

Repensar su modelo retributivo y contractual, gran reto del SNS

El pacto Foro-Sanidad confía en la adopción de medidas específicas sobre empleo en el CI. Otras propuestas son revisar al alza la tasa de reposición y ajustar las plantillas a la demanda.

Francisco GoiriB | fgoiri@diariomedico.com | 09/09/2013 00:00

Uno de los puntos más inconcretos y, por tanto, que más desarrollo requiere del acuerdo firmado entre Sanidad y el Foro de la Profesión es el que habla expresamente de empleo médico. En un breve epígrafe de las 11 páginas que contiene el texto rubricado en julio se habla de promover medidas "con el objetivo de lograr un entorno profesional favorable y una mejora de las condiciones de ejercicio profesional de los médicos". El único dato adicional es que esas medidas se concretarán en el Interterritorial, e implican pues a unas autonomías ausentes de la gestación y firma del acuerdo. ¿Qué medidas de incentivación y promoción se pueden adoptar en un contexto de paro médico creciente (ver gráfico), limitación presupuestaria y restricciones a la contratación? ¿Qué compromisos pueden suscribir las autonomías en el CI que no sean especialmente onerosos para sus arcas?

Desde la experiencia del sector privado, Jorge Gabiola, director gerente de la Clínica Fuensanta, de Madrid, afirma que el "entorno profesional favorable" del que habla el acuerdo no es posible sin unos requisitos mínimos que la privada tiene como axiomas: una variable por objetivos ligada a la actividad, "que permite incentivar a los profesionales más competentes y, adicionalmente, es una medida eficaz de control de costes, pues te permite no incurrir en gastos adicionales"; facilitar, de verdad, la conciliación laboral y familiar, "con una jornada adaptada a las necesidades de ambas partes, empresa y profesional", y "unas mínimas garantías de estabilidad laboral, que, sinceramente, en el contexto actual, no parecen darse en el sector público".

Pagar por objetivos

A Gabiola le consta que el Sistema Nacional de Salud (SNS) está estudiando modificar su actual modelo retributivo, precisamente para dar más peso a la variable. Según él, "la infraestructura y el presupuesto que se maneja en sistemas de información hacen perfectamente factible la aplicación del salario por objetivos y, si no se implanta, es por otros condicionantes, fundamentalmente políticos".

José Luis Lancho, economista del Estado y experto en demografía médica, ve con buenos ojos la retribución por objetivos, aunque matiza que "en la Administración, y concretamente en el sector sanitario,

es difícil de implantar si los criterios no son muy claros". Sea cual sea el modelo por el que se opte, Lancho ve prioritario acabar con la actual disparidad retributiva en el SNS. "Urge un sistema salarial equitativo y justo entre autonomías, de forma que se pague lo mismo, o similar, por hacer el mismo trabajo. Y, además, es preciso acabar con las inexplicables trabas a la movilidad laboral interautonómica". Dos pistas para que las autonomías empiecen a trabajar en ese prometido Consejo Interterritorial.

De momento, las comunidades consultadas por DM han eludido pronunciarse sobre el acuerdo hasta que se desarrolle. Sólo fuentes de la Consejería de Valencia adelantan que, "más que definir nuevas estrategias u opciones, hay que seguir cumpliendo con la convocatoria periódica de OPE, respetando, claro, lo que las leyes de presupuestos estipulan para el sector sanitario respecto al porcentaje de reposición de la tasa de efectivos". Vicente Matas, responsable de Estudios de CESM, cree que la primera medida que debería salir del Interterritorial es, precisamente, el incremento de esa tasa de reposición [fijada en el 10 por ciento a nivel nacional], "porque el sector sanitario no puede regirse en este punto por los mismos criterios que otros sectores de la Administración".

Al "alarmante paro médico", Matas une la precariedad de gran parte de las ofertas actuales. Para minimizarla, plantea dos medidas de corrección: "Que el contrato de sustitución se prolongue hasta que se incorpore el sustituido, sin necesidad de renovarlo mes a mes, y que se hagan contratos de interinidad en todas aquellas plazas que se demuestre que son estructurales, como dice el Estatuto Marco (artículo 9)".

Criterios equivocados

Desde su doble experiencia en el sector público (Puerta de Hierro) y privado (Clínica Quirón), Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa), ve un doble problema en los presupuestos y plantillas de los grandes hospitales del SNS, "diseñados con criterios históricos más que con arreglo a las necesidades de la demanda, de forma que hay servicios con plantillas sobredimensionadas, como Interna o los de Laboratorio, y otros con un claro déficit". Estévez entiende que el SNS intente corregir esos desajustes "reduciendo costes estructurales, recortando guardias o jubilando a médicos en servicios sobredimensionados", pero ve difícil compaginar estas medidas con la adopción del "entorno profesional favorable" que aspira a lograr el acuerdo. Y tampoco ve factible ese pacto "sin la implicación real de las autonomías, que son las competentes en materia de empleo".

Parados y demandantes de empleo médico, dos colectivos al alza

Los datos que el Servicio Público de Empleo Estatal ha ofrecido el último año evidencian la urgente necesidad de adoptar medidas para atajar el paro médico. Las cifras de desempleo se sitúan por encima de los 2.000 parados desde octubre de 2012, y llegaron a los 3.395 el pasado mes de mayo, cifra récord

desde 2009, año en que se ofrecen estadísticas por titulaciones. La evolución de los demandantes de empleo en los últimos 12 meses también han ido al alza, salvo el ligero descenso de los meses de junio y julio, que, como en el caso de los parados, es achacable a los contratos temporales de verano.