

# PLAN DE CHOQUE PARA SOLUCIONAR LA FALTA DE PROFESIONALES EN JARRIO



Coaña, 25 de febrero del 2021

## I.- Introducción

## II.- Diagnóstico de la situación actual: Carencia de profesionales

## III.- Medidas a aplicar en el corto, medio y largo plazo (Recursos Humanos)

### A. Actuaciones de carácter inmediato

1. Definición y localización de puestos de difícil cobertura, e incentivación

### B. Actuaciones a medio plazo

2. Actualización de plantilla orgánica frecuente
3. Ofertas públicas de empleo amplias y ágiles
4. Traslados (procesos de movilidad voluntaria) frecuentes

### C. Actuaciones a medio-largo plazo

5. Plan de Recursos Humanos del SESPA
6. Ley de Personal Estatutario

## I.- Introducción

En sus más de tres décadas de historia, el Hospital Comarcal de Jario se ha convertido en una infraestructura imprescindible para garantizar una mínima calidad asistencial a la población del Noroccidente asturiano.

Este centro sanitario llegó a alcanzar un reconocido prestigio en algunas de las prestaciones que ha ofrecido.

La creación de este Hospital supuso un hito en la equidad asistencial y de prestación de servicios para los habitantes del Occidente de Asturias, respecto al resto de la región.

Con el paso del tiempo el Hospital de Jario se ha convertido en un servicio imprescindible para la prestación de una sanidad pública de calidad, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, a la población del Área Sanitaria I.

Las dificultades de desplazamiento que debían superar los habitantes del Noroccidente para recibir asistencia sanitaria se vieron reducidas considerablemente con el servicio que presta el Hospital.

Sin embargo, desde hace varios años, la política sanitaria del Gobierno del Principado de Asturias está contribuyendo a la progresiva pérdida de la calidad asistencial del Hospital de Jario.



Fuente: El Comercio

Y así, estamos asistiendo a constantes recortes, falta de profesionales en muchas especialidades sanitarias, o reducción de personal en muchos puestos.

Todo ello se traduce en permanentes recortes en prestaciones y en un incremento de las conocidas e insoportables listas de espera, tanto para consultas con especialistas como

para cirugía, con el consiguiente riesgo para la vida de los pacientes o para el agravamiento de sus enfermedades.

Se traduce también en precariedad, sobrecarga de trabajo y en el consiguiente desánimo de los profesionales, así como en un largo etcétera de consecuencias.

En definitiva, se está produciendo una importante pérdida de la calidad de la atención sanitaria y se está instalando un entorno sanitario cada vez más crispado y deshumanizado para los profesionales que trabajan en el mismo.

Este Hospital corre un grave riesgo si la política sanitaria del Gobierno regional no experimenta un cambio profundo.

Por ello, manifestamos un total rechazo hacia el desmantelamiento de este centro sanitario y exigimos al Gobierno del Principado que se destinen más recursos para mantener una plantilla estructural estable en las diferentes especialidades del Hospital de Jario, incentivando a los profesionales sanitarios que presten su labor en el mismo.

## II.- Diagnóstico de la situación actual: Carencia de profesionales

A modo de resumen, sobre la carencia de profesionales que afecta severamente a este centro sanitario de referencia la situación a día de hoy es la siguiente:

- **Cardiología:** dos plazas sin cubrir de las dos con que cuenta el servicio estando, por tanto, desierto actualmente.
- **Oftalmología:** una plaza sin cubrir de las cinco que configuran el servicio.
- **Geriatría:** no está cubierta la única plaza que hay, estando desierto el servicio.
- **Nefrología:** todo el servicio se cubre con nefrólogos del hospital de Avilés.
- **Medicina interna:** el servicio ha estado con la mitad de los profesionales de baja desde el pasado verano, no pasándose consultas ordinarias desde el mes de agosto. Los profesionales en activo desarrollan su labor en urgencias y hospitalización.

Hay que tener en cuenta que el Servicio de Medicina Interna no solo incluye especialistas internistas, sino que tiene secciones de Neumología y Neurología; pues bien, estos especialistas, además de las guardias, a repartir entre todos, se ven obligados a suplir tareas de los compañeros internistas, que no hay, en tareas habituales de planta o consulta, lo que desde luego no es lo mejor para la calidad asistencial.

El malestar en el servicio ha ocasionado que hayan lanzado un ultimátum a la Gerencia y que hayan amenazado con abandonar el hospital en bloque.

Además, en la renovación actual de nombramientos temporales ofertados a uno de febrero en las plazas de Medicina Interna, solo se cubrieron dos de las ocho plazas ofertadas; de hecho solo una fue elegida y la otra al cubrió una especialista extracomunitaria, que no tenía opción. Las ofertas eran de los nuevos eventuales “de tres años”, pero el puesto no

era atractivo a pesar de su continuidad. El Servicio en realidad se cubre con especialistas movilizados forzosamente de otras Áreas.

- **Urología:** una plaza de las dos con que cuenta el servicio está sin cubrir; la que está cubierta se jubila el próximo mes de mayo.
- **Otorrinos:** los dos profesionales que integran el servicio se jubilan el próximo verano.

Debemos tomar medidas para poner fin al caos que actualmente existe en la gestión de las Consultas Externas, evitando los cambios y cancelaciones injustificadas de las citas a los pacientes, y que en la actualidad se vienen produciendo cada día; más allá de las constantes reprogramaciones de citas, que solo provocan una grave preocupación entre los pacientes. **Hay que evitar que la única solución factible en el plano de los recursos humanos sea la movilidad forzosa, dejando descubiertos otros puestos en otras Áreas.**

### III.- Medidas a aplicar en el corto, medio y largo plazo (Recursos Humanos)

Desde Grupo Parlamentario Popular, conscientes del hartazgo de los vecinos del Noroccidente asturiano y en aras de buscar soluciones y una gestión eficiente, formulamos las siguientes propuestas con el objetivo de terminar con los graves problemas sanitarios estructurales ante la escasez de profesionales en el Hospital de Jarrío:

#### A. ACTUACIONES DE CARÁCTER INMEDIATO

**1. DEFINIR Y LOCALIZAR PUESTOS DE DIFÍCIL COBERTURA, E INCENTIVAR.** Muchas CCAA se han visto obligadas, ante la dificultad para encontrar profesionales médicos, a definir aquellos puestos de “difícil cobertura” y promover medidas incentivadoras para que se vuelvan más atractivos al profesional. Los problemas para implantar este sistema se centran en dos puntos, cómo definirlos y cómo incentivarlos.

##### **1.1 Definición y localización de puestos de difícil cobertura.**

Bastaría echar un vistazo a las movilidades forzosas del año pasado y valorar las actuales y las previstas. Si se tiene que recurrir a la movilidad forzosa para la cobertura de una plaza, es evidente que la especialidad que es cubierta de esa forma es de difícil cobertura. Y es evidente que todas las plazas de esa especialidad están en riesgo. La definición más sencilla sería: “Puestos correspondientes a una especialidad que requiere para la cobertura de sus necesidades la movilización de personal desde otras Áreas sanitarias, por periodos acumulados superiores a 10 días al mes”.

Otro punto conflictivo consiste en definir cuándo deja de ser puesto de difícil cobertura. La forma más sencilla es con un límite temporal. Si en algún momento se observa que no se requieren movilidades durante un

tiempo y la disponibilidad de personal es adecuada, bien por cobertura de plantillas fijas, bien por suficiencia del personal temporal en bolsas; podría considerarse que la excepcionalidad de la difícil cobertura se ha superado, pero es preciso ser cauto, estableceríamos el límite mínimo para reconsiderar el puesto en **tres años**.

**1.2. Incentivación.** La incentivación de profesionales en esos puestos no solo ha de ser económica, aunque también:

- a) **Económica:** Lo más sencillo es evitar el agravio comparativo entre quien se desplaza de otro Área a realizar el mismo trabajo y el que permanece fiel al Área. El mínimo sería abonar a todos los especialistas de la especialidad en riesgo, el llamado “complemento de movilidad forzosa” como un “complemento por puesto de difícil cobertura”. De esta forma evitamos que sea más favorable trabajar en un Área central y ser desplazado forzosamente, que permanecer fidelizado en el Área. También puede plantearse una “productividad variable”, asociada al puesto de difícil cobertura” en la medida en que se contribuya a aligerar las listas de espera del centro.
- b) **Méritos para demandantes:** Hace poco se ha tenido que eliminar una puntuación adicional que se proporcionaba por un “Registro de Alta Disponibilidad”, que resultó un absoluto fracaso y apenas duró un año. Lo que se debe hacer es recompensar el trabajo efectivo, y se debería dar al personal temporal que trabaje en esas Áreas, además de la ventaja económica asociada al puesto, puntuación adicional por tiempo trabajado en bolsa con el fin de mejorar su situación en la misma.
- c) **Méritos para carrera profesional:** Introducir en el Bloque C de Carrera (méritos profesionales) tanto para personal fijo como temporal una puntuación específica por trabajar en un puesto de difícil cobertura.
- d) **Medidas de conciliación de vida familiar.** A nadie se le escapa que un Hospital bien dimensionado va a nutrirse de especialistas que vivirá en buen número en la zona central. Permitir flexibilidad horaria y otorgar mayor capacidad de autogestión a los Servicios, teniendo en cuenta que son Servicios de un tamaño mucho más fácil de gestionar que los de grandes hospitales, será un buen aliciente para muchos. Si algunos se preguntan por qué de los tres hospitales de las alas, solo Jarrío tiene tan graves problemas de cobertura, quizá haya que ver cómo se gestiona estos aspectos en otros hospitales. En este sentido, entendemos que los horarios deben ser mucho más flexibles, permitiendo jornadas más prolongadas y acumulando descansos. Y dicha autogestión permite por ejemplo establecer horarios personalizados dentro de los márgenes reglamentarios, por lo que pese a las distancias tendría una gran acogida entre los profesionales.
- e) **Alianzas con Hospitales de nivel 2 ó 3 para formación e investigación.** Una causa de mayor de rechazo, en particular entre facultativos jóvenes, es la consideración de que dentro de una Hospital Comarcal sólo se van a realizar procedimientos sencillos, su formación se va a resentir, y no hay posibilidades de investigación; lastrando su futuro y “huyendo” por tanto del puesto considerado como “de segunda clase”. Nada más lejos de la realidad, y además existen fórmulas para que estos elementos sean motivadores:
  - i. Establecer periodos de rotación obligatorios para formación.

- ii. Establecer posibilidad de participar el especialista remitido en la realización de procedimientos en aquellos pacientes que deban ser derivados, permitiendo además que nunca se pierda el contacto con el paciente y pueda ser seguido por su especialista en Jarrio tras el procedimiento.
  - iii. Establecer acuerdos con Unidades de Investigación y con la Universidad para desarrollar proyectos de investigación, tanto proporcionando accesibilidad al profesional interesado a esas Unidades, como proyectos de investigación clínica, aprovechando el potencial de los pacientes disponibles, así como promover la realización de tesis doctorales.
- f) **Favorecer rotaciones MIR de especialidades**. No interesa aquello que no se conoce, y una rotación en un Comarcal puede abrir los ojos a facultativos jóvenes que realizan el MIR en Hospitales más grandes, naturalmente si se encuentran con los incentivos anteriores.



## **B. ACTUACIONES A MEDIO PLAZO**

Existen tres aspectos que deben ponerse en marcha no ya solo a nivel de Jarrío, sino de todo el SESPA, para combatir la carencia de profesionales, y que en el Área I afectan de forma importante:

**2. ACTUALIZACIÓN DE PLANTILLA ORGÁNICA FRECUENTE.** Un Hospital como Jarrío merece un personal estable, comprometido con el Área, fijo y bien motivado e incentivado. Y el primer paso sería depender muy poco de personal temporal, o al menos disponer de una tasa de temporalidad mínima. Eso requeriría en primer lugar actualizar las plantillas regularmente, para incorporar como plazas vacantes las eventualidades generadas. El dato referido de que se han ofrecido ocho contratos de internista eventual (por encima de plantilla) muestra cuan poco están ajustadas las plantillas a la realidad. El actual sistema de revisión de plantillas, cada 4-5 años, es insuficiente para dar esta respuesta. Debería ser bienal como mucho.

**3. OFERTAS PÚBLICAS DE EMPLEO AMPLIAS Y ÁGILES.** Actualmente la amplitud de las mismas está limitada por la tasa de reposición, es cierto, pero eso no explica que tras realizar sucesivas ofertas anuales de plazas de médicos desde 2016, solo se ejecutase la correspondiente a ese año; y en la oferta de 2017 quedan aún convocadas y sin ejecutar 161 plazas; y en las ofertas del 2017 al 2020 sin convocar siquiera la friolera de 273 plazas. Agilidad en la ejecución de las plazas, con una cadencia cada dos años, permite que las plazas estén adecuadamente cubiertas con personal fijo. Pero claro, si se tardan cuatro o cinco años en resolver una OPE, dependemos exclusivamente del personal temporal y no fidelizamos los efectivos. Se puede decir que el COVID lo complica todo, pero estamos hablando de plazas que se ofertaron en 2017... Cuando alegan que el procedimiento es lento, eso se debe a lo obsoleto del reglamento, al no haber regulado sobre el tema, algo que debería hacerse.

**4. TRASLADOS (PROCESOS DE MOVILIDAD VOLUNTARIA) FRECUENTES.** Uno de los mayores temores de quienes acceden a las plazas en propiedad es quedarse “en el pozo de la oca”, sin poder moverse en un concurso de traslados hasta después de muchos, muchos años. El sistema de traslados abiertos y periódicos que se instauró en 2018 (Resolución de 27 de noviembre de 2018, BOPA del 30 de noviembre) parecía que iba a solucionar estos temores, pero no, porque la oferta de plazas es escasa en cada ciclo y además está muy dirigida a evitar el despoblamiento sanitario, restringiendo a los facultativos que pudieran al trasladarse dejar descubiertos puestos en la periferia... En realidad lo que hay que hacer es todo lo contrario: Facilitárselo para que no teman quedarse “secuestrados” a la vez que se mejoran sus condiciones para que no tengan interés en trasladarse por motivos laborales. Un traslado cada dos años para una especialidad es un mínimo que tranquilizaría mucho.



## C. ACTUACIONES A MEDIO-LARGO PLAZO

Y para terminar, hay dos iniciativas que deberían ser abordadas con carácter urgente desde la Consejería, aunque por la tramitación necesaria no queda más remedio que tener visión de legislatura, para regular un marco normativo más flexible y ágil de los recursos humanos en el ámbito del Servicio de Salud:

**5. PLAN DE RECURSOS HUMANOS DEL SESPA,** que sustituya al absolutamente desactualizado del año 2009 y que contemple aspectos tan importantes como la jubilación flexible o las necesidades de recambios generacional.

**6. LEY DE PERSONAL ESTATUTARIO.** Los aspectos de provisión y selección de personal facultativo aún se rigen por una antiquísima norma ya derogada a nivel estatal, el Real Decreto-Ley 1/1999, pero que persiste en Asturias y rebaja a nivel reglamentario una Ley propia de personal estatutario. Urge comenzar a desarrollar una Ley que recoja, simplifique y agilice los procedimientos ya explicados (OPEs, traslados, plantilla), que hoy son tan farragosos. Y no vale decir que regularlo es difícil porque para modificar puntos muy concretos que interesaban se hizo por procedimiento abreviado, por mayoría y por Ley en la Junta en 2016 (Ley 3/2016, de 4 de noviembre, posteriormente incorporado su texto a la Ley 7/2019 de Salud).



Fuente: La Nueva España

***SI SE QUIERE, SE PUEDE.***