

La lucha por la Sanidad Pública en Andalucía (Segunda parte): Granada por su salud

La fusión de dos hospitales en Granada fue el detonante de la histórica manifestación del 26 de Octubre. Otro intento de fusión ya fue tumbada por la justicia en Huelva por no contar con los profesionales, y que provocó la dimisión del director-gerente Rafael García Vargas-Machuca. Estas fusiones han demostrado provocar un deterioro en todos los sentidos de la sanidad “pública”, lo cual favorece al sector privado de la salud, en manos de poderosos monopolios internacionales.

Un estudio de la Universidad de Bristol analizó entre 1997 y 2006 el impacto de las fusiones hospitalarias en el Reino Unido, que afectó a 112 hospitales de los 223 que había. El resultado fue un aumento de la contratación temporal del personal hasta el 33% en los hospitales fusionados. Los hospitales pasaron a ser deficitarios, algunos con deudas de hasta 3,5 millones de euros. Aumentó el tiempo de demora y el número de pacientes en la lista de espera para una intervención quirúrgica más allá de los 180 días. Empeoró la asistencia a pacientes con ictus, y aumentó la mortalidad tras el alta a domicilio.

Análisis ha contactado con otro portavoz de la Plataforma “Granada por su Salud”, Fidel Fernández, cirujano vascular, para que nos hable de los efectos de estas fusiones hospitalarias.

Análisis: ¿Cómo surge la Plataforma “Granada por su Salud” y quién forma parte de la misma?

Fidel Fernández: La plataforma surge como una reacción de los profesionales y los ciudadanos tras el anuncio de la Consejería de Salud de que va a imponer una modificación

radical de la organización sanitaria de la provincia. Dicha modificación supone una ruptura de la planificación que se habían realizado para el nuevo centro hospitalario del PTS, que pasa de golpe de ser el nuevo y moderno clínico, que ya estaba construido y diseñado para ese fin, a ser un centro monográfico sobre todo de neuro-trauma con algunas otras especialidades, con ausencia completa de algunas de las especialidades que se consideran indispensables hasta en un hospital comarcal.



Hospital Clínico de Granada

La consejería plantea, de forma súbita y de forma unilateral, sin basarse en informes o evidencias científicas, una modificación radical de la estructura sanitaria para Granada, un esquema de un solo complejo hospitalario constituido por tres centros separados por más de diez kilómetros de distancia, tres centros incompletos con una distribución asimétrica de especialidades y profesionales.



Hospital Virgen de las Nieves

Los profesionales con actividad asistencial, desde que tenemos conocimiento de este plan, valoramos esta imposición como un evidente riesgo para la seguridad de los pacientes, ya que evita una asistencia interdisciplinaria e integral y desde el

momento cero de la primera noticia exponen la falta de pertinencia del mismo y se oponen claramente.

Dada la ausencia de interés en atender a estas reclamaciones por la administración, que internamente repetía el mensaje de que “esto va a ser así sí o sí, viene de Sevilla” al mismo tiempo de que de cara a la galería repetía que era una aspiración de los trabajadores “de abajo a arriba” y se enrocaba en que el centro iba a ser la envidia de Europa en cuanto a dotación y tecnología... nace la idea de una agrupación de profesionales, de sindicatos, de opciones políticas,... que aglutine a la población para defender a nuestra sanidad pública de la propia administración, que en vez de ser su garante, en este asunto comenzaba a ser su mayor amenaza. Y así aparece esta plataforma, no excluyente, en la que se encuentran representados todos los estamentos profesionales y ciudadanos, de distintos colores y opciones particulares, encuadrados en el blanco de una marea sanitaria, con la imagen del blanco como el color que engloba, como la luz que se separa en un prisma, a todos los colores del espectro.

A: A través de la Plataforma “Granada por su Salud”, se ha ido dando voz a las dificultades que atraviesa este sector, ¿podrías enumerarnos los principales problemas que están afectando a los profesionales sanitarios?

FF: Hay una mezcla de problemas que viene de una mezcla de orígenes diversos, en los que se imbrican las repercusiones de la crisis sobre una estructura endogámica de elecciones de los puestos de responsabilidad por asignación “digital” como cargos de confianza.

Si uno mira el organigrama de la Consejería de Salud, ve los mismos nombres repetidos año tras año, en una especie de Sudoku en el que se mantienen las mismas personas pero van variando los cargos

Eso quiere decir que lo que ha producido esta situación se

origina en unas causas longitudinales pero trasciende un problema transversal: la ética de la organización. La consejería se ha convertido en una estructura en la que en los últimos treinta años se ha creado un cuerpo de “profesionales de la gestión”, alejados de la asistencia real, que deciden en base a consignas que se transmiten de arriba abajo en la escala de poder y se imponen a los asistenciales, que poco a poco van sintiendo una desafección por dicho sistema de controlar la organización. En un estudio reciente de Sedisa (la asociación de directivos de la salud, curioso que hagan publico ese dato, ya que en realidad son ellos mismos, incluso se habla que [la elección de directivos se basa en más de un 70% por afinidad política, y solo un 11% en criterios profesionales](#)).



Martín Blanco García, secretario general de Planificación, y Evaluación de la Consejería de Salud de Andalucía; Julio de la Rosa, Director Market Access de Air Liquide Healthcare; Juan C. Alcolea, director de Ventas de Fresenius Medical Care; y Aquilino Alonso, viceconsejero de Igualdad, Salud y Política Social de Andalucía.

Si uno mira el organigrama de la Consejería de Salud, ve los mismos nombres repetidos año tras año, en una especie de Sudoku en el que se mantienen las mismas personas pero van variando los cargos, que lo mismo sirven para director económico administrativo, que para gerente de un centro,

viceconsejero o director general, independientemente de que sea lo que dirige, innovación, profesionales o protección de datos. Todos sirven para todo porque la idea es recolocar a cargos posiblemente en función de una afinidad política más que una adecuación técnica.

Se limita la libertad de prescripción, la posibilidad de derivar al especialista, no se renueva la plantilla, se amortizan las jubilaciones y no se cubren las sustituciones

Pero al mismo tiempo los profesionales carecen de control verdadero sobre su desempeño, se establecen mecanismos punitivos para limitar la libertad de prescripción, se limita la posibilidad de derivar al especialista en atención primaria, se establecen objetivos pactados con los directores de las unidades de gestión (pero no con los trabajadores) con el fin último de ahorrar, disfrazados de mejoría asistencial, no se renueva la plantilla, se amortizan las jubilaciones y no se cubren las sustituciones.

Otro problema importante es la precariedad laboral. Hay profesionales que continúan firmando contratos, por meses, búhos (de guardias) , de lunes a viernes, por semanas,... tras años de trabajar en el sistema. Y la administración tira de listas de bolsa, llamando de un día para otro, con dos armas, las sanciones si no tomas lo que te ofrecen o la frase "esto es lo que hay, tengo gente por detrás tuya en la lista que lo aceptará". Estos temporales inestables, contratos de media jornada, tercio u octavo, búhos (de noches), de fines de semana o festivos,... son vistos por la administración como una mano de obra muy barata (se ahorran vacaciones, complementos, antigüedad,...) y además flexible y muy obediente, con miedo a protestar y a ser críticos por si no se les renueva. Esto es una perversión mayor dentro del sistema.

Algunos compañeros cuentan que al llegar a un centro de salud, con un contrato de ese tipo, al hacer anamnesis los

pacientes les dicen "no voy a contarle otra vez la misma historia que le he contado a los diez sustitutos que llevamos este año y que se van al segundo telediario"

Con varias consecuencias: una es la angustia y el descontento del profesional, tienes que desplazarte centenares de kilómetros para trabajar en el día (tengo compañeros que viven en Granada y trabajan en Linares, Adra o en el pueblo más alejado del altiplano), o te pagas allí una residencia, a precio de temporal, porque sólo tienes un contrato para un mes. Otra es la falta de previsión temporal, lo que es malo para la asistencia y seguridad del paciente (si vas a estar contratado solo de ese lunes a ese viernes en un pueblo y ves a un paciente con antidiabéticos orales y una hemoglobina glicosilada de 9,5, no vas a pasarlo a insulina, aunque debieras, porque no vas a poder seguir ese cambio y es preciso controlarlo). Algunos compañeros cuentan que al llegar a un centro de salud, con un contrato de ese tipo, al hacer anamnesis los pacientes les dicen *"no voy a contarle otra vez la misma historia que le he contado a los diez sustitutos que llevamos este año y que se van al segundo telediario"*.

Esto es malo para los profesionales y muy malo para la seguridad de los pacientes, aparte de que es mucho más costoso para el sistema.

A: ¿Y a los usuarios?

FF: El principal problema para los usuarios lo es también para los profesionales, la disminución de calidad de nuestro sistema sanitario, en gran parte producido por las limitaciones presupuestarias, ajustes y optimización de los recursos, son eufemismos para llamar a los recortes. Eso disminuye la dotación en medios y personal.

Una enfermera debe hacerse cargo de los pacientes de una sala que antes cubrían dos, no se cubren las sustituciones, hay limitaciones en los refuerzos estacionales,...

Los sanitarios ven restringidas las posibilidades de

prescripción y las opciones de tratamiento, se limita la derivación a especializada o disminuyen los equipamientos y las plantillas.

Ese supuesto ahorro deriva en unos profesionales peor remunerados, más estresados, con mayor carga laboral y menos motivados, e influye muy desfavorablemente en el paciente: peor sensación de calidad del proceso, menor empatía, menor confort, alargamiento de los plazos y demoras... y sobre todo disminuye la seguridad del paciente, porque todo esto incide en peores resultados, mayor margen para errores y efectos no deseados y peor control, en resumen, la excelencia (que la tiene) del sistema disminuye.

| Cargos intermedios | Número | Diferencias con el puesto base (€) | Total (€) |
|------------------------------|---------------|---|---------------------|
| Director de UGC | 264 | + 5.521,27 | 1.457.615,2 |
| Jefe de Servicio facultativo | 29 | + 4.887,71 | 141.743,59 |
| Jefe de Sección facultativo | 87 | + 2.146,04 | 186.705,48 |
| Supervisor de Enfermería | 127 | + 1.702,78 | 216.253,06 |
| Coordinador de Enfermería | 134 | + 1.702,78 | 228.172,52 |
| Jefe de bloque de Enfermería | 24 | + 1.702,78 | 40.866,72 |
| Jefe de grupo | 23 | + 1.126,54 | 25.910,42 |
| Total | 688 | | 2.297.266,99 |

Retribución de los cargos intermedios en comparación a los puestos base, y su coste total (Fuente: Sindicato Médico de Sevilla)

Pero hay que hacer aquí una mención importante a la altísima preparación, calidad humana y profesional de nuestros sanitarios, que hasta este momento están supliendo con su gran labor estos problemas, lo que pasa es que la ilusión, implicación y el desempeño se ven mermados sobremanera por estos problemas, y el amplio margen para compensar los déficits del sistema que teníamos hace unos años se está reduciendo de forma muy importante.

A: ¿Cuáles crees que han sido las causas que han conducido a la exitosa manifestación del 16-0?

FF: La suma de todo lo previo asociado, en Granada a un cambio drástico, que ni era necesario ni había sido pedido por los profesionales ni por los usuarios, la dispersión de especialidades y de profesionales, con el consiguiente perjuicio para los pacientes, en tres centros diferentes, asimétricamente dotados, separados por una decena de kilómetros, perdiendo la perspectiva de una atención integral (al paciente como un todo, y no como un hueso roto, un infarto o un tumor, sino como una persona integral, que tiene problemas de salud, a veces varios diferentes en la misma persona y circunstancias que deben ser tenidas en cuenta y atendidas, de forma integral y holística, por un equipo multidisciplinar de profesionales). Eso es difícil. Si no imposible, con 10 Km. entre el oncólogo y el neurocirujano.

El otro día me decía una oncóloga que la calidad de las sesiones clínicas había empeorado (se ve el doble de pacientes en el mismo tiempo por el doble de profesionales, y eso hace que se inhiban las opiniones por esa falta de tiempo, antes esas sesiones eran dos, cada una en un centro, por los equipos de cada centro, y tras esa sesión, no gratificante en lo profesional, tenía que trasponer a la otra punta de la ciudad para seguir con su consulta de mañana, en otro centro distinto, a la que llegaba tarde con el descontento de los pacientes y el estrés que suponía eso para todos.

Algún día se estudiará esta convocatoria como ejemplo de movilización ciudadana espontánea, y se verán múltiples causas de su éxito, algo así no nace por una sola causa, entre las que podemos destacar, de forma intuitiva, la conjunción de muchas condiciones:

– La primera, y el factor catalizador, es la repercusión mediática de un comunicador nato, Jesús Candel, en una versión doble, con su alter ego Spiriman, lo que ha dado no solo

repercusión en redes, sino la posibilidad de amplificar el mensaje de un profesional de la salud, con la atracción de las redes por un personaje con un claro mensaje para la población, cercano y atractivo.

– El papel de los profesionales, que llevaban cuatro años protestando (con referéndum, más del 90% de oposición a este plan, sindicatos, concentraciones, cartas,...) pero tenían la sensación de clamar en el desierto, entre el temor de algunos profesionales a significarse y el autismo atroz de la administración. Hasta que se han empleado estrategias diversificadas y confluentes, clásicas y en redes sociales, que han canalizado y amplificado la respuesta.

– El hecho de que profesionales con prestigio asistencial y personal hayan liderado este movimiento hace también que haya tenido la repercusión que ha tenido frente a las presiones y ataques de la administración, frente al perfil profesional plano y la falta de transparencia y coherencia entre lo que decían y hacían de muchos directivos y su ausencia de actividad asistencial.

– La errónea implementación de este cambio por los cargos de la consejería. Son errores que no comete ni un estudiante de primero de gestión como el no tener en cuenta que no se puede imponer un cambio con el rechazo firme de la gran mayoría de los profesionales, que no se debe mentir en los mensajes (participación de los profesionales de arriba abajo, ausencia de recortes, urgencias finalistas, mejoría de la eficiencia, equidad, accesibilidad,...). Porque cuando se comprueba que lo que se dijo previamente por los trabajadores, que todo eso que nos pintaban de rosa no era cierto, con la dura realidad de lo que pasa en cuanto se pone en marcha, provoca una reacción de rechazo aún más virulenta.

– No escuchar a los profesionales y hacer el postureo de que si se hace, eso es peor que no hacerlo, uno se siente doblemente ninguneado.



El consejero de Salud y los responsables del hospital se abrazan tras finalizar con éxito el traslado de pacientes al centro hospitalario del PTS

– Tener de interlocutores a los jefes de equipo, que no han sido líderes, ya que han pensado que sus puestos se debían a la docilidad y han optado por claudicar a las órdenes de dirección sin asumir la opinión de los trabajadores de base, que no se han sentido representados por un líder, sino coaccionados por un capataz.

– La campaña de marketing y autobombo de la dirección, la hipertrofia de muchos egos particulares, tanta foto en prensa con las maravillas tecnológicas, tanto postureo en Twitter, que no casaban con la vivencia de los trabajadores, que sufrían empeoramiento de sus condiciones laborales y veían un parcheo continuo con medidas no pensadas, ni ponderadas ni adecuadamente programadas.

No coincidía el tratamiento de la apertura del hospital y el mensaje de los medios y de los dirigentes sanitarios (el segundo hospital más grande de España, la envidia a nivel europeo, tecnología punta,...) con demoras de horas para

hacerse una radiografía, demoras en la asistencia, falta de material básico o hacinamiento en urgencias

– La población, que este verano ha sufrido retrasos, traslados de unos centros a otros, ausencias de sus médicos habituales, desorden,... en una asistencia que previamente era muy buena, frente a la negación inicial de que esto pasaba. No coincidía el tratamiento de la apertura del hospital y el mensaje de los medios y de los dirigentes sanitarios (el segundo hospital más grande de España, la envidia a nivel europeo, tecnología punta,...) con demoras de horas para hacerse una radiografía, demoras en la asistencia, falta de material básico o hacinamiento en urgencias. Tampoco el mensaje de urgencias finalistas y acercar los hospitales a los ciudadanos ha cuajado, cuando los ciudadanos de la zona sur, que llevaban esperando su nuevo clínico desde hace más de 15 años, han acudido al centro, se han dado cuenta que muchos de sus médicos y de sus especialistas, los de toda la vida, no estaban, y tenían que ir de un lado a otro, en varios días, para lo mismo que en hospital vetusto y decrepito conseguían en el día

– La sensación de estar engañados y tener la sensación de que era bloqueada la transmisión y la expresión de que este conocimiento de que las cosas no iban bien han hecho a la gente buscar una forma de expresarlo a través de Facebook y Twitter y buscar líderes de opinión, con perfil asistencial, que focalizaran sus vivencias y sensaciones.

– La idea de tener que defender lo nuestro, la sanidad pública, en este momento, y la estructura sanitaria que queremos para nuestros hijos y nietos, frente a un empeoramiento que supondrá un lastre para el próximo cuarto de siglo ha sido otro acicate importante.

– La falta de visión política de algunos de nuestros representantes, que no supieron leer el problema ni alinearse en el lado de los que buscan soluciones en vez de quedarse

haciendo de don Tancredo, o de rey pasmado, cuando el pueblo pedía posicionamientos claros en defensa de la sanidad pública, defensa de los ataques que venían de quien tenía que defenderlos, la administración andaluza, es otro punto importante.

El hecho de que ese mismo plan se hubiese paralizado en Sevilla y en Málaga, pero se impusiese en Granada es un ingrediente más.

– Como resumen, la fuerza de la razón. Con la ayuda de los ciudadanos y los profesionales, vehiculizada por las redes sociales, ha conseguido enfrentarse a la razón de la Fuerza, de las instituciones. Y eso se estudiará, como fenómeno y como ejemplo, en un futuro tanto en las escuelas de salud pública como en las facultades de comunicación.

A: Cuéntanos los problemas derivados de la decisión por parte de la Junta de Andalucía de fusionar los dos centros en un mismo hospital con reparto de servicios, supuestamente siguiendo unos criterios de ahorro de dinero y mejora de gestión.

FF: En Sanidad, a diferencia de lo que pasa en Religión, no nos movemos por dogmas, sino por realidades, evidencias y hechos contrastados. Por eso, hablar de un mismo hospital cuando hablamos de tres centros amputados separados geográficamente con ausencia de especialidades, que se consideran indispensables en un comarcal, en oposición a la estructura que se reconoce como la lógica y necesaria, en todos los centros hospitalarios del mundo, es algo que roza el dogma sanitario. Entendido como una analogía a un principio establecido por la autoridad sanitaria como una verdad incuestionable y paradigmática no cuestionable (esto es así sí o sí y viene de Sevilla y se va a hacer a cualquier precio).

Y con el castigo del ostracismo en la organización (te conviertes en un paria) si te atreves a contradecirlo. Existen ejemplos de unificaciones hospitalarias (manteniendo las

carteras de servicios en los centros que se fusionan, y de centros deslocalizados en edificios diferentes, pero contiguos y comunicados) pero tres centros incompletos que constituyen un solo hospital suena algo así como la Potentísima Trinidad Sanitaria (*n.r.: PTS, en referencia al Parque Tecnológico de la Salud*), “tres centros incompletos distintos pero un solo hospital verdadero” e incluso puede ser que las siglas hayan sido elegidas para esa causa en un mensaje para una sociedad secreta de “gerenti illuminati” , ya que como en un dogma, esta desestructuración como algo maravilloso es algo imposible de demostrar, que hay que creerse porque te lo dice una estructura política.



Hospital Campus de la Salud o Parque Tecnológico de la Salud (PTS) de Granada

A: ¿Este ahorro ha sido a costa de puestos de trabajo, del empeoramiento de las condiciones de los trabajadores sanitarios y de la calidad de la sanidad pública?

Se construyeron paritorios, una moderna hemodinámica cardíaca conectada con el helipuerto, ludotecas, sala de obstetricia y pediatría,...

FF: Estamos convencidos de que sí. El proyecto del Hospital del PTS estuvo vigente, como nuevo clínico, durante todo el proceso de ideación, diseño y construcción del hospital. Centenares de profesionales constituyeron grupos de trabajo que, de forma continua, cada dos meses y con actas, modularon lo que iba a ser un nuevo clínico, con toda la dotación del mismo, pero incluso con servicios y cartera ampliada. Se construyeron paritorios, una moderna hemodinámica cardíaca conectada con el helipuerto, ludotecas, sala de obstetricia y pediatría,...

En 2012, de forma drástica y no pactada, se impone un nuevo

plan, el que ahora tenemos, y el gerente de entonces, Diego Becerra, dimite al oponerse a ese plan y ver cómo los cargos intermedios prefieren plegarse a Sevilla y buscar “el mal menor para cada una de sus unidades” en vez de plantear una oposición frontal.

Luego viene el “diálogo competitivo”, con un recorte presupuestario brutal (de 100 M€, queda en un tercio de lo inicialmente contemplado).

¿Cómo se puede denominar a que un paciente ingresado en la Caleta tenga que trasladarse, y volver luego a su centro, para implantarse un catéter de Hemodiálisis o un paciente oncológico una vía central de inserción periférica al PTS?

Cuando hablamos de calidad... ¿Cómo se puede denominar a que un paciente ingresado en la Caleta tenga que trasladarse, y volver luego a su centro, para implantarse un catéter de Hemodiálisis o un paciente oncológico una vía central de inserción periférica al PTS? ¿Cómo se denomina que un paciente ingresado en el PTS tenga que trasladarse a la Caleta para implantarse un marcapasos? Sobre todo teniendo en cuenta que estos procedimientos se realizan en muchos comarcales.

¿Cómo se entiende que haya que trasladar un paciente del hospital envidia de Europa a la Caleta para una fibrobroncoscopia, una endoscopia,...? Y si hablamos de lo que pasará si se traslada el materno infantil, hablaremos de contravenir normativas nacionales y europeas en materia de encamación pediátrica o de seguridad obstétrica que los ginecólogos, pediatras y matronas ya lo han denunciado varias veces en los últimos años.