

Voceiro da AgM - CIG

Marzo 2008

Deposito Legal: VG-1203-2006

www.agmedica.org

**Voceiro da Agrupación
Médica de CIG-Saúde**



Edita: Agrupación
Médica de CIG-Saúde

Imprime: Imprenta Suevia

Consello de Redacción:

Xoán Cons Pintos

Francisco Vázquez Vizoso

Manuel González Moreira



CIG-Saúde

Gregorio Espino, 47

36205 VIGO

Tfno. 986 262 679

Fax. 986 262 781

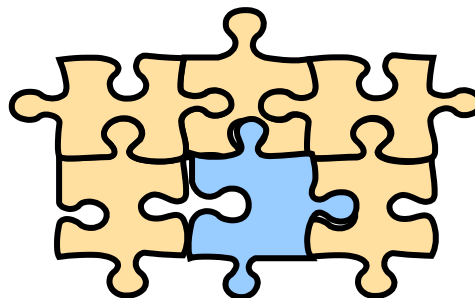
www.agmedica.org

correo@agmedica.org



EN DEFENSA DA EXCLUSIVIDADE DOS MÉDICOS DO SISTEMA PÚBLICO: reformar o actual sistema de dedicación exclusiva.

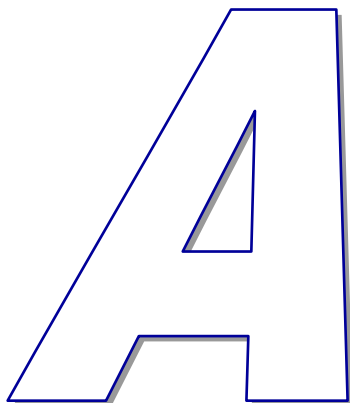
- ♦ A Dedicación Exclusiva dos facultativos da Sanidade Pública galega debe manterse e potenciarse. 2
- ♦ Cal é a razón pola que existen os sistemas de exclusividade de tanto na administración como nas empresas privadas ? 7
- ♦ Os médicos da sanidade pública con dedicación exclusiva teñen maior dedicación ao seu traballo que os que tamén traballan na privada. 8
- ♦ Que dicir do feito de que en 14 CC.AA. teña desaparecido a retribución específica ligada á exclusividade ? 9
- ♦ Comportamentos oportunistas e pluriemprego médico. 10
- ♦ É inxusta a existencia dunha retribución especial ligada ao compromiso de exclusividade porque non respecta a consigna de "A igual traballo igual salario" ? 15



**CIG-Saúde defende a nidia separación
entre a sanidade pública e a privada.**



A DEDICACIÓN EXCLUSIVA DOS FACULTATIVOS DA SANIDADE PÚBLICA GALEGA DEBE MANTERSE E POTENCIARSE.



conveniencia de que no sistema sanitario público se esixa, ou cando menos se potencie activamente, a exclusividade dos profesionais que traballen nela, ou que pola contra esta sexa eliminada, é un tema que xera moita controversia, na sociedade, entre

os sanitarios, e tamén entre os propios facultativos. Asistimos a unha forte ofensiva que pretende eliminar a dedicación exclusiva dos médicos da sanidade pública. Esta ofensiva xa conseguiu a súa desaparición nos sistemas públicos de saúde de algunhas Comunidades Autónomas (CCAA). A ofensiva chega agora a Galiza, e desde logo algúns que apostamos pola sanidade pública, estamos dispostos a opoñernos a ela e a defender activamente que a dedica-

ción exclusiva dos médicos que traballan no sistema sanitario público, debe manterse e potenciarse, para o que, moi probablemente, será necesario modificar o actual sistema de exclusividade.

A SITUACIÓN ACTUAL

No momento actual, a porcentaxe de médicos do SERGAS que non teñen dedicación exclusiva sitúase en aproximadamente un 14%, chegando até o 20% nas especialidades cirúrxicas. A ausencia de dedicación exclusiva nun médico que traballa no sistema sanitario público galego é, na práctica, sinónimo de que ese médico tamén traballa na sanidade privada, é dicir significa que está pluriempregado ou, como frecuentemente se menciona na literatura científica, que ten unha práctica dual no sector público e privado¹. A distribución actual dos facultativos do SERGAS en función de que teñan ou non práctica dual, e o nivel de actividade é a seguinte:

TABOA 1.- Distribución dos Facultativos do SERGAS segundo teñan ou non exclusiva e o seu traballo en Atención Primaria ou Especializada.

	AE	AP	Total
Sen Exclusiva (Pluriempregados)	853 (20,20%)	96 (3,56%)	949 (13,72%)
Con Exclusiva (Non Pluriempregados)	3369 (79,80%)	2600 (96,44%)	5969 (86,28%)
TOTAL	4222 (61,03%)	2696 (48,97%)	6918

Fonte: Nota publicada na web do SERGAS, o 17/01/2008, titulada "Un total de 262 médicos dos case 7000 que traballan na Sanidade Pública Galega secundaron a Folga".

Na actualidade, os médicos que traballan en réxime de exclusiva no SERGAS, a cambio do seu compromiso de non traballar no seu tempo libre noutra empresa, reciben unha compensación económica: o denominado Complemento Específico (CE)². No ano 2007 este complemento ten unha contía bruta de 778,56 € tanto para a grande maioría dos facultativos de Atención Especializada e Atención Primaria, chegando

até os 951,56 € para os xefes de servizo de AE. Esta contía supera o 30% das súas retribucións básicas e, cando se supera esa porcentaxe, legalmente é obrigatorio que quen perciba o CE traballe en réxime de exclusividade para o sistema público.

Até hai pouco tempo, a situación descrita para o SERGAS era similar en todas as CCAA. Sen embargo, nos últimos anos,

=//=

algunhas CCAA teñen introducido cambios legislativos mediante os que se igualaron as retribucións percibidas polos facultativos que só traballan na sanidade pública coas de aqueles que, ademais, traballan no sector privado. Nestas CCAA, a “xeneralización do complemento específico”, supuxo que esa retribución especial ligada á exclusividade pasase a ser percibida por todos os facultativos, independentemente de que tiveran ou non dedicación exclusiva. A consecuencia práctica, foi a desaparición de calquera incentivo económico para que os profesionais optaran pola dedicación exclusiva.

No ronsel deses cambios legislativos noutras CCAA, non faltan en Galiza quen propoña e presione ao SERGAS para que adopte unha medida similar.



OS DEFENSORES DA EXCLUSIVA

Moitos médicos, e outros profesionais sanitarios, defendemos que a dedicación exclusiva dos facultativos debe manterse e ser potenciada, ao considerar que a súa existencia é un elemento esencial para que poida existir un sistema sanitario público de calidade. Para os que defendemos esta posición, está plenamente xustificada que, aos médicos que se comprometen a traballar en exclusividade para o sistema público, se lles retribúa dun xeito especial o seu compromiso de non traballar tamén para outra empresa, pois estamos convencidos de que ese compromiso contribúe positivamente á calidade do sistema público.

Retribuír dun xeito especial a exclusividade dos seus profesionais máis cualificados é unha práctica habitual no mundo da empresa, que está recollida na lexislación laboral coa denominación de “pacto de non

concorrenza” (art. 21 do Estatuto dos Traballadores). Existe xurisprudencia clara no sentido de que non se pode considerar discriminatoria a diferenza salarial asociada a dedicación exclusiva, en base ao principio de favorecer a non existencia de competencia desleal³.

A dedicación exclusiva dos facultativos da sanidade pública, permite evitar o potencial conflito de intereses que se orixina cando un médico da pública traballe tamén na sanidade privada. Este conflito de intereses resólvese, en demasiadas ocasións, establecéndose unha relación parasitaria na que á sanidade pública se lle chuchan os seus recursos en beneficio da privada.

O conflito de intereses establécese polo feito de que o pruriemprego é un estímulo que potencia os denominados “comportamentos oportunistas potenciais da práctica médica” descritos na literatura científica⁴ :1) o absentismo e o escaqueo (a elusión de tarefas ou “*shirking*” na súa acepción inglesa); 2) o desvío de pacientes ao sector privado; 3) a demanda inducida e a selección de pacientes (denominadas, respectivamente, “*induced demand*” y “*cream-skimming*” en inglés); e 4) a apropiación e o uso indebido dos recursos públicos para fines privados.

Este tipo de comportamentos oportunistas, que se describen máis amplamente noutro lugar desta publicación, poden ser realizados por calquera profesional, con independencia de que teña ou non práctica dual. Sen embargo, existe evidencia de que é mais doado que aparezan, e con carácter máis grave, cando os médicos toman a decisión de pluriempregarse.

A literatura tamén pon de manifesto que non se poden xeneralizar este tipo de comportamentos a todos os facultativos que teñen práctica dual, e que, alén da normativa legal, as normas deontolóxicas médicas actúan dificultando que un médico provedor dual, aínda que estea en condicións de facelo, incorra nese tipo de comportamentos oportunistas. Sen embargo esa mesma literatura advirte que, como a de calquera outro colectivo, a profesionalidade dos médicos pode fallar, e o pruriemprego dos médicos facilita a aparición dese tipo de comportamentos oportunistas.

==//==

Outra liña argumental en defensa da dedicación exclusiva, que logo é desenvolvida mais amplamente, é que existe evidencia de que no sector público, globalmente e por enriba de casos individuais, os médicos que traballan exclusivamente no sector público teñen unha dedicación maior que os que están pluriempregados e traballan simultaneamente no sector público e no privado⁵⁻⁶.

Conscientes destas realidades, e porque defendemos a sanidade pública, desde CIG-Saúde defendemos a exclusividade dos médicos.



A ELIMINACIÓN DA EXCLUSIVA

Pola súa banda, os principais defensores da conveniencia de que desapareza a dedicación exclusiva tópanse entre os propios médicos que están pluriempregados, que contan co apoio dos colexios de médicos e os sindicatos médicos corporativos.

Desde eses sectores sostense que a existencia dunha retribución especial polo compromiso de non traballar fora do SERGAS é unha inxustiza que se comete cos médicos que teñen práctica dual na pública e na privada. Argumentase que, ao non percibir o complemento específico, os facultativos sen exclusiva cobran menos que os seus compañeiros que traballan en exclusiva para o sistema público, o que consideran que é unha discriminación que ten como resultado que as retribucións que perciben son excesivamente baixas para o traballo e responsabilidade dun médico. Desde estes sectores se preconiza a “xeneralización do complemento específico” e a conseguinte desaparición de calquera incentivo especial destinado a aqueles profesionais que opten pola exclusividade.

Na súa ofensiva contra a dedicación exclusiva, os sectores directamente interesados na súa desaparición, evitan enfrontarse abertamente aos problema central do debate, é dicir, ao das posíbeis vantaxes ou inconvenientes que, para o sistema sanitario público, supón que un número importante dos seus médicos traballen tamén para a competencia, para o sector sanitario privado. Dun xeito, cómpre recoñecelo, intelixente, estes sectores evitan colocar en primeiro plano o debate sobre a conveniencia ou non da propia exclusividade, e sitúan en primeiro plano, e como case único argumento, o slogan de “a igual traballo igual salario”. Deste xeito, centrando a súa ofensiva contra a exclusiva nun aspecto parcial do *actual* sistema de exclusividade, como é o seu carácter non proactivo, conseguen un apoio social as súas propostas que non terían de centraren o debate sobre o que realmente está en xogo, a propia existencia ou non do sistema de dedicación exclusiva.

O actual sistema de exclusiva non retribúe unha actitude proactiva dos profesionais que traballan en réxime de exclusividade, senón que premia unha actitude pasiva de comprometerse a non traballar fora do sistema público. En consecuencia, dous médicos que realicen o mesmo traballo e teñan o mesmo horario e a mesma responsabilidade, reciben distinta remuneración polo único feito de que un teña exclusiva e o outro non, ou sexa, porque un renuncie a traballar tamén na privada e outro non. Esta situación, malia resultar congruente dende un punto de vista social, laboral e legal, pode ser percibida como inxusta mesmo por sectores de facultativos que teñen dedicación exclusiva. Sendo conscientes da evidencia de que o problema é bastante máis complexo, a realidade é que, situando en primeiro plano a reivindicación de “a igual traballo igual salario”, os partidarios de eliminar a exclusiva parecen ter conseguido apoios que van máis alá dos profesionais directamente interesados na súa desaparición; e, ao tempo, teñen conseguido evitar que se sitúe en primeiro plano a cerna do problema: que gaña e que perde a sanidade pública co pluriemprego dos seus médicos e en consecuencia coa conveniencia ou non da existencia da propia dedicación exclusiva.

—//—

Por outra banda, debe sinalarse que a administración sanitaria, con distintos cores políticos, non é allea a esta situación de debilidade e infravaloración da dedicación exclusiva, xa que moi pouco ten feito para defendela, potenciala e enchela de contido. O nulo desenvolvemento e actualización que o vixente sistema de dedicación exclusiva tivo desde que foi creado hai 20 anos, reduciu drasticamente a súa utilidade como instrumento de fidelización dos facultativos co sistema sanitario público e impediu até agora que fora regulada e xestionada de xeito que se visualice a súa imprescindible contribución á solución de problemas estruturais do sistema sanitario público. Como exemplo abonda con citar a errática e ineficaz política da autoconcertación para combater as desmesuradas listas de espera actuais.



ESTABLECER UNHA NOVA EXCLUSIVA

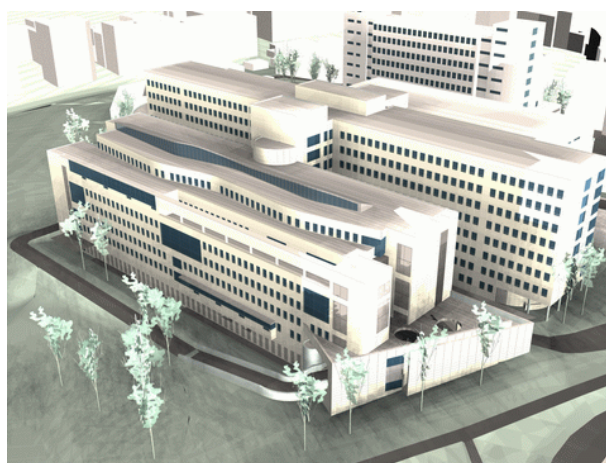
Son os propios promotores da campaña pola “xeneralización do complemento específico” os que, con ese slogan, sitúan a eliminación da dedicación exclusiva como o seu obxectivo fundamental. Sen embargo, os que defendemos a exclusiva, non debemos deixar de ver que, ao tempo que é certo que o colectivo de médicos pluriempregados está interesado en que desapareza a exclusiva, tamén é certo que, sobre todo cando se lle resta o complemento específico, a retribución que reciben os médicos polo seu traballo no sistema público, é demasiado baixa para o seu nivel de formación e as responsabilidades que teñen.

Nesta situación, os defensores da exclusividade dos médicos temos a obriga de tratar de centrar o debate nas vantaxes e os inconvenientes que, para o sistema sanitario público, ten que os seus facultativos poidan pluriempregarse e traballar tamén

para a competencia, para o sector sanitario privado.

Sen embargo, na firme defensa da dedicación exclusiva que debemos realizar, debemos evitar pechar os ollos e fuxir da tentación de negar evidencias como que o actual sistema de exclusiva dos médicos é claramente mellorábel. Ademais, cómpre ter claro, que moitos dos apoios que acada o slogan de “a igual traballo igual salario”, o que realmente reflicten é unha reacción diante do que consideran unha inxustiza, que ten a súa orixe nun sistema de dedicación exclusiva que debe ser modificado, ou o apoio a un colectivo profesional que ten unhas retribucións demasiado baixas para o traballo que realiza.

En CIG-Saúde cremos que todos os médicos do sistema público deberían traballar en réxime de exclusiva, sen embargo somos conscientes de que o debate actual non é ese e que, nos guste ou non, a posibilidade de que un médico renuncie á dedicación exclusiva é algo amparado pola lexislación estatal que non pode ser modificado en Galiza. Nestas circunstancias, e para defender e fortalecer o sistema sanitario público, desde CIG-Saúde propoñémoslle ao SERGAS o inicio de negociacións para modificar o actual sistema de dedicación exclusiva dos médicos. O noso sindicato abordará esas negociacións desde as premisas recollidas na **Táboa 2**.



TABOA 2: Premisas de partida de CIG-Saúde para a renegociación da Dedicación Exclusiva dos Facultativos

- 1.- A dedicación exclusiva é boa para o sistema sanitario público e debe ser mantida e potenciada.
- 2.- O actual sistema de dedicación debe ser modificado dun xeito pactado na mesa sectorial.
- 3.- O novo sistema de dedicación exclusiva que se pacte debe ter, como unha das súas características, a de poñer tempo de traballo de facultativos a disposición do sistema sanitario público. Ese novo tempo de traballo, sobre todo en moitas especialidades nas que hai déficit de profesionais, é imprescindible para poder atender as cada vez maiores demandas da poboación e a unhas listas de espera claramente excesivas. Paralelamente, tamén permitirá incrementar o tempo útil de actividade de moitas infraestruturas e recursos técnicos hoxe infrautilizados na sanidade pública. En termos prácticos isto significa basicamente gañar horas de actividade de tarde, sobre todo asistencial, pero tamén docente ou investigadora.
- 4.- A nova exclusiva que se estableza deberá retribuír, aos profesionais que opten por ela, o seu compromiso de só traballar na pública, mais debe tamén retribuír a súa aceptación a realizar un certo incremento da xornada, a realizar basicamente polas tardes, de forma independente e compatible coa específica compensación do propio traballo realizado nesa prolongación de xornada.
- 5.- A renegociación do actual réxime de exclusiva en ningún caso poderá supoñer unha redución das actuais retribucións directamente ligadas á dedicación exclusiva. Calquera incremento retributivo que, nesa renegociación, acaden os profesionais que non teñan exclusiva debe ir acompañada dun incremento retributivo cando menos similar para os médicos que opten pola exclusiva.
- 6.- A adscrición á nova exclusiva será voluntaria, e ningún facultativo que na actualidade teña exclusiva verá reducidos os seus ingresos polo feito de non optar pola nova oferta de exclusiva que se pacte.
- 7.- Unha posible reordenación da actividade de tarde, ligada ao establecemento dunha nova exclusiva, debe incluír alternativas aos actuais programas de autoconcertación e de exención de gardas.
- 8.- A esixencia da dedicación exclusiva debe ser un requisito para acceder a postos de xefatura e coordinación nos servizos sanitarios públicos.

Referencias

1. Ortún V. La práctica dual, pública-privada, en Sanidad. Gestión Clínica y Sanitaria 2006; 8(2):43-45. Disponível en <http://www.iiss.es/gcs/gestion30indices2006.pdf>
2. O Complemento Específico por Dedicación Exclusiva do Persoal Facultativo foi creado en 1987 polo goberno do PSOE como obrigatorio a partir desa data, co obxectivo de fidelizar aos facultativos co sistema sanitario público. O seu réxime foi logo suavizado en 1997 polo goberno do PP ao declaralo voluntario e renunciábel. Os textos legais correspondentes poden consultarse nas seguintes referencias: o RDL 3/1987 (DF 2ª) en <http://www.boe.es/boe/dias/1987/09/12/pdfs/A27649-27650.pdf> ; os Acordos do Consello de Ministros para a súa aplicación en <http://www.boe.es/boe/dias/1988/04/29/pdfs/A13160-13163.pdf> ; e a Lei 66/1997 (Art. 53) no BOE de 31/12/97, páxina 38573, en <http://www.boe.es/boe/dias/1997/12/31/pdfs/A38517-38616.pdf> .

—//—

3. Herraiz M. Personal facultativo en centros asistenciales del Instituto Nacional de la Salud: ¿supone una incompatibilidad el complemento específico a la dedicación exclusiva con la prestación de una actividad médica privada? *Comentario a la STSJ de Aragón, de 21 junio 2001 (AS 2001, 2536)*. Aranzadi Social núm. 13/2001. Editorial Aranzadi, SA, Pamplona. 2001.
4. Garcia-Prado A, González P. El pluriempleo entre los profesionales sanitarios: un análisis de sus causas e implicaciones. *Gaceta Sanitaria* 2006; 20(Supl 2): 29-40. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=13089481>.
5. CIG-Saúde. Os médicos da sanidade pública con dedicación exclusiva teñen maior dedicación ao seu traballo que os que tamén traballan na privada. Febreiro 2008. Disponible o 25/03/2008 en http://www.agmedica.org/Dedicacion_e_exclusiva2.pdf
6. Palma M, Lázaro P, Azcona B, Cardona P, Chinchilla N. Una exploración de la dedicación de médico en su organización. En: *Necesidad Sanitaria, demanda y utilización*. Asociación de Economía de la Salud. Zaragoza, 199: 469-480. Disponible o 25/03/2008 en: <http://taiss.com/publi/absful/TAISS-AES-MOTIV-99-1.pdf>



Cal é a razón pola que existen os SISTEMAS DE EXCLUSIVIDADE tanto na administración pública como nas empresas privadas ?

Porque como organizacións, saben, e recoñecen, que existe un potencial conflicto de intereses cando un funcionario ou un profesional cualificado tamén traballa para outra empresa.

Porque teñen moi claro que o pluriempleo desas persoas incrementa o risco de que teñan comportamentos oportunistas que poden chegar a crear situacións de competencia desleal, nas que os seus intereses como organizacións resulten prexudicados.

Porque deciden, con todo o dereito, regular esa situación e defender os seus intereses mediante o establecemento de formas de contratación que inclúen as incompatibilidades ou a exclusividade (a forma máis rotunda de incompatibilidade).

E todo iso absolutamente ao marxe da avaliación das persoas concretas.

Os médicos da sanidade pública con dedicación exclusiva teñen maior dedicación ao seu traballo que os que tamén traballan na privada.



percepción popular maioritaria é a de que, no sector público, a dedicación dos médicos que traballan en réxime de exclusividade é maior que a de aqueles que ademais traballan no sector privado. O estudo máis importante sobre a motivación e a dedicación

dos médicos realizado en España, [realizado por Palma M e Lázaro P¹](#), aporta evidencia científica que ratifica esa percepción popular.

Un resumo dos resultados máis relevantes dese estudo foi publicado en "[El Médico Interactivo](#)" do 10/01/2003, co seguinte titular "Los médicos con más dedicación a su trabajo son los que solo se dedican al sector sanitario público".

O estudo foi financiado polo Fondo de Investigacións Sanitarias e se realizou en colaboración cos colexios de médicos de Madrid e Barcelona. Nel se analizan as resposta de 1185 médicos de Madrid e Barcelona a un cuestionario autoadministrado. O cuestionario foi previamente validado cunha mostra de 300 médicos de Madrid, e o estudo de validación foi presentado como tese de doutoramento no departamento de Psicoloxía de UCLA (University of California, Los Angeles)².

A base teórica do estudo foi o denominado modelo antropolóxico da motivación humana. De acordo con este modelo, as persoas, ao actuar nas organizacións, poden moverse por tres tipos de motivos: os motivos extrínsecos (basicamente económicos), os intrínsecos (a propia satisfacción polo feito de realizar unha tarefa), e os transcendentales (a satisfacción polas consecuencias que a acción provoca noutras persoas ou na propia organización). Así, é lóxico pensar que un médico que atende aos seus pacientes, faino para cobrar uns honorarios, desenvolver a súa competen-

cia profesional e curar efectivamente a doenza do paciente. A *estructura motivacional* dun individuo depende da importancia que para el teña cada un deses tres compoñentes motivacionais.

Sen embargo, a conduta dun individuo nunha organización dependerá, ademais da súa estrutura motivacional concreta, de como a organización satisfai ou compensa os seus motivos, o que recibe a denominación de *estructura compensatoria da organización*. En paralelo ao que sucede coa estrutura motivacional, distínguese entre compensación extrínseca (sobre todo a remuneración), compensación intrínseca (as facilidades para desenvolver a seu traballo, o enriquecemento que lle supón o seu traballo, ...), e a compensación transcendente (os valores da organización, as consecuencias sociais da súa actividade, ...).

A variábel dependente do estudo, cuxos compoñentes se queren medir, foi a DEDICACIÓN, ou "organizational citizenship behavior" (OCB), definida como aqueles comportamentos beneficiosos para a organización que non son esixíbeis contractualmente (por exemplo realizar tarefas adicionais, o desenvolver aspectos positivos para a organización, ...).

O estudo aportou diversos resultados interesantes e, entre eles o seguinte:

"Quizá uno de los hallazgos mas relevantes del presente estudio es que en el sector público, los médicos que trabajan exclusivamente en el sector público tienen una dedicación mayor (0,33 unidades) que los médicos que trabajan simultaneamente en el sector público y privado, controlando el efecto ejercido por todas las demás variables independientes. Este hallazgo sugiere que en el sector público, el hecho de que el médico trabaje también en el sector privado afecta negativamente a su dedicación en el sector público".

Pola súa banda, no apartado de conclusións, se afirmaba

“En el sector público la dedicación es mayor en los médicos que trabajan exclusivamente en este sector, que aquellos que también trabajan simultaneamente en el sector privado.”

A dedicación foi medida nunha escala de Likert de 1 a 5 puntos, de comprensión doada: nun rango de 4 puntos, os facultativos que traballaban en réxime de exclusividade tiñan 0,33 unidades máis de dedicación que aqueles que, ademais de traballar na sanidade pública, tamén o facían na privada.

Por outra banda o modelo, coa mostra do artigo, explicaba o 30% da variabilidade da dedicación, unha capacidade explicativa relevante, moito maior que a dos seguintes mellores cuestionarios publicados que tentaban medir a dedicación humana nas organizacións³, e iso que o modelo, por motivos de factibilidade na realización do estudo (relacionadas sobre todo co tempo preciso para cubrir o cuestionario), non incluía variábeis relacionadas coa personalidade ou coas condicións familiares ou económicas dos profesionais, que evidentemente xogan tamén un papel moi importante á hora de que un facultativo decida pluriempregarse.

Referencias

- ¹ Palma M, Lázaro P, Azcona B, Cardona P, Chinchilla N. Una exploración de la dedicación de médico en su organización. En: Necesidad Sanitaria, demanda y utilización. Asociación de Economía de la Salud. Zaragoza, 199: 469-480. Disponible o 25/01/2008 en: <http://taiss.com/publi/absful/TAISS-AES-MOTIV-99-1.pdf>
- ² Cardona P. A study of the antecedents of Organizational Citizenship Behavior. Ph.D. Dissertation. The John E. Anderson Graduate School of Management, University of California, Los Angeles (UCLA), EE.UU, 1996.
- ³ Cardona P, Lawrence BS, Bentler P. The influence of social and work exchange relationships on organizational citizenship behavior. WP No 497. IESE Business School. University of Navarra, 2003. Dispoñíbel o 25/01/2008 en: <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0497-E.pdf>



Que dicir do feito de que en 14 CC.AA. teña desaparecido a retribución específica ligada á exclusividade ?

P

ara CIG-Saúde, o feito de que en 14 CC.AA. se teñan eliminado os estímulos económicos asociados á dedicación exclusiva, o único que demostra é que os intereses do sistema sanitario público teñen sido mal defendidos nesas comunidades, en boa medida debido á confusión ideolóxica y a cegueira diante do neoliberalismo na que caeron moitos profesionais, administradores sanitarios, e dirixentes sindicais que, cando menos en teoría, deberían ter defendido a dedicación exclusiva.

Comportamentos Oportunistas e Pluriemprego Médico.

D

iante da ofensiva a prol da súa eliminación, coidamos que é especialmente interesante difundir argumentos na defensa da dedicación exclusiva dos facultativos que traballan na sanidade pública e, neste traballo, queremos revisar como a

literatura científica alerta de que **o pluriemprego dos profesionais que traballan ao tempo na sanidade pública e na privada, potencia os denominados “comportamentos oportunistas potenciais da práctica médica”, o que provoca a aparición dun conflito de intereses que prexudica á sanidade pública**, e diante do cal esta ten todo o dereito a defenderse potenciando a dedicación exclusiva dos seus médicos.

As análises realizados e publicados por A. García-Prado e P. González Rodríguez¹⁻²⁻³ foron as fontes bibliográficas fundamentais empregadas neste traballo que ten como obxectivo revisar como o pluriemprego dos facultativos potencia e agrava os seguintes “comportamentos oportunistas potenciais da práctica médica”: 1) O absentismo e o “escaqueo” (a elusión de tarefas ou “*shirking*” na súa acepción inglesa); 2) O desvío de pacientes ao sector privado; 3) A demanda inducida e a selección de pacientes (denominadas, respectivamente, “*induced demand*” y “*cream-skimming*” en inglés); e 4) A apropiación indebida e uso dos recursos públicos para fines privados.

Este tipo de comportamentos oportunistas poden ser realizados por calquera profesional, con independencia de que teña ou non práctica dual. Sen embargo, existe evidencia de que é mais doado que aparezan, e con carácter máis grave, cando os médicos toman a decisión de pluriempregarse.

A literatura tamén pon de manifesto que non se poden xeneralizar este tipo de

comportamento a todos os facultativos que teñen práctica dual, e que, alén da normativa legal, as normas deontolóxicas médicas actúan dificultando que un médico provedor dual, aínda que estea en condicións de facelo, incorra nese tipo de comportamentos oportunistas. Sen embargo esa mesma literatura advirte que a profesionalidade dos médicos, como os de calquera outro colectivo, pode fallar e que o pluriemprego dos médicos fai máis probábel que aparezan este tipo de comportamentos oportunistas.



1) ABSENTISMO E ESCAQUEO

O absentismo, ou ausencia inxustificada dos médicos ao traballo, é un problema sobre o que hai evidencia empírica descrita na literatura científica. Debe, sen embargo subliñarse que esa evidencia é moito máis abundante noutros sectores de actividade e dende logo non maior da que existe entre outros grupos profesionais da sanidade.

O enfoque económico que tradicionalmente se ten empregado para explicar o absentismo laboral é o do modelo convencional de relación entre ocio e traballo. O número de horas que un traballador desexa traballar determínase mediante as súas preferencias e o presuposto con que conta. Sen embargo, as horas oficiais de traballo son fixadas polos empregadores ou por acordo. A diferenza entre as horas de traballo requiridas oficialmente e as horas que o traballador desexa traballar polo salario que percibe é o que estimula o traballador a ausentarse do traballo.

Un problema relacionado co absentismo é o da realización dun baixo esforzo na realización das tarefas, dunha baixa dedicación. O “escaqueo” (coñecido como *shirking* na súa acepción inglesa), malia a ampla evidencia sobre a súa existencia, é un fenómeno difícil de detectar e demostrar xa que é difícil avaliar até que punto un facultativo está esforzándose ou non no seu traballo. Sen embargo, calquera coñecedor do sistema sanitario público, sabe que o escaqueo médico é un problema de certa importancia que reduce a eficacia e a eficiencia da sanidade pública.

As empresas sanitarias presentan como unha das súas características máis singulares, o feito de que, a diferenza do que sucede na maioría das empresas, é moi alta a proporción de traballadores que posúen unha cualificación profesional moi elevada. Os médicos, cuxo proceso de formación específico ten unha longa duración que pode chegar aos 12 anos, representan unha proporción moi elevada do total de traballadores das empresas sanitarias. Esa proporción, no caso do SERGAS, supera o 35% do total de traballadores de atención primaria, e o 18% no caso dos de atención especializada.

Alén do seu importante peso numérico no conxunto das empresas sanitarias, existen outros elementos cuxa análise axuda a entender o importante rol que os médicos desempeñan nas empresas sanitarias públicas. O traballo médico presenta unha serie de características que o singularizan, entre as que destacan as seguintes:

- 1) Os médicos, mediante as súas decisións clínicas de diagnóstico e tratamento, teñen unha capacidade de influír no gasto da empresa na que traballan que non ten comparación co que teñen os titulados superiores noutro tipo de empresas.
- 2) A relación entre os facultativos e os seus pacientes, e coas empresas para as que traballan, caracterízanse por la existencia dunha importante asimetría na información que posúen as partes; esa asimetría é moito maior que a que existe noutro tipo de actividades nas que as diferenzas na información que manexan as partes son moito menores; a consecuencia é que se establece o que se denomina relación de

axencia na que se acepta implicitamente que unha das partes, o médico, ten un papel determinante na toma de decisións, neste caso nas relacionadas co diagnóstico e o tratamento, que dificilmente poden ser cuestionadas polo paciente ou a empresa para a que traballan os facultativos.

3) Por outra banda, a calidade do traballo médico implica a frecuente toma de decisións clínicas nun entorno caracterizado pola incerteza: cada paciente demanda e recibe servizos diferentes; incluso existe incerteza sobre os efectos individuais dun tratamento en pacientes compartan síntomas ou sinais comúns, xa quen non todos os pacientes responden ao mesmo de igual xeito.

4) Ademais, os médicos aplican no seu traballo un capital de coñecementos que posúen individualmente e que só se adquiren despois dun longo proceso de aprendizaxe.

Estas características da actividade profesional dos facultativos contribúen a explicar o seu destacado rol nas empresas sanitarias e a autonomía coa que desenvolven a súa actividade profesional, e determinan que sexa especialmente difícil avaliar e supervisar a calidade do traballo médico. En consecuencia, os médicos posúen un alto grao de discrecionalidade para elixir o nivel de esforzo e o tempo efectivo de traballo, e isto fai especialmente difícil detectar e demostrar comportamentos oportunistas de absentismo e escaqueo.

Por outra banda, á posíbel aparición desas prácticas oportunistas, tamén contribúen outros factores específicos que adoitan caracterizar con demasiada frecuencia ao traballo na sanidade pública. Nesta, e a diferenza do que sucede na sanidade privada, os mecanismos de supervisión adoitan ser moito máis febles, e existen especiais dificultades para recompensar aos profesionais que cumpren ben co seu traballo ou para penalizar a aqueles que non se comportan adecuadamente.



No intento de explicar as razóns polas que aparecen comportamentos de absentismo e escaqueo entre algúns médicos do sistema público, se lle ten dado especial importancia ao tipo e a contía dos incentivos económicos existentes nos seus contratos. A remuneración dos médicos do sistema público baséase en xeral nun salario fixo que basicamente depende da categoría profesional e da antigüidade no posto e que, polo tanto, non ofrece moitos incentivos para mellorar a eficiencia e a calidade na provisión de servizos. Sen embargo, está claro que hai outro tipo de factores de índole profesional e laboral que poden influír en que poidan aparecer ese tipo de comportamentos. Así, o absentismo e o escaqueo poden medrar entre o persoal que traballa no sector público como consecuencia dun exceso de traballo, da ausencia de confort físico no ambiente de traballo ou como consecuencia dunha deficiente estrutura e xestión dos servizos públicos, facilitada as veces pola regulación funcional e a rixida burocracia que demasiadas veces caracterizan á administración pública.

O risco de comportamentos oportunistas de absentismo e escaqueo, está potencialmente agravado entre os médicos pluriempregados. Estes, de xeito similar que os seus compañeiros non pluriempregados, teñen os estímulos descritos nos parágrafos anteriores para teren ese tipo de comportamentos oportunistas, sen embargo, e a diferenza dos seus colegas non pluriempregados, teñen ademais un interese directo e remunerado en dedicar a meirande parte posíbel do seu tempo ás súas tarefas privadas, e polo tanto teñen un maior incentivo para ausentarse algunhas horas, ou para reducir o seu esforzo ou carga de traballo no seu emprego público.

O pluriemprego, aporta estímulos suplementarios para que os médicos que o practican concentren o maior esforzo posíbel na actividade privada, coa conseguinte redución das horas de traballo e de esforzo e dedicación no sector público. Neste sentido actúan os escasos incentivos económicos relacionados coa carga de traballo que existen na sanidade pública, e tamén o feito de que na súa actividade privada, os médicos adoitan estar remunerados cun pago por servizo. Este feito, dado o carácter relativamente fixo da súa remuneración no sistema público, ofrece un claro incentivo financeiro

a querer dedicar máis tempo e esforzo á actividade privada, o que pode empeorar o rendemento destes profesionais no sector público. O pluriemprego, tamén pode actuar alterando a efectividade dos incentivos económicos introducidos no sistema público para tratar de inducir certas actividades, de maneira que a eficacia dos incentivos económicos sobre os médicos con práctica dual, non só é función de como estean pagados no sector público, senón que se ve tamén influída polos sistemas retributivos nos traballos alternativos.



2) DESVÍO DE PACIENTES AO SECTOR PRIVADO

A posibilidade de usar o sector público para desviar pacientes cara o sector privado é outro potencial efecto oportunista da práctica médica que se incrementa cando existe unha práctica dual. Como os médicos públicos reciben normalmente un salario fixo mentres que o traballo no sector privado adoita pagarse por acto médico, **os médicos pluriempregados poden deliberadamente canalizar pacientes do sector público ao privado para así incrementar os seus ingresos.** Esta canalización pode facerse dun modo directo, aconsellando a un paciente que realice o seu tratamento nunha clínica privada, ou dun xeito indirecto, inducendo aos pacientes a que abandonen as instalacións públicas e demanden servizos privados. Unha maneira de facelo é, por exemplo, ao través da manipulación da calidade do servizo, de xeito que os pacientes perciban diferenzas claras entre a calidade dos servizos que os mesmos médicos proporcionan no sector público e no sector privado.

Esta realidade, debe ser matizada tendo en conta que os incrementos na demanda de servizos privados non sempre repercuten directamente no mesmo médico que induciu a derivación, e ademais a reputación desempeña un papel fundamental

para frear este tipo de comportamentos, podendo darse o caso de que un médico pluriempregado pode ter incentivos para prover unha calidade incluso excesiva no sector público co fin de que medre o seu prestixio e a súa reputación como médico privado.

A problemática das listas de espera incide tamén neste asunto. A percepción que os pacientes teñen da calidade da provisión pública está, en boa medida, determinada pola lonxitude das listas de espera no sector público e, cando menos no Reino Unido, **hai evidencia de que maiores listas de espera no sector público asóciase cunha maior demanda de seguros privados.** Nestas condicións cómpre preguntarse se os médicos poden ter incentivos en manter longas listas de esperan no sector público para incentivar a súa demanda privada. Cando menos desde unha perspectiva teórica, pode demostrarse que se hai restricións na admisión nas listas de espera públicas, o tempo de espera dos pacientes medraría se aos seus médicos se lles permitira traballar no sector privado no seu tempo libre.

En Italia, tense demostrado que **a práctica dual dos médicos ten incentivado a manter listas de espera altas no sector público para manter a súa demanda privada.**



3) DEMANDA INDUCIDA E SELECCIÓN DE PACIENTES

A **demanda inducida** (*induced demand* na literatura en inglés), é un efecto oportunista potencial que se pode producir na práctica médica. Os facultativos teñen capacidade para, en certa medida, crear a súa

propia demanda e manipular así os seus ingresos, ou a importancia dun certo servizo.

En base á asimetría de información que caracteriza a relación médico-paciente, os médicos teñen capacidade para alterar as preferencias sanitarias dos pacientes no seu propio interese. Así, diante da redución dos ingresos percibidos por un facultativo pola realización de determinada tarefa, por exemplo, o pago por intervención cirúrxica, pode levarlle a un aumento do número de intervencións para compensar esa perda. O caso da evolución das cesáreas nos USA está ben documentado: nese país, diante da diminución da natalidade entre 1970-1982, a resposta de moitos médicos foi tender a substituír os partos naturais por unha alternativa máis rendíbel, como é a práctica das cesáreas. Por outra banda, un estudo do ano 2005, realizado en 3 hospitais gregos, demostrou que os médicos estaban motivados a realizar moitas cesáreas debido a que estas lles facilitaban o traballo e en xeral estaban mellor pagadas.

O fenómeno de **selección de pacientes** (*cream-skimming*) é outro potencial efecto oportunista da práctica médica. Entendido nun sentido amplo, consiste en elixir que pacientes tratar e como facelo, de acordo coa súa gravidade ou a capacidade para recuperarse. Pode producirse tanto proporcionando máis servizos dos necesarios a pacientes de gravidade baixa, como proporcionando menos servizos dos necesarios aos pacientes graves ou, incluso, evitando explicitamente tratar aos pacientes moi graves.

Os incentivos financeiros incluídos no contrato laboral poden afectar non só a intensidade dos servizos prestados, senón tamén a que tipo de patoloxías seleccionar para ser tratadas. A estrutura remunerativa do sector privado adoita incentivar a contención de custes, mentres que isto non sucede no caso do sector público, onde a cantidade e gravidade dos pacientes que sexan tratados non repercute nos ingresos do médico.

Os contratos dos médicos poden ofrecer incentivos para crear esta demanda inducida: os pagos por acto ou servizo son os que dan máis marxe para este comportamento oportunista, e hai claras evidencias de que os médicos que reciben un pago por acto prestan un maior nº de servizos.

A selección de pacientes pode acompañar ao seu desvío desde o sector público ao privado. Nunha situación de práctica dual, o cream-skimming pode entenderse como o feito de que os médicos pluriempregados teñen incentivos para direccionar aos seus pacientes máis leves cara a súa práctica privada. Por outra banda, o uso por parte das autoridades sanitarias da derivación de pacientes aos hospitais privados, como mecanismo para diminuír as listas de espera, pode crear unha situación na que os médicos pluriempregados poden ter interese en derivar os pacientes máis leves ao sector privado.



4) APROPIACIÓN OU UTILIZACIÓN INDEBIDA DE RECURSOS PÚBLICOS

Outro potencial comportamento oportunista dos médicos é a apropiación ou a utilización indebida dos recursos públicos, o que se coñece na literatura como corrupción ou fraude. A corrupción defínese for-

malmente como a utilización da práctica pública para a obtención de ganancias privadas; e sucede cando un traballador ao que se lle confía unha tarefa realiza algún tipo de malversación para enriquecerse de modo privado e este enriquecemento é difícil de controlar por un supervisor.

Exemplos deste tipo de comportamento oportunista son a apropiación indebida de materiais comprados no sector público (instrumental cirúrxico, ...); a remisión de pacientes, por parte de médicos que traballan no sector público, a especialistas do sector privado, a cambio de compartir o pago polo servizo prestado ao paciente na consulta privada; os denominados “pagos informais”, (pedir aos pacientes públicos un pago privado por un servizo que está financiado publicamente, ...); o feito de receitar sistematicamente aos seus pacientes fármacos de determinados laboratorios moito máis caros que os xenéricos substitutivos; a utilización de equipamento público para tratar aos pacientes privados; ...

Os médicos pluriempregados teñen un estímulo adicional para apropiarse ou facer un uso indebido de recursos públicos, para reducir os seus propios custes ou os que debe afrontar o seu paciente privado. Usar receitas da Seguridade Social na consulta privada, ou realizar ou facilitar a realización na sanidade pública de determinadas probas complementarias especialmente caras que precisan os seus pacientes privados, son exemplos de como o pluriemprego pode incrementar as prácticas oportunistas de algúns médicos que o practican.

Bibliografía

1. Garcia-Prado A, González P. El pluriempleo entre los profesionales sanitarios: un análisis de sus causas e implicaciones. Gaceta Sanitaria 2006; 20(Supl 2): 29-40. Dispoñíbel en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=13089481>
2. Garcia-Prado A, González P. Comportamiento de los profesionales sanitarios en la Unión Europea: reformas existentes y desafíos pendientes. En: Hidalgo A, Del Llano J, Pérez S. Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Editorial Masson 2007.
3. Gonzalez P. Should physicians' dual practice be limited?. An incentive approach. Health Econ. 2004;13:505-24. Dispoñíbel en [http://www.upo.es/econ/gonzalez/gonzalezHE13\(6\)_04.pdf](http://www.upo.es/econ/gonzalez/gonzalezHE13(6)_04.pdf)



É inxusta a existencia dunha retribución especial ligada ao compromiso de exclusividade porque non respecta a consigna de “A igual traballo igual salario” ?

- Non percibir a retribución especial ligada á exclusividade, é unha decisión que toman libre e voluntariamente os facultativos que deciden pluriempregarse e traballar tamén na sanidade privada. Dificilmente pode cualificarse de discriminatorio o que froito dunha decisión persoal libremente asumida, e que pode revisarse cada ano.
- Nos centros sanitarios, independentemente do Complemento Específico e da exclusividade, é moi habitual que dous facultativos que fan o mesmo traballo teñan retribucións diferentes, en función dos complementos que cobren (trienios, Grao de Carreira Profesional, ...), e a ninguén se lle ocorre cualificar esta situación de discriminatoria.
- Retribuír dun xeito especial a exclusividade dos seus profesionais máis cualificados é unha práctica común no mundo laboral. Ninguén, agás no caso dos médicos pluriempregados do sistema sanitario público, cuestiona o dereito da administración ou das empresas a retribuír especificamente ese compromiso de exclusividade.
- Desde un punto de vista legal está clarísimo que a existencia dunha retribución especial ligada ao compromiso de exclusividade non se pode considera unha discriminación. No Artigo 21 do Estatuto dos Traballadores está regulada legalmente esta situación baixo a denominación de “Pacto de Non Concorrenza”. Ademais, existe clara xurisprudencia no sentido de que, no caso dos médicos do sistema sanitario público, esa retribución especial non pode considerarse discriminatoria.

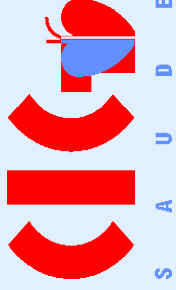


A dedicación exclusiva dos seus facultativos é boa para o sistema sanitario público, e debe ser mantida e potenciada.

A renegociación do actual réxime de exclusiva en ningún caso poderá supoñer unha redución das actuais retribucións directamente ligadas á dedicación exclusiva. Calquera incremento retributivo que, nesa renegociación, acaden os profesionais que non teñan exclusiva debe ir acompañada dun incremento retributivo cando menos similar para os médicos que opten pola exclusiva.



Agrupación de Médica



www.agmedicaa.org

Accesíbel desde a Intranet do SERGAS

O sindicalismo médico útil, galego e solidario

***Voceiro da Agrupación
Médica de CIG-Saúde***

Marzo 2008

Enderezo:

