacto y el diálogo entre Primaria y Especializada, encauzando además las prioridades en las derivaciones etc. Es decir favorecer que ambos sistemas se complementen y no se enfrenten, como sucede a veces en la actualidad
- Supresión de contratos precarios (Guardias, Acúmulo de tareas, consultas de tardes etc.) que queman a tantos profesionales y que a menudo se emplean para que algunos trabajadores trabajen más horas (no retribuidas).
- Imponer, en casos flagrantes y con garantías sindicales, sanciones a quienes no trabajen eficientemente y no tolerar abusos manifiestos de quienes incumplen sistemáticamente su horario de trabajo o que realicen otra actividad en esos períodos.
- Contemplar una prejubilación digna o bajas laborales para aquellos profesionales que por incapacidad atascan sistemáticamente el sistema.
- Diálogo fluido de la administración con los profesionales, sobretodo cuando se plantee iniciar nuevos programas de atención a la salud o cambios en la política sanitaria.