



Dando voz a los profesionales

Percepciones sobre los nuevos modelos de gestión de la sanidad

Consuelo Álvarez Plaza
Antropóloga, matrona
Contratada Doctora de la UCM
Departamento Enfermería
Departamento Antropología

Juan Antonio Gómez Liébana
Sociólogo, Enfermero
Master en Salud Pública

INTRODUCCIÓN

La salud es un elemento fundamental en las culturas euroamericanas. Entre las políticas sociales (vivienda, educación, trabajo, pensiones...), la asistencia sanitaria es una de las que mayor valoración alcanza para el conjunto de la población, aspecto que hace que la mayoría de los Estados de la OCDE mantengan sistemas de salud públicos que garantizan a la mayor parte de los ciudadanos el acceso al sistema sanitario en condiciones de igualdad.

Los sistemas sanitarios de tipo público deben establecer prioridades de actuación en base a sistemas de planificación que permitan gestionar los recursos de forma que se responda a las necesidades de salud de la población y se asegure una asignación equitativa de los recursos que permita actuar contra los factores que influyen en las desigualdades de salud, lo que requiere tener en cuenta no sólo los criterios de rentabilidad económica sino también los de rentabilidad social. Sin embargo, los recursos disponibles son limitados a la hora de cubrir la demanda diagnóstica y terapéutica de una sociedad con demandas cada vez mayores en el campo de la salud, debido, entre otras razones, al incremento de la esperanza de vida y al envejecimiento poblacional, a la incorporación de nuevas tecnologías de alto coste, a la aparición de nuevas enfermedades vinculadas al modo de vida y al deterioro medioambiental, etc.

En este contexto, los sistemas públicos de asistencia sanitaria se convierten en bienes susceptibles de ser codiciados por el sector privado ya que mueven miles de millones de euros al año (más de 60.000 millones de euros en 2010 en el Estado español), aspecto relevante en momentos como el actual, en el que las rentabilidades que ofrecían otros sectores se han desplomado mientras que el sistema sanitario emerge como un sector en crecimiento y con importantes oportunidades de negocio seguro ya que, ante posibles problemas, la Administración cubrirá las posibles pérdidas económicas, dada la obligación de continuar garantizando la asistencia sanitaria.

Frente a estos retos, nos encontramos desde sectores que defienden la gestión pública hasta otros que están a favor de los modelos de gestión privada. Para estos últimos, la introducción de mecanismos de mercado o de empresas privadas en la prestación pública es un proceso innovador, moderno y que reduce costes; sin embargo, el sistema actual es arcaico e insostenible, por lo que se hace necesario un cambio. Se deben optimizar recursos materiales y humanos con criterios empresariales, de manera que se pueda mantener y garantizar la asistencia sanitaria equitativa a la población. Permitiendo la colaboración público-privada la sanidad se convierte en una empresa sostenible y productiva con beneficios para los accionistas pero también para los pacientes.

Otros sectores, defendiendo los modelos no lucrativos, interpretan estos mensajes como parte de un proceso de apropiación de lo público, ya que los países con sistemas sanitarios similares al nuestro (modelo Sistema Nacional de Salud) presentan mejores indicadores de salud que los modelos liberales o mixtos, incluso con aportaciones económicas por persona muy inferiores a los de estos modelos. En la misma línea, defienden que la “colaboración” con las empresas privadas permite la especulación ya que éstas tienen como objetivo fundamental la obtención de beneficios económicos para sus accionistas. Así, anteponer los intereses económicos y el ánimo de lucro sobre la rentabilidad social provocaría que se mercantilicen tanto los procesos clínicos como los propios pacientes, seleccionando, por ejemplo, los procesos rentables o las patologías de menor riesgo, al tiempo que los profesionales de la salud se convertirían en meros instrumentos para la consecución de los objetivos

económicos; además, su selección estaría más relacionada con criterios de rentabilidad, manejabilidad y docilidad que de profesionalidad. Por último, la gestión pública no estaría condicionada por reparto alguno de plusvalías, solo pretendería ofertar una atención sanitaria equitativa, y todos los pacientes, independientemente del coste, serían tratados como tales al tiempo que se respetarían en mayor grado los derechos laborales de los trabajadores.

Hasta la llegada del PP al gobierno regional en 2003, los centros del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) eran de titularidad y propiedad públicas, y sin ánimo de lucro. El nuevo gobierno anunció un plan de “modernización de los sectores públicos” apoyándose en un discurso centrado en la incapacidad de los modelos de gestión pública, su agotamiento, obsolescencia, rigidez, falta de competitividad, etc., por lo que era necesario su transformación hacia modelos de mercado, los únicos que iban a solucionar los problemas estructurales del sector (listas de espera, colapsos estacionales, rigidez para la elección....), lo que implicaba la sustitución de la complementariedad inherente al modelo público (en base a la Ley General de Sanidad) por el modelo de competencia empresarial entre centros y profesionales, con el fin de “mejorar la eficiencia del sistema”. Se anunciaba, además, un vuelco en el sistema, pasando a “situar en el centro de éste sistema al paciente”; dotando de “autonomía de gestión a los centros” e “implicando en la gestión a los clínicos”.

Para ello se puso en marcha el Plan de infraestructuras sanitarias 2004-2007¹ (“la sanidad del futuro ya está aquí”), que implicaba la construcción de 8 nuevos hospitales y 55 centros de salud, que estarían finalizados en 2007. Los nuevos hospitales (NNHH) atenderían “el 90% de las patologías más frecuentes”, acercaría la asistencia a la población y descongestionaría los grandes hospitales públicos tradicionales. Estos centros fueron distribuidos por diversas localidades de la Comunidad sin hacerse públicas ni las razones que decidieron su ubicación ni, mucho menos, algún estudio de necesidades sanitarias y todo ello en una Comunidad de apenas 8.000 kilómetros cuadrados y alta densidad de población². El modelo elegido fue el llamado “colaboración público-privada”, ya experimentado desde la década de los 90 en diferentes países de OCDE y publicitado sobre la base de una serie de supuestas ventajas:

- Mayor eficiencia del sector privado sobre el público (aprovechamiento de la “experiencia” del sector privado en el desarrollo / gestión de infraestructuras y servicios).
- Transmisión al sector privado de riesgos de construcción y disponibilidad al sector privado.
- Disminución de los plazos de disponibilidad de los nuevos centros. Modelo “llave en mano”: no se comenzaría a pagar por ellos hasta que estuvieran a disposición de los pacientes.
- Permite un aplazamiento de los pagos a 30 años.
- Los fondos dedicados a los pagos no computarían como deuda pública, con lo que “no se sobrepasaría el límite del 3 % de endeudamiento impuesto por la UE”.

El modelo supuso la cesión de las “actividades auxiliares”³ a las empresas concesionarias, bajo el supuesto de que eran actividades no sanitarias que

(1) La Comunidad de Madrid construye ocho nuevos hospitales
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actuaciones_FA&cid=1114195720229&language=es&pagina me=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1109266068865

(2) Madrid capital 5.304 habitantes por kilómetro cuadrado, Este metropolitano 1.486, Sur metropolitano 1.636. Anuario estadístico de la CAM 1985-2010.
<http://gestion.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/general/anuario/ianu.htm>

(3) Mantenimiento integral del edificio; Gestión de residuos urbanos y sanitarios; seguridad; lavandería; Transporte externo / interno y gestión auxiliar, Servicio de desinfección y desratización; Gestión de archivo de documentación clínica y administrativa; Servicio de gestión de personal. Administrativo, recepción, centralita; Conservación de viales y jardines; Esterilización; limpieza; celadores, Gestión de almacenes y distribución; Restauración- cocinas.

las empresas privadas podrían ofrecer en mejores condiciones de eficiencia y calidad, así como económicas (obviando su importancia dentro de un contexto como el sanitario, en el que la integralidad del tratamiento asistencial a los pacientes forma parte de un todo interrelacionado), así mismo se cedió la explotación de zonas complementarias⁴ y las actividades relacionadas con la propia construcción⁵. En el caso del hospital de Valdemoro, se eligió el modelo “concesión administrativa”, en el cual todos los servicios, incluidos los clínicos, dependen de la empresa concesionaria.

Se puso en marcha el proceso, dándose por ciertos los supuestos anteriores, y eludiendo cualquier tipo de debate ciudadano, lo que iba a suponer un vuelco espectacular en el sistema sanitario. De esta forma, entre abril y julio de 2005, los 8 nuevos hospitales fueron adjudicados a diferentes empresas, todas ellas sin experiencia previa en el sector sanitario (excepto Capiro)⁶.

La apertura de los hospitales tuvo lugar en la primavera de 2008 (casi un año más tarde de lo previsto), después de varias inauguraciones y tras ejecutar un proceso de “reordenación de efectivos” que permitió “traspasar” cerca de 5.000 médicos y personal sanitario desde los hospitales públicos a los NNHH, proceso no exento de quejas y sentencias judiciales condenatorias para el SERMAS.

Posteriormente, se anunció un nuevo Plan de Infraestructuras sanitarias 2007-2011⁷, con objetivos similares a los del anterior: “ofrecer una sanidad cercana, de calidad y pública (...) que se reflejará en los cuatro nuevos hospitales que se construirán durante esta legislatura (Torrejón, Móstoles, Carabanchel y Villalba) y en los 55 nuevos centros de Atención Primaria”, así como en planes directores para la reforma de los grandes hospitales de gestión directa pública (La Paz, Marañón, Ramón y Cajal, Móstoles....).

Ya en el Congreso regional de 2008, el PP de Madrid aprobó una ponencia destinada a “romper los monopolios que existen hoy en día en el sector público, y cuya productividad es un 30 por ciento menor que la del sector privado” (sic). Dicha ponencia titulada “Servicios públicos de calidad para todos”, justificaba la “tercera ola de modernización del sector público” así como “libertad de elección, competencia, equidad, transparencia y eficiencia en el sector sanitario”⁸.

Como resultado, en 2009, fue aprobada en el Parlamento Regional una nueva Ley, de “Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid”⁹ por

(4) También recibieron para su explotación, cafeterías, comedores, aparcamientos, televisiones y teléfonos de las habitaciones, locales de usos comerciales diversos, vending, cabinas telefónicas...

(5) A las empresas se les concedió la redacción del proyecto; la ejecución de la obra del hospital; la dotación del equipamiento necesario para la prestación de los servicios cedidos; la provisión del mobiliario general y clínico necesarios; y finalmente, la explotación y mantenimiento del hospital y de las zonas complementarias y espacios comerciales durante un periodo mínimo de 30 años (hasta el 2037, prorrogable otros 30 años).

(6) Valdemoro (Capiro Sanidad SL); Majadahonda (Dragados SA, Bovis Lend Lease SA y Sufi SA); Vallecas (Iniciativas de Infraestructuras y Servicios SA, Begar SA, Vectrinsa Gestions SL, Ploder SA, Fuensanta SL, Caja Rural SCC (CAJAMAR), Grupo Cantoblanco Catering Services SL); San Sebastián de los Reyes (Acciona SA, Crespo y Blasco SA); Coslada (Sacyr SA, Testa Inmuebles en Renta SA, Valoriza facilities SAU); Parla (Sacyr SA, Testa Inmuebles en Renta SAU); Arganda del Rey (FCC Construcción SA, Obrascón Huarte Lain SA, Caja Madrid); Aranjuez (Constructora Hispánica SA, Construcciones Sánchez Domínguez-Sando SA, Instalaciones Inabensa SA); SA, Valoriza facilities.

(7) http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142516937353&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FFPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142516937353

(8) ABC, 7-09-2008.

(9) Ya existía legislación estatal que garantizaba la libre elección tanto en el ámbito de atención primaria (RD 1575/1993), como en atención especializada (RD 8/1996).

la que se suprimieron las 11 áreas existentes, fusionándolas en un área única que integra a más de 6,5 millones de personas. Dicha Ley modificará sustancialmente el modelo organizativo actual, ya que la propia Consejería de Sanidad ha anunciado como modelo de funcionamiento el de la competencia entre centros sanitarios, cuyos presupuestos dependerán del número de personas que los elijan (“que el dinero siga al paciente”) y no de la actividad desarrollada.

Hoy día, más de dos años después de la apertura de los centros, ha transcurrido un tiempo prudencial para poder realizar una aproximación a los resultados del nuevo modelo hospitalario. Más aún, cuando desde su puesta en marcha, apenas se ha ofertado información institucional que permita evaluar su funcionamiento ni confirmar las posibles ventajas del citado modelo. Sólo existen unas memorias muy genéricas correspondientes al año 2008 (en las que se echan en falta los principales datos sobre calidad -tasas de infecciones hospitalarias, reingresos...-), notas de prensa con datos de actividad difíciles de contrastar, o informes como el elaborado por la consultora KPMG¹⁰, en el que se cede la palabra exclusivamente al personal directivo que, no lo olvidemos, es personal de libre designación.

(10) El área de asesoramiento al sector de la salud y los servicios sociales de KPMG en España a petición y en colaboración con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha elaborado un Informe “Madrid: un modelo sanitario público innovador” elaborado por la consultora KPMG en base a la “opinión de los Directores-Gerentes de la red de hospitales públicos madrileños recogida a través de un cuestionario. Los resultados presentados se basan en las respuestas de los Directores-Gerentes de los 32 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, el 100% de los existentes en la actualidad, recogidas entre los meses de septiembre y octubre de 2009”.

El presente informe pretende valorar, desde la perspectiva de los trabajadores, el impacto de los cambios producidos en los nuevos centros y en el desarrollo de su propia actividad profesional; cómo han vivido y cómo perciben los trabajadores estos cambios, si han afectado a su actividad profesional y si realmente han sido tenidos en cuenta a la hora de modificar, cambiar o sustituir determinados aspectos o han sido asesores y gestores alejados de la realidad asistencial los encargados de las decisiones de puesta en marcha de los nuevos hospitales.

Se ha recogido información mediante entrevistas abiertas semidirigidas entre personal¹¹ que está en contacto directo con los pacientes, para recabar tanto datos, como sus testimonios y puntos de vista. Se ha seleccionado a informantes que trabajan en los nuevos centros pero que, previamente, habían desempeñado su labor profesional en los centros públicos de gestión directa; es decir, trabajadores que cuentan con experiencia y elementos que les permiten comparar ambos modelos. Un importante número de profesionales contactados se negó a participar (pese a garantizárseles la confidencialidad) por miedo a represalias por parte del SERMAS (aún estaban recientes las amenazas y represalias sobre las ginecólogas que abandonaron el hospital del Sureste debido a sus críticas respecto a las condiciones laborales y los problemas de calidad asistencial). Pese a no poder contar con estas aportaciones, los discursos recogidos entre los informantes que han aceptado colaborar en este estudio nos han permitido elaborar este documento, el primero publicado en el que se cede la voz a aquellos que están en contacto directo con los pacientes, las veinticuatro horas del día.

Los trabajadores nos transmitieron su agradecimiento al haberles ofrecido la oportunidad de exponer sus puntos de vista sobre la puesta en marcha y la trayectoria de funcionamiento de los nuevos centros.

Los datos obtenidos se han agrupado en varios epígrafes: vivencia de los traslados a los nuevos centros, edificios y espacios, relaciones con compañeros y jefes, servicios externalizados, percepción de la calidad asistencial, los partos de los nuevos hospitales y la experiencia de las urgencias del hospital de Majadahonda. Por último, una opinión de los entrevistados sobre el futuro de estos hospitales.

(11) Las entrevistas se realizaron durante el invierno de 2010, a personal facultativo, de enfermería, matronas, auxiliares de enfermería, técnicos especialistas de laboratorio y "tigas", de los hospitales de San Sebastián de los Reyes, Vallecas, Arganda, Majadahonda y Laboratorio Central de Referencia.

1. Cambio de centro. Traslado

La plantilla de personal facultativo y sanitario de los NNHH se ha surtido en su mayor parte, de profesionales que ya trabajaban en los centros públicos de gestión directa de la CAM y que solicitaron un puesto en los nuevos hospitales, generalmente motivado por razones de cercanía al domicilio, posibilidades de ascenso profesional o debido a las promesas de mayor estabilidad (nombramientos de interinidad en el caso de aquel personal que se encontraba en los centros de origen con contratos eventuales). Otra fuente ha sido el personal contratado directamente por la empresa gestora del hospital. Por último, el caso del hospital de Puerta de Hierro ha sido un traslado masivo y forzoso hacia el nuevo hospital de Majadahonda, por cerrarse aquel. Independientemente del sistema de acceso al nuevo hospital, el personal entrevistado alude a una falta de previsión y organización, lo que llevó a que los primeros días se viviese con angustia la incorporación al nuevo hospital. Se describe como inhumano y humillante que los directivos y gestores no informaran a sus trabajadores, y éstos consideran que se les ha tratado como objetos transportables y manipulables.

Matrona: *yo tenía plaza de enfermera que había consolidado en la última OPE; no me llegué a incorporar (...) mi plaza de enfermera en uno de los hospitales públicos antiguos la trasladé al nuevo hospital (...) Bueno, realmente, no se puede hablar de traslados, lo denominan reordenación de efectivos; no es un traslado como tal, simplemente se ha cogido a una gente que estaba en un área determinada, cuyo hospital nuevo, digamos que muchos de los hospitales viejos tienen ahora en su área un hospital nuevo, la gente que tenía plaza en un hospital viejo tenía más posibilidades de trasladarse a uno nuevo. Es como un traslado interno al nuevo hospital. Bueno, eso es un capítulo bastante negro en esto de la reordenación ya que ha habido muchos chanchullos, no se comprobó la puntuación (...).*

Solicité el traslado al nuevo hospital por proximidad a mi domicilio. Yo creí en ese momento que me iría mejor (...) luego vendrían los problemas (...) se abrió oficialmente en 27 de abril de 2009 y el 23 de abril lo pusimos como en funcionamiento de prueba. Otros servicios, consultas por ejemplo se abrieron antes...urgencia y paritorio fue lo último que se abrió.

Hay gente que ha venido al hospital como yo, por reorganización de efectivos, y otros por contrato laboral; el propio hospital se encarga (...) las condiciones, el contrato, el convenio es distinto pero las libranzas son iguales (...) los laborales están siendo contratados directamente por el hospital y se rigen por el convenio del hospital de Fuenlabrada; ya sabes, el primer hospital que empezó a tener contratos laborales; es decir, hospitales que no son ni del INSALUD ni del SERMAS, lo que hicieron fue, dentro del estatuto marco y del estatuto de los trabajadores, especificar un convenio propio en el hospital de Fuenlabrada; es decir, regular libranzas, permisos por docencia, cuidados de hijos (¿lo han igualado?)...lo han personalizado...no somos lo mismo, yo soy estatutario personal fijo de la Comunidad de Madrid y ellos son personal laboral del nuevo hospital, con contrato de la empresa privada (...) ahora está habiendo paro en las matronas y por eso la gente coge lo que le ofrecen, incluso media jornada (...) ahora mismo en los viejos están reduciendo y en los nuevos siempre hemos estado menos.

En Sagasta, cuando hubo la reordenación de efectivos, era como si fuese un concurso de traslado (...) en el hospital nuevo había 12 plazas de matrona

“lo que quiere el ciudadano medio es un hospital cercano con unos niveles mínimos de cobertura, no la posibilidad de elegir entre diferentes proveedores”

convocadas y se trasladaron 2 del 12 de Octubre, del Marañón, 2, les hicieron interinos directamente, esa gente venía con más puntos, era su hospital de referencia y otra más; se supone que teníamos que ser 12 y éramos 5 para abrir el servicio (...) fue como fue, una pena, un servicio nuevo todo el mundo con muy buena voluntad.

Matrona: Llevo desde el año 1983 de matrona. De matrona empecé en el Doce, en Santa Cristina y en un centro de salud. Siempre he estado de interina pero ahora ya no interesa así que saqué plaza en Santa Cristina (...) y bueno abrieron Vallecas y cerca de casa. Los comienzos son bonitos pero...bueno somos dos mayores y el resto son jovencísimos (...) me alegro del cambio a nivel personal, en 10 minutos llego al hospital y luego yo tengo libertad profesional.

Yo veía que lo del Marañón estaba tan alejado a la manera que yo quería trabajar que me tenía que ir (...) la posibilidad de cambiar teniendo plaza fija, voy de titular al Infanta Leonor, no modifico mis condiciones laborales, voy con los mismos derechos...lo que pasa que en la letra pequeñita yo tenía 40 horas de docencia al año y aquí pues no se sabe bien, compensación horaria por hacer una charla (...) claro, está empezando a rodar el hospital (...) días libres sueldo, todo es igual para estatutarios, tanto fijos como contratados. Nos recibieron en salón de actos, nos hicieron el recorrido, nos dieron un CD nos explicaron cosas (...) pero montamos muchas cosas, somos 23 matronas y 18 auxiliares...hacíamos reuniones para ver como queríamos trabajar (...) esto era orientativo (...).

Médico: El traslado (...) la sensación de inhumanidad, tú eres un trabajador y necesitas saber en qué condiciones vas a un sitio nuevo (...)hubo tres o cuatro fechas de posible traslado pero no nos decían nada, no nos reunieron para decirnos se va hacer así (...)antes de trasladarnos (...) es duro empezar a trabajar en una urgencia sin tener nada y no tener nada es nada (...) la tarde anterior no hay ordenadores, no sabemos cómo funcionan las cosas y a la mañana siguiente se abren las puertas y abrir es como las rebajas de corte inglés, empezó con una ambulancia con una mujer en parada que la fueron a meter en la sala de reanimación y estaba cerrado con llave y nadie tiene la llave (...) Es durísimo yo me pasé las navidades llorando.

¿Qué ha movido a los trabajadores a trasladarse de manera voluntaria a hospitales nuevos? No sé en otros casos pero en el hospital Puerta de Hierro no había obstetricia ni pediatría, en el nuevo se crean estos servicios a los que se les ha dado mucho dinero, muchas facilidades para montarlo (...) la urgencia de pediatría funciona maravillosamente (...) trajeron una jefa de servicio y dijo "para montar esto necesito esto y esto", y lo consiguió. Es distinto porque en el fondo es una jefa de servicio (...) una situación muy distinta a los demás servicios, no como el coordinador de urgencias que es un puesto a dedo y no tiene ese poder (...) a la gente le interesa un sitio nuevo para montarlo, es un aliciente profesional.

Médico: Condiciones laborales son iguales (...) pero hay cosas muy humillantes, hay gente que lleva 20 años trabajando en el Puerta de Hierro a esa persona le modificas sus condiciones ya que el hospital se traslada a varios kilómetros, la obligas a levantarse antes a utilizar un transporte a cambiar sus hábitos y lo menos que merece es una explicación por los cambios (...) una sensación de que somos objetos y nos mueven y ya está (...) de pronto te cambian todo.

Enfermera de planta: A mi vida personal el cambio le ha afectado mucho (...) todos los compañeros nos cambiamos con mucha ilusión porque era un hospital nuevo, porque se podrían hacer muchas cosas (...) pero nos han ido

"es duro empezar a trabajar en una urgencia sin tener nada y no tener nada es nada...la tarde anterior no hay ordenadores no sabemos cómo funciona las cosas y a la mañana siguiente se abren las puertas y abrir es como las rebajas de corte inglés, empezó con una ambulancia con una mujer en parada que la fueron a meter en la sala de reanimación y estaba cerrado con llave y nadie tiene la llave.. Es durísimo yo me pasé las navidades llorando."

cortando todo lo que intentábamos mejorar, todo ha sido que no, que no, entonces, eso nos ha desilusionado un montón, luego ha sido una lucha contra los elementos, porque hemos intentado trabajar muy bien y no nos han dejado hacer muchas cosas (...) una falta de organización completa a todos los niveles, a nivel de trabajo, a nivel de relación con el resto de los profesionales y unos niveles de estrés impresionantes, (...) de muchas veces irte con una rabia contenida que llegas a tu casa llorando (...) ¿por qué hacen las cosas tan mal?

Enfermera de planta: *Probablemente volvería al hospital antiguo, las cosas funcionaban de otra manera, (...) el nivel de estrés era inferior; sí, puedes tener un día malo, pero es que aquí todos los días eran malos (...) y el día que ya tenías que correr el resto de pacientes se quedan desatendidos, es que no tienes manos (...) Yo tengo buen recuerdo de ellos, es que este sufrimiento y gente muy joven, estamos una media de 30-40 años, gente muy joven con bajas muy largas, medicándose, con depresiones (...) y venir todos los días al trabajo llorando y las ha tratado el psiquiatra del hospital (...) la Dirección no se ha implicado (...) la enfermería quemada hasta arriba y medicina igual (...) porque yo he visto a médicos irse llorando a su casa de la presión (...) nos pasa a todas las categorías, (...) incluso médicos y enfermeras que se han ido (...) que se vuelven al sitio donde estaban.*

Auxiliar de enfermería: *Yo no tenía muchas expectativas (...) no me ha desilusionado porque ya sabía que iban a pasar cosas de este tipo (...) aunque pensaba que la construcción iba a ser más sólida, aquello da la impresión de que va a soplar el viento y se nos va a caer encima (...) es todo pladur (...)*

TIGA: *Yo he visto muchísima diferencia entre los nuevos y los tradicionales, los tradicionales funcionan mucho mejor, cada uno sabe lo que tiene que hacer (...) nunca volvería a un hospital así, antes me voy a mi casa (...) es una época de mi vida que quiero olvidar (...) yo sé que no voy a volver (...) era habitual despedir a la gente si se daba de baja.*

En estos testimonios llaman la atención varios aspectos que, desde la perspectiva de los trabajadores de la Administración resultan chocantes. Bajo el eufemismo de “reordenación de efectivos” se elude un concurso de traslados abierto y transparente. Otra cuestión es que unos departamentos tengan jefes de servicio frente a otros que tienen coordinadores con las dificultades estructurales, de funcionamiento y jerárquicas que ello supone.

La apertura y puesta en marcha de un hospital es un proceso sumamente complejo, más aún si en él conviven, como es el caso, diferentes empresas que gestionan diferente personal cada una de ellas. Es una opinión general que la apertura de todos los centros se realizó sin reunir las mínimas condiciones para ello, no respondiendo, por tanto, a criterios sanitarios sino a intereses políticos. Esto dió lugar a situaciones muy complicadas para los profesionales y los pacientes, situaciones que los trabajadores vivencian con gran desgaste psíquico.

“gente muy joven con bajas muy largas, medicándose, con depresiones (...) y venir todos los días al trabajo llorando y las ha tratado el psiquiatra del hospital”

“yo he visto a médicos irse llorando a su casa de la presión (...) nos pasa a todas las categorías, (...) incluso médicos y enfermeras que se han ido (...) que se vuelven al sitio donde estaban.”

“nunca volvería a un hospital así, antes me voy a mi casa (...) es una época de mi vida que quiero olvidar (...) yo sé que no voy a volver (...) era habitual despedir a la gente si se daba de baja.”

2. Edificios, espacios

Todos los entrevistados coinciden en que los nuevos hospitales se han abierto de manera precipitada. La rapidez de la construcción, el deficiente diseño y los materiales baratos, convierten a los nuevos edificios hospitalarios en “prefabricados, desmontables, envejecidos y llenos de problemas desde el mismo momento de la apertura”. La sensación que producen al observarlos es de ser edificios provisionales, baratos, poco duraderos, una especie de realojamiento de urgencia.

La distribución de los espacios del hospital y las reformas que han tenido que realizarse en algunos servicios nada más abrir los centros denota una falta de planificación muy importante, debido, posiblemente, a la falta de experiencia de los arquitectos de las concesionarias así como a la propia Consejería de Sanidad que debía de velar para que los centros cumplieran unos requisitos mínimos.

Hay sistemas que no han funcionado desde la apertura como son los de transporte neumático de muestras de laboratorio. En otros casos no se han previsto determinadas instalaciones eléctricas, desagües o tuberías que precisan muchas de las salas para su uso, como es el caso de paritorios, quirófanos y urgencias. *“Se han hecho a capón por parte de personal que no tiene ni idea de lo que es trabajar en determinados servicios y, por tanto, desconoce las necesidades de determinadas instalaciones”.*

Matrona: *(...) no tenemos un sitio para comer. Bajamos a comer al comedor de guardia, pero la dirección nos castigó, ya que si podíamos bajar a comer es que no había tanto trabajo (...) ahora nos suben la comida en bandeja, de los enfermos (...) comíamos en el mostrador en mitad del pasillo, con un señor saliendo de una habitación, la señora gritando (...) bueno de estirar las piernas nada de nada (...) un día al cerrar el servicio sacamos de una habitación los monitores los acoplamos y ahora tenemos un poco de dignidad para comer.*

Matrona: *No hay ni una ducha (...) dimos ideas a la dirección, pedimos presupuestos incluso pensamos en poner el dinero (...) eso ha sido imposible; la explicación es que no se puede modificar la estructura del edificio, no se puede hacer nada que suponga la palabra obra (...) el edificio es de una concesionaria, no se puede ni poner un clavo.*

Las instalaciones (...) hay fallos garrafales, por ejemplo los enchufes (...) se pensaban poner lámparas de techo pero no se pueden hacer por que pesan mucho y los techos no soportan el peso (...) y trajeron lámpara de pie pero claro que las de paritorio son como las de quirófano, muy grandes y en poco espacio (...) se queda todo muy estrecho (...) yo creo que lo de los paritorios lo pensaron después, pues aquí ponemos paritorios y no pensaron (...) quien organizó la estructura del paritorio no ha trabajado nunca en uno y no lo conoce (...) el enchufe de la lámpara está pegado a la grifería del lavamanos (...) peligroso, peligroso.

Sala de estar tenemos, pero no hay luz natural, no se puede poner TV, hay microondas, neverita, hemos comprado nosotros unas lamparitas Como vemos las instalaciones, tras comprobar y notificar a la dirección los problemas o carencias, no pueden ser modificados. Si el personal propone cambios, no es posible admitirlos ya que el edificio es propiedad de un particular y no se pone ni un clavo sin su autorización. Zonas de reunión o de descanso para el personal de guardia no se han previsto. Los trabajadores con jornadas

laborales de 12 horas carecen de mínimas condiciones de intimidad para descansar o para comer.

Los edificios se han construido precipitadamente, era necesario respetar unos plazos coincidentes con criterios e intereses económicos y políticos más que sanitarios. De ahí que un médico dijese en la entrevista *“Se nota la precipitación (...) se abren hospitales nuevos como churros (...) sin comprobar si las unidades y servicios están terminadas con una instalaciones estándar pero no adaptadas al funcionamiento para el que están destinadas...no es lo mismo un quirófano que un paritorio a nivel de enchufes, de grifería de iluminación, pero es más barato y hay que pensar menos si se hace todo igual (...) después vienen los problemas y los médicos y enfermeras debemos improvisar con alargaderas, con esparadrapo y con todo lo que nos sugiere nuestra imaginación. Imaginación que deberían haber puesto en marcha los constructores y los gestores (...) estar improvisando y solucionando lo que tenían que hacer los que “cobran por eso” conduce al desaliento, yo tengo que diagnosticar y tratar a los pacientes y no me pagan para ver si funciona bien esta sala o aquella”*.

Otro médico se lamentaba de que no se ha consultado con los profesionales *“¿Quién ha pensado todo esto? ¿Se ha consultado con los trabajadores? ¿Son ideas de las gerencias y jefes de servicio, o de intereses de políticos y de empresas constructoras?” ¿Cómo es posible que un gestor alejado de la actividad profesional sea el que tome decisiones sobre las instalaciones de un servicio sanitario? (...) este hospital no tiene pies ni cabeza. Cualquier sanitario con un mínimo contacto con la realidad asistencial sabe que no tiene sentido”*

Una auxiliar de enfermería denuncia riesgos para la propia seguridad: *“La construcción es contrachapado, de papel (...) los techos (...) el otro día se nos cayó un falso techo, hay humedad, las paredes (...) en quirófano están poco aisladas (...) tenemos que poner trapos en las puertas (...) una chapuza vamos”. “Hay fugas de agua, las tuberías gotean (...) y no parece que lo estén arreglando. Esto es algo general en los demás servicios (...) aquí ponen cubitos para que caigan las gotas y cuando el cubo rebosa, pues cede el falso techo y en una ocasión se nos cayó un falso techo prácticamente encima de los pacientes (...) y siguen con el cubito y no lo han arreglado (...) lo que hacen es cambiar el cubito (...) Las salidas de emergencia de los quirófanos cuando llovía (...) se cuele el agua dentro, se supone que esas puertas (de emergencia) deben estar herméticas, pero las tenemos con trapos en el suelo (...) ”*

“ponen cubitos para que caigan las gotas y cuando el cubo rebosa, pues cede el falso techo y en una ocasión se nos cayó un falso techo prácticamente encima de los pacientes”

Enfermera de planta: *“En este hospital hay un poco de todo, hay pájaros, creo que perdices, conejos, gatos (...) los gatos campan a sus anchas y ya han anidado en los falsos techos. Los gatos se pasean libremente por las terrazas, las plantas o de repente te llueve un gato del techo (...) una noche vas con tu carro de medicación, de puerta en puerta y de repente te cae un gato encima del carro y sale corriendo y se mete en una habitación. Por allí que estaba el médico de guardia, valiente, se puso unos guantes y con una toalla lo cazó, lo metieron en una caja, pusieron “a quien corresponda y este es el tercer gato”, de hecho creo que se han cazado 6 gatos (...) son gatos pequeños, a los grandes (...) Por la noche te paseas por el pasillo y los oyes maullar en el techo (...) y se caen también por los huecos de las bombillas. Un gato se metió en un baño y se quedó en el pie del lavabo y tuvieron que venir los de mantenimiento para lograr sacarle (...) Los gatos son comunes en la planta baja y hasta la segunda planta. Los médicos los cazan y los van numerando (...) y se los envían a los de mantenimiento.*

“conejos, gatos (...) los gatos campan a sus anchas y ya han anidado en los falsos techos.”

TIGA: *“El hospital tenía goteras en la menos dos y no se había inaugurado(...), por las tuberías cae agua y es un hospital nuevo (...) es como las puertas, las camas iban justas con las puertas (...) ¡Qué les hubiera costado hacerlas un*

poco más anchas! Había muchas puertas de emergencia que no funcionaban (...) era un espectáculo”.

TIGA: *“Este hospital tiene unos tubos que no se utilizan para enviar las muestras de las plantas, de urgencias, de quirófano; no se utilizan, lo llevamos nosotros andando (...) nunca han funcionado. ¿Sabes el tiempo que pierdes*

de urgencia a laboratorio para llevar una muestra? Y no es teóricamente nuestro trabajo (...) y luego te riñen (...)”.

Enfermera urgencias: *“Nada más llegar hubo que hacer obra porque en el cuarto de shock (...) no entraban las camillas, había que hacer dos ángulos de 90º para poder entrar y tuvieron que tirar y hacer otra puerta para hacer un solo ángulo de 90 º. Es que llega la UVI móvil con una parada, con respirador, con monitor (...) que viene de todo, ¿Cómo te pones a dar dos giros de 90º dándote con las paredes? Hubo que hacer obra (...)”.*

TIGA: *“Los sueros estaban en el suelo, no había sitio en los controles de enfermería (...) había enfermeras que habían ido a los chinos y compraron cajas de plástico para poner el material porque no había dónde ponerlo (...) pero había televisiones de plasma y sillones de piel en todas las habitaciones claro eso es muy importante (...) pero bueno (...) eso es como cuando fue la Esperanza a inaugurar, nos hicieron vestir las camas, (...) claro sabían el recorrido de la Esperanza claro (...) vestir las camas con una almohada, que no había almohadas suficientes para todas las camas , con una almohada de repuesto en el armario por si la señora le daba por mirar en el armario (...) pero nadie la llevó a las otras áreas que no había almohada ni sábanas ni nada (...) todo divino (...) y tú decías “esto no está para inaugurar”, y se inauguró, hicieron el recorrido, hicieron las fotos suficientes y luego cada uno a su casa”.*

Enfermera de planta: *“hemos estado trabajando todo este verano a 32 o 34 grados en la sala en la que preparábamos la medicación. La solución que nos dieron fue comprar un pingüino (...) Nos pusieron un pingüino pero al pingüino no le hicieron la salida que tenía que tener. Entonces nos pusieron un tubo de plástico que salía afuera a la calle, pero ese tubo ha estado constantemente roto, tú lo enchufabas y salía el aire frío por un lado pero por el lateral el caliente (...) entonces no servía para nada (...) luego lo recolocaron en otro sitio y sigue estando igual (...) las persianas no funcionan y se descuelgan, y da todo el sol (...) Hemos estado a 36º y aquí al lado un fármaco de quimioterapia cuya temperatura máxima son 21º (...) y tenemos un aparato que es el que nos dispensa la medicación que se llama “pixil”, al que le está dando el sol todo el día, y en él están todos los fármacos, intravenosos, orales (...)”.*

“Este hospital tiene unos tubos que no se utilizan para enviar las muestras, de las plantas, de urgencias, de quirófano, no se utilizan lo llevamos nosotros andando (...) nunca han funcionado”

“había enfermeras que habían ido a los chinos y compraron cajas de plástico para poner el material porque no había donde ponerlo (...) pero había televisiones de plasma y sillones de piel en todas las habitaciones claro eso es muy importante”

“Hemos estado a 36º y aquí al lado un fármaco de quimioterapia cuya temperatura máxima son 21º”

3. Relaciones con compañeros y jefes.

Tipos de trabajadores

Matrona: *La relación con los gines ha sido frustrante (...) yo esperaba que al ser un hospital de bajo riesgo, todo partos más o menos eutócicos, pues partos de baja intervención (...) al principio los gines estaban de acuerdo en dejar que fuesen eutócicos (...) podíamos atender el parto como quisiésemos (...) pero se fue todo al traste al irse el jefe y los gines que inauguraron el hospital (...) vinieron otros con criterios diferentes, mas intervencionistas...tenemos una tasa de cesáreas altísima, del veintitantos por ciento (23 o 25), para ser de bajo riesgo el hospital es tremendo.*

Médico urgencias: *Un problema es cómo nos trata la sanidad a los trabajadores, yo he estado en Puerta de Hierro como residente y luego como contratado y muy mal, he vivido el traslado al nuevo hospital y esa sensación de estar viviendo el peor año de tu vida, relaciones como trabajador nefastas y luego percibir como la calidad asistencial se deteriora. Con lo del informe hemos tenido mucha guerra con la administración, tras meses quejándonos, nada, han empezado a salir noticias en la prensa, empiezan las amenazas directas, la dirección llamando a la coordinadora diciendo que van a rodar cabezas, empieza una pelea en la que sabes que tienes todas las de perder, jugando contra gente que tiene el poder y no duda en usarlo. En julio acabé, me ofrecieron hacer una baja maternal en un hospital privado que era algo que yo nunca me había planteado trabajar en la privada, también por una idea preconcebida de la oposición sanidad pública-privada (...) como médico te desarrollas más en la pública, está la universidad, es más grande, hay más compañeros, más formación y, por otro lado, se ve como un bien social (...) Pero fíjate en el hospital privado he estado 6 meses con una baja maternal y ha sido la mejor experiencia de mi vida.*

Médico: *los TIGAS es caótico por no estar definido, la indefinición (...) en una cadena asistencial cuanto más cerca estás del enfermo más implicado estás (...) no es que unos sean más humanos que otros, es que tú tienes delante a un enfermo y ves lo que está sufriendo y te implicas mucho más que otros que están en otra planta y les llamas para que venga a moverlo (...) al final terminas tu moviéndole porque te dice que ese no es su cuarto (...) si las funciones no están definidas (...) si al final la jerarquía es buena que alguien diga esto hay que hacerlo y hay que hacerlo, esto tú y esto tú (...) en urgencias es fundamental el orden y la jerarquía.*

Mi jefe es de medicina, la dirección de enfermería juega otra guerra, hubo guerras de poder, había una supervisora y un jefe de servicio que dependen de direcciones distintas, dirección médica y de enfermería con un contacto lejano y los celadores dependen de una dirección de gestión, los tigas dependen de una empresa privada concesionaria, los informadores de fuera también (...) ya no son cuatro jefes en urgencias, son cuatro ramas separadas que dependen de la dirección de hospital Ahora hay ocupando puestos en direcciones a enfermeros, son más manejables, ahora tienen buena relación con el sindicato de enfermería, son maniobras políticas, el sindicato de enfermería SATSE con la CAM está en una buena relación, son prebendas, en el área 5 han puesto de dirección asistencial a una enfermera (...) yo creo que no es razonable (...) en esos puestos deben estar los que conocen bien el campo, la asistencia médica la conoce mejor un médico que una enfermera y la asistencia de enfermería una enfermera.

Todo el proceso falla en el momento en que los gerentes son cargos políticos, que la dirección médica y las jefaturas de servicio son cargos políticos (...) el hospital está pensado como una máquina electoral...un hospital puede servir para ganar votos (...) sólo les importa la "satisfacción del usuario", muy ficticia, sin saber la calidad asistencial que están dando (...) es poder vender cifras (...) en el fondo no se trata del usuario de los servicios, se trata de que habitantes de Majadahonda, que no necesitan atención urgente, ven que tienen hay un hospital cerca de casa y que leen que se han atendido x partos y dicen "mira que bien funciona", pero no conocen la realidad El personal de limpieza y los tigas (...) no hay estructura de poder, no hay organización,

"tenemos una tasa de cesáreas altísima del veintitantos por ciento (23 o 25) para ser de bajo riesgo el hospital es tremendo."

"y esa sensación de estar viviendo el peor año de tu vida, relaciones como trabajador nefastas y luego percibir como la calidad asistencial se deteriora"

"empiezan las amenazas directas, la dirección llamando a la coordinadora diciendo que van a rodar cabezas, empieza una pelea en la que sabes que tienes todas las de perder, jugando contra gente que tiene el poder y no duda en usarlo"

"el hospital está pensado como una máquina electoral (...) un hospital puede servir para ganar votos (...) sólo les importa la "satisfacción del usuario" muy ficticia sin saber la calidad asistencial que están dando (...) es poder"

hay tigas y celadores que no dependen de la misma jerarquía unos pueden hacer una cosa, los otros no (...) es un caos porque parece moverte en tierra de nadie para mover a un enfermo (...) muchas veces le llevas tú a rayos.

Un problema importante en la relación con los jefes es que gestores, jefes de servicio o coordinadores no son los profesionales de mayor prestigio, son gente dócil, obediente y en muchos casos con una experiencia profesional escasa. Son jefes nominados pero no líderes de prestigio profesional ni respetados por sus compañeros médicos. El posible respeto en el cargo de gestor no tiene la misma valoración que un buen profesional, el jefe no es un jefe-líder, cada decisión que tome es cuestionada, criticada y no respetada. Para que un jefe de servicio sea respetado decía un médico debe *“ser el mejor médico del servicio, el más preparado, próximo a sus compañeros y pacientes; en el sentido clínico, debe ser el que más sabe si no ¿Cómo vas a respetarle?”*.

Las relaciones entre compañeros no son buenas ya que están *“prematamente quemados todos los trabajadores”* por la presión asistencial, por la falta de medios y por el nulo apoyo de los jefes de servicio. La relación profesional vertical es frustrante. Por un lado, porque los jefes no son resolutivos, la canalización de problemas, incidencias, quejas y carencias mediante escritos dirigidos a coordinadores, jefes de servicio o directivos, carecen de utilidad y resolución. Por otro lado, porque quienes ocupan puestos de responsabilidad y coordinación no son profesionales de reconocido prestigio sino personal dócil y afín a la gerencia y dirección.

4. Externalización de los servicios

La externalización de servicios “no sanitarios” ha sido el proceso más precoz de privatización en los hospitales. Ya con gobiernos autonómicos anteriores estos servicios se llevaban a cabo, en muchos de los centros públicos, por parte de empresas privadas. Un tema que fue introducido silenciosamente, que nunca gustó a los empleados públicos, pero que fue calando en todos los hospitales madrileños. Pero ha sido la privatización de servicios estrictamente sanitarios, como los laboratorios y el diagnóstico por la imagen, junto con la contratación y dependencia de personal, lo que ha motivado mayor número de quejas.

Matrona: *Si llego a saber la situación no me traslado (...) sabía que iba a ser difícil, pero esta diferencia. Yo he notado un cambio (...) la mayoría de los cambios son más en la gestión que en mi trabajo cotidiano, no hay protocolos, es un caos...hay déficit de recursos, tanto materiales como de personal, que influyen en el resultado...toda la externalización de los servicios también se nota, en los hospitales públicos hay externalizados algunos servicios, limpieza, catering, cafetería (...) pero ahora hay un montón de servicios que son privados y funcionan como una privada, fatal...no hay celadores hay un personal que se llama Tiga, que son un personal escaso sin formación y que no dependen de los sanitarios. Cuando yo necesito urgente llevar a quirófano a una señora para una cesárea por bradicardia fetal, es que tiene que ser en cinco minutos, a nadie le importa tirar de cama, pero no se trata de eso, tiene que haber unos mínimos cubiertos.*

La esterilización es privada, de lunes a viernes funciona de tal a tal hora, pero los fines de semana no, los partos son los partos, no se programan igual un jueves que un domingo (...) nos quedamos sin cajas de parto estériles (...) y se hace un ciclo rápido por gente no preparada que hacen un ciclo rápido de 15 minutos. Otro servicio externalizado son los laboratorios (...) en un paritorio cuando se dice urgente es urgente, no es capricho, y puede tardar 4 horas para un VIH, para un estudio de coagulación (...) nosotros no tenemos ese tiempo para garantizar la vida de la madre o del niño (...) yo he trabajado en otros hospitales y no tardan tanto (...) y además del tiempo está el hecho que de ir y venir se corre el riesgo de que se pierdan las muestras, del deterioro de las propiedades de la muestra por ir y venir (...) bueno esto no sé si se preservan las condiciones o no. El catering, pues igual, la comida (...) no llega igual ni para enfermos ni para empleados. Un hospital de, no sé unas 400 camas, por la noche una señora de la limpieza para todo, quirófanos, urgencias, paritorios (...) a esa pobre mujer ¿cómo vas a presionarla para que se dé prisa y venga a limpiar un paritorio?

Matrona: *El catering fatal, lo lleva la marca Arturo, lo de siempre (...) poco y una anécdota (...) bajé un poco tarde del paritorio y no había nada para comer y les dije “como no hay comida”, “es que se ha terminado” (...) “pero si es de nueve a diez y son las diez menos diez, no hemos podido bajar antes” (...) “te puedo dar” (...) me dió unas croquetas tiesas (...) “bueno, pues dame pan” (...) “no tenemos pan”, eso fue el colmo, pedí la hoja de reclamaciones y no tenían y les dije pero si eso es ilegal (...) por la mañana hablé con el encargado y me dijo que no me daba la hoja de reclamaciones (...) al final tuve una reunión con un alto cargo de la concesionaria, yo hice la reclamación al hospital y a la CM (...) no ha vuelto a ocurrir.*

Médico: *El abaratamiento de los costes se nota en todo, en las comidas de los pacientes y del personal de guardia, en el servicio de lavandería. Los uniformes ahora son deformes, unisex y tres tallas sin posibilidad de ajustes, debes moverte en esas tallas y parecemos payasos. Hemos perdido dignidad con unos pijamas que nos vienen grandes o justos, que llevamos sin botones o con los bajos descosidos, a no ser que te hagas los arreglos en casa. Antes el hospital tenía servicio de lavandería y costureras, arreglaban y adaptaban los uniformes (...) los servicios de mantenimiento, un desastre; para cambiar una bombilla tienes que hacer una solicitud ministerial que se mete en un sistema burocrático donde la petición termina perdiéndose o entrando en una espiral sin fin.*

“pero ahora hay un montón de servicios que son privados y funcionan como una privada, fatal”

“Cuando yo necesito urgente llevar a quirófano a una señora para una cesárea, por bradicardia fetal, es que tiene que ser en cinco minutos”

“Otro servicio externalizado son los laboratorios (...) en un paritorio cuando se dice urgente es urgente, no es capricho y puede tardar 4 horas para un VIH, para un estudio de coagulación (...) nosotros no tenemos ese tiempo para garantizar la vida de la madre o del niño”

“Un hospital de, no sé unas 400 camas, por la noche una señora de la limpieza para todo, quirófanos, urgencias, paritorios (...) a esa pobre mujer “¿cómo vas a presionarla para que se dé prisa y venga a limpiar un paritorio?”

Enfermera de planta: “insuficiente personal o está mal distribuido y a las plantas no nos llega.” En los hospitales antiguos había una limpiadora presencial por turno (...) “Aquí solo se limpian habitaciones y salas de personal por la mañana y por la tarde lo único que viene a hacer es las altas y a retirar las bolsas de basura que generamos nosotros (...) que muchas veces nos rebosan y no las retiran.

Auxiliar de enfermería: “Aquí limpiadoras lo normal son 11 quirófanos (...) y hay 3 limpiadoras y 3 tigas para quirófano, la REA y la URPA (...) antes teníamos 4 celadores para 5 quirófanos y 3 limpiadoras para 5 quirófanos. Aquí por la tarde solo hay un tiga y una limpiadora independientemente del número de quirófanos que estén funcionando. A veces las limpiadoras de otros servicios se ayudan entre ellas (...) Es un tema desastroso (...) en cuanto te viene una cirugía de urgencia tiene funcionando a lo mejor 5 quirófanos y una sola limpiadora (...) eso tiene muy aburridos a los cirujanos. Hay falta de limpieza, naturalmente (...) las limpiadoras van a toda pastilla (...) y el suelo hacen así alrededor de la mesa cuando lo hacen (...) y te vacían las bolsas de la basura y te hacen un fregado por encima alrededor de la cama (...) y en cambio en la Torre te fregaban los suelos entre una operación y otra (...) Los cirujanos van metiendo mano y se va solucionando: venía el instrumental sucio (...) En el hospital público lo hacíamos nosotras, nosotras limpiábamos el material y lo esterilizábamos allí mismo. Aquí lo hace la empresa privada (...) se dan unas palizas tremendas.”

Técnico laboratorio: “a las de la limpieza no las da tiempo, sólo son dos señoras para todo el hospital, por la mañana y las noches (...) las limpiadoras no pasan nunca por la mañana por el laboratorio y por las noches se limitan a vaciar las papeleras (...) hay mierda por un tubo, cada uno tenemos que limpiarnos el puesto de trabajo”.

Enfermera de planta: “la cocina son comidas precocinadas (...) ahí sí que hemos luchado un montón porque las comidas están mal elaboradas (...) dicen que hay una dietista (...) pero sí que es verdad que nos hemos encontrado con dietas para pacientes renales, en las que tú especificabas sin potasio y te subían una naranja así de gorda (...) y en todo tipo de dietas, en diabéticos (...) que te meten las galletas con azúcar, o te suben con azúcar, que a los pacientes diabéticos no les suben meriendas (...) las dietas están mal elaboradas. Incluso el servicio de endocrinología ha tenido que hablar con la dietista porque subían dietas no adecuadas”.

Enfermera de planta: “Muchas veces no tenemos ni sábanas, ni pijamas y tenemos que buscarnos la vida, si no hay sábanas, si no tienes pijama o camisón los dejas desnudos y bien tapados hasta que llegue la lencería (...) No había bodies para los recién nacidos (...) las auxiliares decían a los familiares que le trajeran ropita de casa (...) las sábanas (...) teníamos que quitarnos ropa entre servicios (...) había poca ropa.”

Enfermera de planta: “Tenemos que especificar el nivel de urgencia con el que necesitamos la reparación. A ellos les llega y lo ven (si le das nivel 5 –que no corre excesiva prisa-, ellos pueden venir a los 2 días o a los 10 minutos, según les dé”.

Enfermera de urgencias: “La diferencia entre los hospitales viejos y los nuevos es la falta de personal, (...) la limpieza brilla por su ausencia (...) tú pasas la mano por una mesa en los controles y te llenas de pelusa (...) las tenemos dadas un nombre a las pelusas (...) No es culpa de las limpiadoras, es que no hay personal suficiente (...) aquí hay un vomito en un box, se pone un empapador encima del vomito para taparlo y hasta dos horas después no aparece una limpiadora para quitarlo y, mientras, han pasado por allí 3 enfermos distintos (...) “antes en los hospitales antiguos tenías en tu control un celador y una limpiadora (...) aquí por la noche hay 2 limpiadoras para un hospital tan grande, ponte a limpiar papeleras (...) no llegan y luego tienen que hacer todos lo que se van de alta en urgencias (...) y muchas veces no aparecen y tenemos que limpiar nosotras las camilla con un spray y cama caliente, eso es cama auténticamente caliente,. De lo que se va uno metemos a otro (...)”.

TIGA: “Había un chico sudamericano que cobraba 200 º menos que yo, con el mismo contrato (...) cobrábamos 938 º y ahí metían todo, las extras, todo (...) el chico sudamericano tenía el mismo contrato, hacía lo mismo que yo y cobraba 200 º menos (...) y utilizaban contratos de ayudante de veterinario (...) al principio los contratos ponían celadores y cuando se dieron cuenta querían romperlos y poner TIGAS (...) a la mayoría de esos contratos los han echado”.

“Aquí por la tarde solo hay un tiga y una limpiadora independientemente del número de quirófanos que estén funcionando”

“pero sí que es verdad que nos hemos encontrado con dietas para pacientes renales, en las que tu especificabas, sin potasio y te subían una naranja así de gorda (...) y en todo tipo de dietas, en diabéticos (...) que te meten las galletas con azúcar, o te suben con azúcar, que a los pacientes diabéticos no les suben meriendas (...) las dietas están mal elaboradas”

“aquí hay un vomito en un box, se pone un empapador encima del vomito para taparlo y hasta dos horas después no aparece una limpiadora para quitarlo y mientras han pasado por allí 3 enfermos distintos”

“Había un chico sudamericano que cobraba 200 º menos que yo, con el mismo contrato”

5. Percepción de la calidad asistencial

La percepción generalizada es la de un deterioro muy importante de la calidad asistencial. Las comparaciones con los hospitales públicos son continuas, la mala calidad de los servicios dependientes de las concesionarias, la escasez de trabajadores contratados por la concesionaria y su falta de formación para tareas relacionadas con la atención directa a los pacientes, la escasez de médicos y enfermería, la falta de tiempo para atender a los pacientes con un mínimo de dignidad, los contratos basura, las cargas de trabajo, la inexperiencia, la falta de aparataje y su obsolescencia en algunos casos, conforman un cuadro cuanto menos preocupante.

Matrona: *En una misma planta están obstetricia, pediatría y medicina interna, con lo cual hay aumento de riesgos, de infecciones, de cesáreas, de reingresos neonatales, los recién nacidos son niños sanos pero que están con abuelos con neumonías, con niños con bronquiolitis. La mayor población de riesgo una puérpera y un neonato con una anciano con múltiples infecciones (...) en dos días se infectan. La idea ahora es que se reúnan representantes de matronas, una de cada centro para una puesta en común, es una especie de comisión.*

Se aprovechan de que todo sale adelante porque no lo haces por el hospital, por la dirección, lo haces por la mujer, por tu compañera (...) las cosas las haces por la señora (...) no puedo esperar a que venga el celador si está la pobre empujando.

Matrona: *Hay una diferencia abismal entre el Tiga y el celador, abismal (...) son pocos, no tienen experiencia, no tienen formación (...) hay diferencia entre la gente que trabajamos para la institución y la que trabaja para la concesionaria... muchos son extranjeros, no conocen el idioma (...) están como acojonados, claro (...) yo creo que por la noche son sólo 4 o 5 para todo el hospital, para hacer cambios posturales, para quirófanos, traslados de muestras.*

Y limpieza (...) por la noche y fines de semana dos o tres para todo el hospital (...) son señoras mayores, extranjeras que cobran 700 euros, fíjate qué ahorro para la concesionaria y eso nos choca a los antiguos que estamos acostumbrados en la pública a otra cosa; la de la limpieza está fija en paritorios para atender a todo lo que surge, tras el parto y antes, un vómito, unas heces, un líquido amniótico. Además, la comunicación con todos los servicios que lleva la concesionaria se hace a nivel informático (...) un programa que se llama SPS funciona como un correo electrónico, envío un sps con un código de urgente, más urgente, etc. para pedir un celador, una señora de la limpieza, una comida, etc. Y el código tiene adjudicado un tiempo; si se pasa el tiempo, llamo por teléfono a su jefe y les penalizan (...) esto da un trabajo tremendo al sanitario y un cargo de conciencia llamar al jefe cuando sabes que la pobre chica está hasta el cuello, que encima la penalicen (...) es cruel sabemos que no es su culpa el retraso, pero por otro lado yo no puedo asumir el trabajo de otro (...)

Médico: *Quejas del usuario sí hay, pero es que tienen un circuito: de urgencias va a gerencia y de aquí se remite al jefe de urgencias, un jefe que se pelea por que den de comer a los pacientes de urgencias, que han estado 8 meses sin comer, que se te cae la cara... la jefa que se pelea encima tiene que pedir perdón al usuario porque no está esto o lo otro (...).*

Enfermera de planta: *“los celadores son insuficientes, no hay uno por planta, no hay uno presencial como en los hospitales públicos” (...) hay veces que pides un TIGA para trasladar a un paciente de alta, pero el TIGA tarda tanto tiempo que la ambulancia llega y se acaba marchando vacía sin el paciente, y este se queda en el hospital (...) incluso se han ido al día siguiente (...) si están en la parte inferior del hospital no tienen cobertura y les salta el contestador y muchas veces ni oyen el contestador (...) son teléfonos móviles (...)*”

Enfermera de planta: *“No hay suficientes médicos, (...) hay más carga de trabajo que en los hospitales tradicionales (...) los médicos pasan planta y consulta la misma*

“los celadores son insuficientes, no hay uno por planta, no hay uno presencial como en los hospitales públicos (...) hay veces que pides un TIGA para trasladar a un paciente de alta, pero el TIGA tarda tanto tiempo que la ambulancia llega y se acaba marchando vacía sin el paciente”

mañana". Las enfermeras tampoco, antes éramos 2 enfermeras los fines de semana y no llegábamos. Hemos presionado para ser 3 los fines de semana a costa de trabajar nosotras mas fines de semana pero dar mejores cuidados de enfermería y no trabajar con ese nivel de estrés.

En este hospital al principio, cuando éramos 2 enfermeras, llevábamos 15 pacientes a diario, ahora ya somos tres y llevamos 10, menos las noches que llevamos 15. En el otro hospital como máximo 10, pero lo habitual era 7 u 8.

Los fines de semana es habitual no tener tiempo para atender a los pacientes; somos 2 enfermeras y 2 auxiliares para 30, no te da tiempo (...) si de 15 pacientes que tienes, tienes 10 que son totalmente dependientes, se lava la cara, el culo y nada más, no da tiempo a más"

Faltan especialistas en la guardia: como especialistas de guardia están los cirujanos, cardiólogos, gines y traumatólogos. Los otorrinos, los urólogos están de guardia localizada en su casa. Si les llamas vienen con muchas reticencias (...) Los oncólogos y los hematólogos los fines de semana son inexistentes, asumen sus guardias los internistas (...) les preguntas a éstos cosas y (...) los neumólogos y los neurólogos hacían guardias al principio, ahora ya no (...) y de los cirujanos vasculares no tengo conocimiento de que existan (...)"

Auxiliar de enfermería: "Ha habido problemas con los ginecólogos, ellos reclaman un equipo para ellos, pero sólo hay un equipo de guardia por la noche para todos: una auxiliar y dos enfermeras para todos. Se ha dado el caso de estar en una cirugía, una obstrucción, una tripa y venir una cesárea urgente (...) la enfermera que esta lavada tiene que deslavarse, meterse en la cesárea (...) y a veces se han dado casos de abrirse tres quirófanos con un equipo (...)"

TIGA: "Las diferencias con los hospitales públicos son todas (...) en este hospital es una empresa de seguridad la que lleva los Tigas, no sabía del funcionamiento de los celadores (...) además te mandan venir 2 horas por la mañana, te vas y luego vuelves. Incluso puedes irte a las 4 de la noche y volver a las 6 horas (...). Por la noche, para todo el hospital éramos 3 TIGAs para todo (...). Se funciona con un móvil (...) Te estaban continuamente llamando (...) era como un agobio (...) yo del estrés tiré el teléfono (...) yo no puedo estar sujetando una raquí (...) y coger el teléfono porque me están llamando (...) entrábamos con el teléfono móvil en el quirófano, en la UVI (...) y si no lo coges el encargado te amenaza: que sea la última vez que no lo coges (...) me di de baja, llamé a la empresa y al día siguiente recibí un burofax con el despido (...) y ponía falta grave, despido improcedente."

Enfermera de urgencias: "Muchas veces se te ponen 2 pacientes malos a la vez, que a mí ya me ha pasado, en camas y ¿Qué haces? ¿Adónde vas? ¿Dónde te diriges?, ¿Qué, haces como dios, y dices este se muere y este no? Porque te sientes muchas veces así (...) sólo con 2 enfermeras y 2 auxiliares por la mañana (...) es horrible (...) o tenemos medicina interna y los traumas y cirujanos de guardia, pero si se meten a operar, los pacientes tienen que esperar 4 o 5 horas hasta que les vean".

Técnico laboratorio: "La carga de trabajo es impresionante (...) básicamente hay dos problemas: la falta de personal y la cantidad de muestras que se procesan al día, tengo la sensación de ser una churrera de feria, no controlo absolutamente nada (...) a primera hora estas despejado y sabes lo que estás haciendo pero cuando llevas 3 o 4 horas trabajando no controlas absolutamente nada, se te escapa todo de las manos. La organización es tremendamente mala (...) nos cambian constantemente de tareas (...). Antes procesábamos unas 2.000 muestras, ahora unas 3.000 (hematología). Ahora procesamos el doble de muestras con la mitad de personal (...) no damos abasto".

Enfermera de planta: Creo que ha habido terminales falleciendo con dolor, al principio era general, ahora parece que está siendo menos, también porque nosotras estamos metiendo caña a los a los médicos porque al final los que los vemos morir somos nosotros y los que sufrimos todas las complicaciones somos nosotros. Decimos: ¿no te has planteado poner una bomba de mórfico (...) ? Al principio los pacientes morían muy mal, con dolor y haciéndoles pruebas hasta el último momento, de escáner,

"cuando éramos 2 enfermeras llevábamos 15 pacientes a diario, ahora ya somos tres y llevamos 10, menos las noches que llevamos 15. En el otro hospital, como máximo 10, pero lo habitual era 7 u 8"

"te mandan venir 2 horas por la mañana, te vas y luego vuelves. Incluso puedes irte a las 4 de la noche y volver a las 6 horas"

"tenemos medicina interna y los traumas y cirujanos de guardia, pero si se meten a operar, los pacientes tienen que esperar 4 o 5 horas hasta que les vean"

"tengo la sensación de ser una churrera de feria, no controlo absolutamente nada (...) a primera hora estas despejado y sabes lo que estás haciendo pero cuando llevas 3 o 4 horas trabajando no controlas absolutamente nada, se te escapa todo de las manos"

"Ahora procesamos el doble de muestras con la mitad de personal (...) no damos abasto"

"La atención ha perdido calidad, hay menos personal, vas corriendo, haces lo más apremiante (...) vigilas las úlceras un día sí y otro no. O si tienes que vigilar las vías"

transfundiéndoles (...). La atención ha perdido calidad, hay menos personal, vas corriendo, haces lo más apremiante (...) vigilas las úlceras un día sí y otro no. O si tienes que vigilar las vías (...) De todo el personal, medicina, enfermería, auxiliares, ha disminuido. Algunos pacientes al ver el hospital tan nuevo, tan bien puesto, habitaciones individuales, se creen que están en un hotel y tienen unos niveles de exigencia grandísimos que antes no había visto en los hospitales donde trabajé (...) otros pacientes se dan cuenta de lo pocos que somos y ahí nosotros metemos las puyas y les pedimos que pongan reclamaciones.

A mí me han faltado hasta agujas para pinchar (...) Los apósitos para las úlceras (...) no hay y a veces les decimos a los pacientes que los compren, por ejemplo las cremas barrera (...) los materiales son de muy mala calidad (...) pones una vía hoy y mañana el paciente tiene una flebitis (...) que con otro abocat eso no pasaba.

Auxiliar de enfermería: “Cuando hacen guardia los jóvenes temblamos, hay algunos que van a la urgencia a buscar algo para meterlo en quirófano a las 3 de la mañana, aunque no sea urgente. Yo entiendo que tienen que aprender pero (...)”

Enfermera de urgencias: Los médicos (...) hay de todo (...) hemos tenido gente muy buena y muy maja y han aguantado 2 días, por el modus operandi de este hospital (...) tú llegas allí y ves a uno y dices ¿y éste quién es? Hay una panda de 4 o 5 que como te toque la guardia con ellos se satura la urgencia (...) Hay muchos que no tienen el MIR hecho, que lo tienen que consultar todo, todo lo preguntan a los demás, (...) y que te dejan en observación un estreñimiento en una chica de 26 años para ponerle enemas por turno (...) Las plantas son polivalentes, excepto cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría, las demás son polivalentes, lo mismo puedes tener una neumonía que una tuberculosis que un oncológico, en la misma planta con el mismo personal atendiéndoles.

Esterilización (...) falta mucho material, no hay portas, ni pinzas, mosquitos.....sobre todo los sábados y domingos (...) como el sábado y domingo no hay almacén, no reponen, (...) ni farmacia (...) En el hospital antiguo si necesitaba un medicamento llamaba por teléfono y te la envían, aquí hay que organizar un pollo que parece que te la vas a tomar tú” (...).

Técnico laboratorio: “Las muestras de los hospitales de referencia empiezan a llegar entre 8,30 y 9 horas (...) desde las 9 de la mañana a las 13,45 horas están llegando casi todos los días las muestras de los pacientes de los centros de salud (...) y se han extraído a las 9 de la mañana (...) Hay un margen de 5 horas con las muestras circulando por las carreteras (...) “cuando llegan las muestras de hospitales, las muestras de primaria se quedan paralizadas, se echan atrás, los hospitales tienen preferencia, por lo cual a lo mejor ha llegado una muestra de primaria a las 9 de la mañana y a las cuatro de la tarde aun esta sin procesar (...) se come la glucosa del plasma y se destruyen las células (...) Hay muchas muestras coaguladas (...) cuando piden los médicos de primaria (...) no nos llegan las peticiones del médico por el Selene (...) nosotros las trabajamos pero no se envían los resultados (...) nos piden las pruebas duplicadas a su hospital de referencia porque no se fían (...) .Es un trabajo continuo, presionando (...) además estamos a cargo de 2 y 3 aparatos (...) te están llamando continuamente (...) buscando tubos extraviados (...) es un descontrol total (...) parece ser que el sistema iba a ser maravilloso pero no es así (...) bueno no te voy a contar más (...) ha sido un deterioro de la calidad (...)”.

Técnico laboratorio: “Nos cambiaron los aparatos diciendo que iba a ser a mejor y resulta que son aparatos antiguos (...) el coagulómetro era del año catapún y el que nos han traído ahora es de los años 80, es de tercera mano y además está roto....hemos ido para atrás en cuestión de aparataje, de salario, de todo en relación al sector público (...) Hacemos trabajo de facultativo (...) él solo atiende a las reclamaciones (...) todo lo que sea patológico nosotros tenemos que validarlo y creo que no estamos habilitados para validarlo los fines de semana y las noches porque no hay facultativo, él sólo está por la mañana y por la tarde (...) nos toca hacerlo a los técnicos y no estamos capacitados (...) nadie lo firma, nosotros los validamos por el ordenador y por el Selene y le llega al médico que lo ha solicitado (...) sin supervisión de ningún tipo (...) nos llegan medulas, liquido cefalorraquídeo (...) los médicos nos han pasado la responsabilidad a nosotros.

“Cuando hacen guardia los jóvenes temblamos, hay algunos que van a la urgencia a buscar algo para meterlo en quirófano a las 3 de la mañana, aunque no sea urgente. Yo entiendo que tienen que aprender pero (...)”

“Las plantas son polivalentes, excepto cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría, las demás son polivalentes, lo mismo puedes tener una neumonía que una tuberculosis que un oncológico, en la misma planta con el mismo personal atendiéndoles”

“ha llegado una muestra de primaria a las 9 de la mañana y a las cuatro de la tarde aun esta sin procesar (...) se come la glucosa del plasma y se destruyen las células (...) Hay muchas muestras coaguladas (...) cuando piden los médicos de primaria (...) no nos llegan las peticiones del médico por el Selene (...) nosotros las trabajamos pero no se envían los resultados (...) nos piden las pruebas duplicadas a su hospital de referencia porque no se fían”

TIGA: *“Formación (...) nos dieron un curso fuera de horas de trabajo (...) la gente que empezó a trabajar de TIGA sólo 4 habíamos trabajado de celador, el resto eran fruteros, amas de casa, limpiadoras de hogares, había de todo (...) siguen sin haber formado a ningún TIGA para hacer autopsias...lo hace una que no tiene ni idea (...) las hace con un médico y un enfermero (...) la primera vez no tenía ni idea (...) Nadie lo sabe hacer y ella tiene que limpiar la mesa, ayuda al médico a coger los órganos y todo eso, a pesarlos (...) ella lo que dice es que no sabe si tiene que limpiar todo al acabar*

Los muertos salen por la calle, la primera vez que falleció uno (...) se supone que este hospital tenía un ascensor directo al mortuario, pero no lo tiene, tienes que sacar al cadáver por el muelle, por donde entra toda la mercancía, hay una rampa y desde allí al mortuario. No nos dieron ninguna preparación (...) además las cámaras están encendidas, las cámaras donde metes al cuerpo están encendidas (...) una vez falleció uno y no vinieron los familiares, nos dijeron que lo metiéramos y apareció el familiar, y cuando llegó el familiar se disgustó pero no lo sacaron, ya no se puede sacar (...) yo sé que está prohibido meter el cadáver inmediatamente en la cámara...tienen que pasar unas horas porque parece que está muerto pero no está (...) y si tú le metes en la cámara ya (...) tal como tú le bajas le metes (...).“

“la gente que empezó a trabajar de TIGA sólo 4 habíamos trabajado de celador, el resto eran fruteros, amas de casa, limpiadoras de hogares, había de todo (...) siguen sin haber formado a ningún TIGA para hacer autopsias (...) lo hace una que no tiene ni idea”

“yo sé que está prohibido meter el cadáver inmediatamente en la cámara (...) tienen que pasar unas horas porque parece que está muerto pero no está (...) y si tú le metes en la cámara ya (...) tal como tú le bajas le metes”

6. Los paritorios

Los paritorios son servicios muy específicos, por un lado porque los profesionales de enfermería deben ser especialistas y, por otro lado, por ser un lugar de situaciones de urgencias. Resulta imprescindible la proximidad de los ginecólogos para resolver determinadas situaciones clínicas que surjan y, además, una perfecta coordinación con servicios de neonatología, unidades de cuidados intensivos y con la coordinadora de camas por si fuese necesario el traslado del neonato o la gestante a otro hospital. El nuevo hospital de Arganda tuvo serias dificultades desde su inauguración debido a la escasez de ginecólogos y de matronas, y por no tener recursos para atender embarazos de riesgo. La insostenible situación estalló al poco tiempo de inaugurarse el hospital y la noticia salió en medios de comunicación por tener que cerrarse el servicio.

Situación diferente fue la de los paritorios del hospital de Majadahonda donde se cuidó de manera especial el buen funcionamiento y la imagen del servicio. Para algunos esto se debió a que está ubicado en una zona de Madrid de cierto nivel socioeconómico, a diferencia del hospital de Arganda o de Vallecas. Un médico indicaba *“la obstetricia, da muy buena imagen a un hospital, tienes habitaciones enormes con tele de plasma donde va a nacer tu hijo, tú sola en la habitación con tu niño al lado”*.

Matrona: *Estamos teniendo una media de tres partos por guardia hay días que estamos dos matronas. Abrimos en abril (2009) se supone que había una dotación de 12, que no había, cuando se abrió había un gine para todo, para urgencias, para planta, para quirófano (...) las cesáreas las hacía con un cirujano, y (...) sólo había un cirujano, cuando había una apendicitis, se metía el gine a lavarse con el cirujano (...) con lo cual cuando yo tenía una bradicardia en el paritorio y la gine estaba lavada con el cirujano (...) imagina lo que suponía eso (...) todos los días pasaba algo, más grave o menos (...) que si un día no había material, me río por no llorar, no me puedo sorprender (...) pues si aún me sorprende.*

Vinieron dos gines, y empezaron a quejarse (...) al jefe de servicio, sabía que tenían razón (...) entonces la dirección invitó al jefe de servicio a marcharse porque su política de actuación no era concordante con la dirección. Palabras textuales le “invitaron a marcharse por no colaborar con la dirección (...) un gine de guardia, saliente se supone que no está, pues le obligaban a pasar consulta (...) entonces se pusieron de acuerdo las ginecólogas dimitieron en bloque (...) se cerró el servicio durante... alguna de hecho (...) bueno, se fueron en septiembre (2009) o así (...) las últimas se quedaron como cuatro o cinco sólo, entonces, esto es extraoficial, se pusieron de acuerdo y dijeron “el lunes no venimos ninguna (...) eran tres y no podían cubrir la guardia (...) el lunes todas de baja (...) lo que pasa es que la que estaba de guardia no podía salir (...) pero bueno, lo hablaron entre ellas (...) esto no es sólo un alarde de valentía, es de responsabilidad (...) total que me fui de vacaciones y cuando volví, no tenía jefe de servicio, las gines se estaban yendo (...) yo alucinaba (...) lo único que pedían era estar al menos dos de guardia, tampoco era una reivindicación rara.

Estuvimos cerrados desde octubre, era vergonzoso, salió en prensa, en televisión (...) la dirección no hace nada (...) un hospital nuevo que todo interesa que salga bien y nadie hace nada (...) a mí me llevaban los demonios, gestaciones de 35 semanas, fetos con malformaciones... peregrinación de las señoras de un sitio a otro, ahora ¿dónde me van a ver? Se empezó a derivar al Marañón (...) el periódico El País editó una carta o no sé qué que decía que la dimisión de las ginecólogas había sido porque eran jóvenes e inexpertas (...) la misma Consejería de Sanidad que había dicho que “esas jóvenes” no sabían trabajar, que se habían agobiado por estar solas, las solicitó una por una para que volvieran porque no encontraban a nadie (...) el servicio cerrado porque no sé cuanto tiempo han obligado a médicos del Doce, de La Paz para que vinieran, mucha gente se negaba (...) con una amenaza de “si no vas a cubrir guardias a Arganda (...) y al final con un gine de guardia que vivía a más de 30 minutos del hospital (...) todo esto en menos de un año. Es un hospital de nivel medio (...) ante un embarazo de riesgo se manda al Marañón (...) la privada se lleva lo cómodo y a

la pública lo complicado. So convocó a dos o tres personas gines, nadie quería, incluso un jefe salió en el BOCM un viernes y el lunes renunció a la plaza nadie quería estar allí... Los gines de ahora han venido obligados, son de Rivas. Las consultas de Rivas no se hacen porque los ginecólogos están en el hospital (...) las embarazadas de allí no se ven, están como en lista de espera.

Personalmente no soy racista (...) pero reconozco que la formación de otros países es distinta, están viniendo de otros países, porque no quieren venir (...) hemos tenido matronas sudamericanas (...) pues han estado tres ya trabajando, no sé como las convalidan, ni qué título han presentado (...) a mí me extrañó porque M S P (asesora del Ministerio), me dijo que los expedientes están parados por no poder convalidar. Los sindicatos no están haciendo nada (...) hemos hecho escritos diciendo que nos quedábamos una sola en paritorio (...). La situación ahora es precaria pero nadie dice nada (...) por falta de interés, por miedo, tenemos turnos de 12 horas y hasta 56 urgencias al día. La última guardia tuvimos tres espátulas, dos partos y dejé tres señoras en una noche (...) sólo tengo dos manos. Me ha pasado de estar con un parto y dos señoras con monitores y van y te dicen "mira, bonita, tres partos en una noche se asumen perfectamente" eso es no tener idea de lo que dicen, en tres segundos se altera un monitor mientras atiendes un parto. Parece que han cedido en diciembre, estábamos una sola y el aumento ha hecho que contraten a más gente.

Matrona: Al principio se dijo que se atenderían a partir de las 34 semanas, pero luego se bajó a 32 pero eso es conflictivo para los neonatólogos que tienen muchos conflictos con su jefe (...) no hay condiciones (...) los neonatólogos no están a gusto y ponen muchas pegas (...) hay 24 camas de púerperas, en el paritorio se producen unos siete partos al día, las cesáreas están 3 y los partos 2 (...) el jefe de obstetricia ha propuesto altas precoces, una mujer sin episiotomía, con escasa intervención en el parto, que el niño está sano y mamando, mujeres marroquíes o de etnia gitana que tienen un apoyo en casa enorme pues se la puede proponer alta rápida y se optimizan recursos (...) bueno pues los pediatras no quieren bloquean el alta y se acumulan los pacientes, para decir mira cuántos niños tenemos (...) los neonatólogos están quemados, en el vestuario las oigo discutir pues ahora traen un pediatra que no sabe neonatología y yo no pienso asumir su trabajo (...) Antes la coordinadora del SUMMA funcionaba bien, pero ahora no (...) para trasladar a un prematuro es un trabajo de persona a persona, llamar a cada hospital "mira que soy tal por favor dame una incubadora" y se hace pero esto no es la solución, esto es limitado es una cosa puntual pero no puede utilizarse como sistema (...) esto genera angustia, presión y tensión entre profesionales (...) por otro lado claro el Marañón dirá me mandáis lo que no queréis y me suben los índices de morbi-mortalidad por que yo tengo los casos de más riesgo (...) muchos profesionales esto no lo han reflexionado (...) que estamos en un hospital de nivel medio y no podemos hacernos cargo de patología por mucho prurito profesional que queramos tener, tenemos rea y UCI pero con gente muy joven con poca experiencia es un riesgo.

Matrona: Cuando los dos gines están con una cesárea se queda el paritorio sin cubrir, hay una bradicardia pues se tacha a ver qué vas a hacer (...) la única opción es llamar al jefe de la guardia de hospital que ese día puede ser un oftalmólogo y tú me dirás que va a hacer el pobre hombre con la bradicardia (...) o bien que se deslave uno de los gine y ayude otro pero nosotros las matronas nos hemos negado a ayudar de manera sistemática, otra cosa es una urgencia pero las urgencias pueden terminar institucionalizándose.

Aquí también firmamos objetivos pero son ridículos, uniformidad, la revisión del carro, acudir a alguna charla o curso y te dan más puntos si tú das el curso.

7. La experiencia del servicio de urgencias del hospital de Majadahonda

El hospital de Majadahonda es el único de los 8 nuevos centros que tiene unas características especiales: surgió del cierre de un centro público ya existente (Puerta de Hierro), por lo que contaba con una plantilla inicial propia que la empresa concesionaria estaba obligada a asumir; en consecuencia es el único centro bien dimensionado (alrededor de 700 camas) y con una amplia cartera de servicios (mas de 60 especialidades). Estas características hacen que su servicio de urgencias sea el más completo de los 8 NNHH, por lo que decidimos estudiarlo.

El estudio se ha realizado en base a entrevistas, análisis del sistema de libros de incidencias utilizado durante meses por los trabajadores (puesto en marcha por su propia iniciativa), los correos electrónicos cruzados entre los trabajadores del servicio, y el informe enviado al Defensor del Pueblo, elaborado por parte de los profesionales de la urgencia que se constituyeron en la Asociación AMURG (Asociación para la mejora de la urgencia del hospital Puerta de Hierro). Todos los documentos nos fueron facilitados por los propios profesionales.

Los discursos de los profesionales ofrecen una visión completa del día a día en el nuevo servicio: sus relaciones con los pacientes; los intentos de solución de los múltiples problemas existentes; las respuestas de los mandos intermedios y las direcciones; el paulatino proceso de desgaste y deterioro del ánimo de los profesionales.

El malestar, inquietud y preocupación que muestran los trabajadores se va transformando, con el tiempo, en sentimientos mucho más negativos como la frustración y la rabia. Se sienten utilizados como meras herramientas humanas sin tener en cuenta sus opiniones ni su experiencia profesional. La degradación de las condiciones laborales y la excesiva presión asistencial acaban provocando situaciones de autentica ansiedad, que acaban incidiendo en la calidad de la asistencia ofrecida a los pacientes. El traslado a la nueva ubicación ha supuesto modificación de programación y desarrollo del trabajo clínico, los programas informáticos son complejos e insuficientes, por lo que se convierten en poco operativos e ineficaces para el profesional y un lastre al que dedicar un tiempo precioso que se debe restar al ya apretado dedicado al paciente. La planificación del traslado ha sido muy deficiente, pero esta responsabilidad parece no ser asumida por los gestores. Los múltiples informes de quejas elaborados por sindicatos médicos (FEMYTS) y por AMURG reflejan los múltiples fallos organizativos y estructurales. En concreto, esta asociación elaboró un informe en junio del 2009 cuyas tesis fundamentales eran que el servicio presentaba, desde el traslado, deficiencias graves, "muchas de ellas previsible y advertidas de antemano, que impiden la correcta atención médica; que, habiéndose evidenciado tales deficiencias, la dirección del centro y la Consejería de Sanidad no han puesto los medios adecuados para subsanarlas; que los trabajadores hemos hecho un esfuerzo ímprobo por poner en marcha la Unidad que no ha sido reconocido por la dirección del centro; y que, disponiendo de un análisis certero y preciso de los problemas y necesidades, no se está atendiendo a nuestra opinión". Se elaboraron y distribuyeron documentos informando de la grave situación al Director General de Hospitales de la Comunidad de Madrid y al Defensor del Pueblo, entre otros. La repercusión de estas quejas ha sido nula ya que no se han corregido las deficiencias notificadas.

Médico: *Estábamos todos igual llorando de impotencia, colas de pacientes que estaban ocho y diez horas delante de tí y no sabes qué es más urgente; simplemente los tienes ahí esperando, una sensación de caos, no puedes controlar a los residentes, para nuestra profesión lo peor es el descontrol, sentir que has perdido el control de las cosas.*

"Estábamos todos igual, llorando de impotencia, colas de pacientes que estaban ocho y diez horas delante de ti y no sabes qué es más urgente; simplemente los tienes ahí esperando, una sensación de caos"

Primera guardia, uno de octubre, entré a las tres horas, la sensación de cómo las ratas en el laberinto que empiezan a correr y chocan con las paredes, de dar vueltas por un sitio que no conocías, es que nunca lo habíamos visto. Un ordenador que no sabías

cómo buscar al paciente, ni cómo pedir las cosas. A las 14 horas, una hora más tarde sacamos papel y pusimos casilleros, se coge un papel se pone el nombre del paciente se pone aquí, se puso el sistema de papeles caseros el primer día y eso sigue funcionando igual ahora, hecho por nosotros (...) joder, que la dirección reconozca que la han cagado, ahora vamos a pasar de un sistema provisional a hacer algo bien tras un año (...) pero nada sigue igual.

Es patético, a los trabajadores se nos dice que trabajemos en equipo pero la dirección, cada mando van por libre (...) una urgencia necesita un única dirección, una voz (...) conseguir algo supone implicar a colectivos con distintos estatutos que cada uno pelea por lo suyo (...) Yo llego hasta aquí, esto no me corresponde, al final ¿quién hace las cosas?, los que más sobrecargados de trabajo están y los que tienen la responsabilidad más directa sobre el paciente (...) enfermeras y médicos lo hemos pasado fatal (...) Esto ha sido una falta de organización (¿y de liderazgo?), esto ha sido necesidad de abrir rápido un hospital, en plazos cortos, lo abrieron sin estar todo preparado, sin tener un buen equipo directivo (...) yo, ahora, a posteriori, veo que el volumen de trabajo nos superaba porque no teníamos un hábito de trabajo, no un sistema bueno (...) si hubiésemos tenido un mes o dos de formación de adaptación (...) el mismo trabajo dentro de una buena organización se rinde mucho más (...) pero, claro, en el principio, cuando todo era un caos pensábamos aquí hace falta más personal porque no doy a basto.

Majadahonda es un sistema raro, el personal sigue siendo público, otro personal son contratas de una empresa privada (...) yo, al hablar de hospital público, no me refiero a quién lo gestiona, yo hago referencia a que es un hospital público, tuyo, mío, de todos (...) a mí me interesa que esté bien gestionado (...) el edificio es (...) el truco es un jefe que le interesa dar el mejor servicio, electoralmente, y otro jefe que depende de la gestora que lo que le interesa es que todo ese servicio que presta el hospital no cueste mucho dinero y puedan ahorrar (...) el problema de las comidas en urgencias, seguro que era porque estaba concertado un número de comidas y no más, lo de urgencias, al no estar contratado, no se da y punto.

A enfermeras y a médicos les sigue pagando la consejería de sanidad y es el área 6 de la CAM.

El hospital va a funcionar muy bien dentro de 4 o 5 años, pero no tenía que haber pasado por todo esto, la urgencia sigue siendo desastrosa pero otros servicios que tienen autogestión por tener una jefatura de servicio empiezan a funcionar mejor...pero los primeros meses pasamos por robar material, robar sillones, ordenadores, era una situación de catástrofe, de pillaje.

Las cosas salen adelante por la voluntad de la gente (...) y no nos plantamos, teníamos que habernos plantado y haber dicho "esto no puede ser" (...) Como lo de los gines de Arganda.

Mandamos un informe de la asociación de urgencias al Defensor del Pueblo, nos contestó enseguida que iban a estudiarlo, a los meses nos mandó una carta que iba a solicitar un informe a la consejería (...) al final (...) nosotros en julio peleamos mucho pero yo llevaba gran parte de la carga, yo me iba y eso se quedaba un poco descabezado (...) llegamos a un acuerdo con la CAM, se echó al gerente, era lo principal, el nuevo está moviendo el hospital, la urgencia sigue como estaba (...) mandamos una carta reconociendo que la Consejería parecía que estaba haciendo cosas para mejorar la situación (...) basándose en esta carta la consejería le dijo al Defensor del Pueblo que todo estaba arreglado, que nosotros mismos lo reconocíamos y el Defensor del Pueblo me contestó: "ya he visto que se ha arreglado todo" yo ya me voy y en ese momento no es mi guerra (...) son guerras que al final no te conducen a nada. La actividad reivindicativa para que todo cambie para mejor, al final se basa en sentimientos muy negativos, frustración, rabia y eso no te lleva por el buen camino. No sé si te interesa (...) al principio dejábamos todo constancia por mail (...) era todo muy constructivo (...) luego surgió la asociación...el año pasado recuperamos todos los mail y los pusimos en un libro (...) al principio eran sugerencias pero se fue convirtiendo en experiencias personales, yo no puedo con esto (...) era algo (...) no sé si te interesa (...) yo lo tengo en mi casa en papel...quedamos con periodistas, se lo dimos (...) son documentos muy humanos que reflejan por lo que estábamos pasando

"pero los primeros meses pasamos por robar material, robar sillones, ordenadores, era una situación de catástrofe, de pillaje"

(...) esos documentos yo los iba a tirar porque me voy ya de España y nadie toma el relevo... tengo los libros de incidencias con cosas brutales "hoy 14 enfermos no han comido (...) me alegra que todo el trabajo que hicimos se recupere, parece que con la última carta del Defensor del Pueblo sirva para algo (...) si consiguierais hablar con el antiguo gerente, ese está desaparecido del mapa.

Mandamos un informe a la Organización Colegial, lo entregué en mano a un vicepresidente pero no tenemos respuesta.

Médico internista: No sé manejar la vía aérea, y realmente hasta que llegaron los anestesiastas, el trago fue muy difícil. El paciente estaba en fibrilación ventricular, tras un choque salió en ritmo sinusal. De nuevo presento fibrilación ventricular y un nuevo choque....Con el ambú le teníamos bien ventilado, pero vomitó y fue horrible. Llamamos a la UVI pero estaba con una HDA exanguinante atendida 30 minutos antes, y no podían bajar (...) ¿Podríamos organizarnos para hacer un curso fuera de nuestro horario laboral para el manejo básico?

Enfermera: "Tenemos una sola persona en triaje. El programa informático se bloquea. Lista de espera de hasta 2 horas para ser triados".

Enfermera: "A las 16:30 tenía 22 personas por triar y 4 ambulancias (...) Tiempo de espera hasta las 18:00 h: 1:50 minutos"

Enfermera: "A las 22 h. quedan 19 por triar. A las 3:45 de la mañana en espera de clasificar 6 pacientes"

Auxiliar de enfermería: Falta 1 auxiliar de enfermería en nivel II quedándose uno para atender las peticiones de 3 enfermeras y los médicos correspondientes. No hay electrodos para el aparato de electros. No hay almohadas ni mantas.

Auxiliar de enfermería: Cuando llegué encontré al nivel II con 32 pacientes y yo sola de auxiliar, no pusieron a nadie de refuerzo, estuve toda la tarde con una crisis de ansiedad (...) tú sola no puedes hacer las cosas bien.

Enfermera: No tenemos sistemas de sueros a la 1:00 de la mañana ni aparatos de nebulizaciones. El supervisor lo sabía y se fue a casa dejándonos el marrón y sin hacer su trabajo. Estamos pidiendo material planta por planta, es una vergüenza.

Enfermera: Solo hay un pulsi que funciona en el nivel II durante todo el día. No hay gasas y los familiares se quejan por falta de material. No hay papel de electro en toda la urgencia.

Enfermera: Somos 2 enfermeras en el nivel II hasta las 10:30 que llega la tercera, la cual tiene reducción de jornada sin cubrir. El EKG sigue sin transferir. Los monitores del Box Vital no funcionan desde hace más de 1 mes.

Médico: ¿Cuál es la diferencia de atribuciones entre los celadores y los TIGAs? ¿Son especies biológicas diferentes? ¿Por qué por la noche desaparecen y las muestras se pierden sistemáticamente, tanto más cuanto más inaccesible y doloroso sea el líquido biológico objeto de la muestra? Se pierden irremisiblemente LCR, sinoviales, pleurales y ascíticos (el pasillo de las Bermudas).

Paso hambre en las guardias. Hambre de verdad.

El otro día un paciente me pidió un yogur, o pan, literalmente: "aunque esté duro".

Médico: En mi guardia del día 30 la espera media para ser triados fue de más de dos horas!!! (...) Cuando empiecen a morir en la sala de espera sin ser triados, tal vez la Consejería (...).

Enfermera: He estado esta mañana en la zona de consultas; yo solita con mi auxiliar; las 2 para 2 consultas de trauma, 3 consultas de medicina general, 2 consultas de cirugía, 1 oftalmólogo y 1 otorrino (...) y todos reclamando una enfermera o una auxiliar (...) y los pacientes pidiendo también lo que les corresponde (...). Creo que hay cosas

"lo que quiere el ciudadano medio es un hospital cercano con unos niveles mínimos de cobertura, no la posibilidad de elegir entre diferentes proveedores"

"¿Cuál es la diferencia de atribuciones entre los celadores y los TIGAs? ¿Son especies biológicas diferentes? ¿Por qué por la noche desaparecen y las muestras se pierden sistemáticamente, tanto más cuanto más inaccesible y doloroso sea el líquido biológico objeto de la muestra?"

"El otro día un paciente me pidió un yogur, o pan, literalmente: "aunque esté duro"

"Cuando empiecen a morir en la sala de espera sin ser triados, tal vez la Consejería..."

que son intolerables como lo de hoy. No se puede tener una sola enfermera y una auxiliar para tantas consultas (...) No había paños estériles en toda la urgencia, y la supervisora de guardia nos ha indicado que mejor vayamos nosotras llamando planta por planta para ver si encontrábamos (...).

A las 14:20 había 2 camillas y varios pacientes triados con gravedad 3 (...). Tampoco había vacuna antitetánica (...). No voy a trabajar ni un solo día más yo sola en consultas para tantos especialistas, no sé lo que haré, si denunciaré en el juzgado de guardia, llamar al sindicato o llamar a la guardia civil (...) pero creo que no podemos dejar a la enfermería en bragas día tras día.

Enfermera: ¿Cómo expresar la indignación que hemos sentido esta noche? ¿Cómo es posible que falten tres enfermeras, sabiendo de antemano (una semana más o menos) que 2 de ellas iban a faltar? La consecuencia de esto es que se han quedado 2 enfermeras solas en el nivel II, dos enfermeras en el nivel I (con apoyo de un enfermero nuevo que no se le podía dejar solo un momento).

Médico: Casi todos hemos salido llorando de este infierno, o soñamos por la noche (pesadillas) con la urgencia, o nos levantamos angustiados para venir a trabajar, o tenemos que tomar tranquilizantes, o hemos pedido la carta de despido (...) parece que a nadie le interesan nuestros problemas (...) casi nos quitan la ilusión.

Enfermera: Esto me ha rematado (...). La mierda de calidad que ofrecemos a pesar de poner todas nuestras ganas, ilusiones y esfuerzos... ¡jo! Cuánto me jode estar así! Hace un año que trabajo en urgencias (...) en los primeros meses sentía que era lo mejor que me había pasado a nivel profesional. Si. Excesivo trabajo, desorden, caos (...) Pero era nuestra mierda (...) ¿y estos últimos seis meses? Ni por asomo, pensé que esto nos iba a desbordar tanto. A mí, ya se me ha ido de las manos y vengo con unas "diarreas" de la muerte, unos nervios (...) una llantina hoy mismo, en el coche, de camino (...). Creo que he claudicado (...) y no sé si pasar por Salud Laboral o pirarme de aquí con la "evitación" y la mala conciencia de dejar colgados a compañeros a los que se le están rompiendo los sueños que tejieron para sus vidas. Nos han engañado. Nos han engañado. Pero no puedo dejar de resistirme (...) Es que me da la impresión de que se ríen de nosotros, que nuestras vidas y las de la gente a la que atendemos les importa una puñetera mierda (...) y que la mierda huele y huele cada vez más. (...) pues como parece que somos capaces de quemar a (...) Pues digo yo que seremos capaces de "prenderle fuego" al Hospital si es preciso. ¿Cómo hacerlo? ¿Prensa? ¿Una denuncia masiva? ¿Huelga de las de verdad? ¿Atascar las urgencias? A mí, sinceramente, a estas alturas de la película (...) solo una decisión drástica y contundente podría hacerme levantarme de este desasosiego (...) estoy dispuesta a llegar hasta el final.

Enfermera: ¡¡¡Mierda, mierda, mierda!!! ¿Qué es para ellos calidad en la atención integral del paciente? ¡Pues una mieeeeerrrrrrdddaaa enoooooorme! Ojala que tengan que sufrir en sus carnes algún día esa calidad que damos en urgencias (me pido atenderles (...) y me pido ese día también el box vital, para ver si hay 18 paradas y les dejo desatendidos un ratito de nada (...) que como somos personal de sobra (...) y les encantará que nadie sepa quién es su médico (...). Y que estén cagados hasta arriba y la auxi no pueda cambiarlos (...) Ah! Y lo siento., PERO AQUÍ NO SE COME!!! (A estas horas ya no se pueden pedir dietas, la concesionaria solo trae bocadillos de chorizo aunque tengas 120 años, 1 diente y mucho colesterol...) Y TAMPOCO SE BEBE (Porque no tenemos vasos de plástico, así que sal a la máquina a comprarte una botella de agua (...). ¿Qué no puedes andar? ¡¡Cuánto lo siento!! ¿Tenemos que matar a alguien? Creo que ahora los sicarios están de oferta (...) Es que nos damos con un muro cada vez más grande. Por favor, compañeros, no podemos conformarnos, tenemos que unirnos de una vez y hacer LO QUE SEA. No nos merecemos este MALTRATO por parte de la dirección.

Médico internista: "Es impresionante la cantidad de mendrugos que se sientan en sus despachos y se creen que dirigen una oficina de turismo en lugar de un Hospital".

Enfermera: Hoy he pasado por riesgos laborales porque esto ya me ha superado. No sé qué hacer, si me quedo en casa de baja siento que he perdido y creo que ya no volveré con vosotros (...) vuelvo a soñar con la urgencia todas las noches. Y esta

"Cómo es posible que falten tres enfermeras, sabiendo de antemano (una semana más o menos) que 2 de ellas iban a faltar."

"A mí, ya se me ha ido de las manos y vengo con unas "diarreas" de la muerte, unos nervios (...) una llantina hoy mismo, en el coche, de camino."

"¿Qué es para ellos calidad en la atención integral del paciente? ¡Pues una mieeeeerrrrrrdddaaa enoooooorme! Ojala que tengan que sufrir en sus carnes algún día esa calidad que damos en urgencias, me pido atenderles (...) y me pido ese día también el box vital, para ver si hay 18 paradas y les dejo desatendidos un ratito de nada (...) que como somos personal de sobra..."

"No nos merecemos este MALTRATO por parte de la dirección"

"Hoy he pasado por riesgos laborales porque esto ya me ha superado. No sé qué hacer, si me quedo en casa de baja siento que he perdido y creo que ya no volveré con vosotros (...) vuelvo a soñar con la urgencia todas las noches"

mañana he comenzado con palpitaciones, nudo en el estómago, y bloqueo mental, aparte de llorar y llorar y llorar. La situación de la urgencia nunca va a cambiar (...). Sé que mi nivel de exigencia es muy alto, pero no sé como bajarlo. No sé pasar de todo (...) Hoy a las 12.30 p.m. había analíticas de las 7:30 a.m. sin sacar, y lo peor y lo que más me ha agobiado es que ni siquiera lo sabía, ni siquiera tenía control sobre lo que me quedaba pendiente (...).

Médico: *Las muestras biológicas se extravían sistemáticamente (citologías, microbiología). Los fines de semana AP está cerrado y no hay donde dejar las muestras. Lo de microbiología es como un gran agujero negro. Creo que esto debería pesar un poquito sobre nuestras conciencias, porque moralmente me parece inadmisibile y conocerlo y tolerarlo nos convierte en cómplices.*

8. El futuro

La mayoría de los entrevistados cree que los nuevos hospitales, tras un periodo de rodaje y estableciendo las correcciones oportunas, van a ir mejorando. Para ello confían fundamentalmente en los propios profesionales, no tanto en los gestores; *“hay médicos y enfermeras muy buenos, gente muy formada y no olvidemos que nosotros estamos cara a cara con el paciente, no como los gestores, el ver el sufrimiento te hace comportarte de otra manera por muy quemado que estés”*. Los gestores son vistos de manera muy clara como políticos, lo que convierte su actividad en algo alejado de la realidad asistencial y despreocupado de la calidad de las prestaciones; más bien es una actividad electoral y economicista *“el truco es un jefe que le interesa dar el mejor servicio, electoralmente, y otro jefe que depende de la gestora que lo que le interesa es que todo ese servicio que presta el hospital no cueste mucho dinero y puedan ahorrar”*.

El cambio de gestión es un proceso global con resultados pésimos. El problema es intentar aunar dos sistemas sin solucionar sus incompatibilidades estructurales, lo que avoca a objetivos inviables, además de angustias personales. La coexistencia de dos formulas de gestión, la supeditada a la Administración y la supeditada a la gestión privada, no ha demostrado su eficacia en criterios de calidad asistencial. Éstas fórmulas suelen depender de decisiones políticas e intereses electorales más que de criterios sanitarios y económicos. Las fórmulas de ahorro son necesarias pero deben ser cuidadosas, la amenaza de recortar el modelo retributivo de los profesionales y de sustituir unos profesionales más costosos por otros más baratos, puede ser un grave error del que será difícil salir y puede constituir un deterioro importante en una asistencia sanitaria pública, por el momento, de gran calidad.