

Cadro 2.4.1.

Prazas ocupadas no Sergas 1993-97 ⁽¹⁾

	1993	1994	1995	1996	1997	97/96	97/f 93-96
Directivo	114	116	128	141	139	- 1,4	11,4
Funcionario	402	581	519	1.395	1.356	- 2,8	87,2
Laboral+MIR	1.698	1.842	2.331	2.330	2.272	- 2,5	10,8
Estatutario	19.158	19.313	19.598	20.907	21.536	3,0	9,1
Facultativo	4.243	4.279	4.374	4.629	4.705	1,6	7,4
Sanitario non facultativo	9.526	9.603	9.711	10.513	10.705	1,8	8,8
Non sanitario	5.389	5.431	5.513	5.765	6.126	6,3	10,9
Outro	35	36	34	34	37	8,8	6,5
Total	21.407	21.888	22.610	24.807	25.340	2,1	11,7
Atención primaria/Total	<i>n.d.</i>	21,4	21,8	21,8	22,1	-	-
Atención especializada/Total	<i>n.d.</i>	78,6	78,2	78,2	77,9	-	-

n.d. = dato non disponible.

(1) datos a final de decembro de cada ano

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da División de Recursos Humanos do Sergas

incorporadas á Administración Pública por unha relación de servizos profesionais retribuídos, regulada polo Dereito Administrativo.

Respecto ó **persoal laboral**, hai que distinguir dous tipos de relación laboral:

- a) Persoal laboral fixo
- b) Persoal laboral temporal nas súas diversas modalidades.

A vinculación do persoal laboral fixo coa Administración Pública prodúcese a partir da firma dun contrato, que xera unhas relacións xurídicas tuteladas pola Lei 8/1980, de 10 de maio. Non obstante, é importante sinalar que aínda cando esta relación da Administración co traballador é laboral, unha parte da mesma está regulada por normas de Dereito Administrativo, especialmente, a Lei 30/1984, de 2 de agosto. Por tanto, aínda que o persoal laboral ó servizo das AA.PP. se rexe, basicamente, polo Estatuto dos Traballadores, sen embargo, parte da súa relación laboral está suxeita a especialidades de réxime xurídico, que a diferencian, significativamente, dos traballadores do sector privado.

En canto ó persoal laboral temporal, o artigo 15 do Estatuto dos Traballadores establece a modalidade de contratos cunha duración determinada. A Lei 32/1984, no seu artigo 17.3, faculta ó Goberno para regula-la contratación temporal como medida de fomento do emprego, que se desenvolveu polo Real Decreto 1989/1984, no que as AA.PP. inscriben as convocatorias de contratación temporal.

O último réxime xurídico aplicable ós traballadores da sanidade pública é o correspondente ó **persoal estatutario**. Este réxime é diferente, aínda que coincide en moitos aspectos coa relación funcional, e constitúe unha categoría á que non lle son aplicables as normas laborais, posto que o Estatuto dos Traballadores exclúe, expresamente, a esa categoría do seu ámbito de aplicación. Só os Regulamentos establecidos polas AA.PP. competentes serven de norma para regula-la dita relación xurídica.

Os médicos xerais son os profesionais fundamentais en atención primaria, como os médicos especialistas o son nos hospitais. Sen embargo, o traballo sanitario esixe o concurso doutros profesionais, tales

en contacto cos especialistas e os hospitais; o seu papel de filtro actúa coma un freo ó autodiagnóstico implícito que supón o acceso directo e sistemático do paciente ós especialistas. O contacto directo do paciente cos especialistas conduce a un uso inapropiado dos recursos, tal e como se demostrou reiteradamente na utilización dos servizos de urxencias. Sen embargo, cando se establece un filtro en dito acceso, mediante a visita previa ó médico de familia, aumenta a racionalidade da atención urxente.

Os médicos xerais ofrecen continuidade e lonxitudinalidade no desempeño. A continuidade fai referencia ó seguimento de problemas concretos de saúde, mentres que a lonxitudinalidade se refire ó seguimento da persoa no terreo dos problemas de saúde que lle afectarán ó longo da vida.

Unha boa capacitación do médico xeral fai posible a resolución dun grande número de problemas de saúde dos pacientes, mediante unidades preventivas, curativas e rehabilitadoras. Neste sentido un médico xeral capacitado é capaz de atender ós nenos, ofrecer planificación familiar, levar a cabo multitude de actividades preventivas que, a título de exemplo, irían desde a vacinación do tétanos á detección precoz da hipertensión arterial ou o cancro de mama; atender a domicilio a enfermos terminais e ofrecer unha atención integral e cercana ó paciente.

Os médicos especialistas ofrecen continuidade pero non lonxitudinalidade. Como exemplo, os endocrinólogos ofrecen continuidade na atención da diabete, pero só poden ofrecer-lle a atención ós diabéticos que se refiran ó campo da endocrinoloxía, non incluíndo, polo tanto, a atención a outras doenzas habituais neste tipo de pacientes.

Tampouco ofrecen lonxitudinalidade familiar, posto que a súa atención céntrase no individuo e na enfermidade da súa especialidade.

Se neste punto realizamos unha comparación entre os roles do especialista, que xa se sinalaron anteriormente, e o médico xeral en termos do exemplo sobre a diabete, cabe afirmar que este último, a diferenza do especialista, si pode realizar un seguimento da diabete e os diabéticos, que, á súa vez, corren o risco de sufrir gripes, hipertensión arterial ou infartos de miocardio e demais.

Cando o médico xeral desempeña as súas funcións adecuadamente pode ofrecer unha lonxitudinalidade persoal e familiar. Isto débese a que ofrecen servizos ó longo do tempo, establecendo unha relación interpersoal co paciente e a súa familia, da que os membros son ou serán tamén pacientes do mesmo médico.

Quere dicir que, por exemplo, o médico xeral ofrece lonxitudinalidade ó enfermo terminal de cancro, que tamén pode sufrir outras enfermidades, e ó seu entorno familiar que, ademais de desenvolver unha biografía de patoloxías persoal, necesita orientación para supera-la repercusión convivencial co paciente terminal. Polo contrario, aínda que os médicos especialistas cumpren unha función clave no sistema sanitario, a relación paciente-especialista ten un carácter episódico.

Outra información que se pode obter do **cadro 2.4.1.** sobre a composición do cadro de persoal do Sergas é a participación relativa do persoal facultativo e non facultativo no total de recursos.

Unha vez calculados eses ratios obtense que, para 1997, no grupo de persoal estatutario, os facultativos representaron un 21,9% do total de recursos do grupo, que supuxo un 37,6% e un 16,6% de cada un dos totais correspondentes ós niveis de atención primaria e especializada, respectivamente.

Pola súa parte, o grupo de sanitarios non facultativos tivo un peso do 49,7% do

maria, que comeza a substituír ó antigo sistema ambulatorio. Outra modificación é que se amplía a dedicación laboral dos seus compoñentes de 15 a 40 horas semanais e prevese unha estreita colaboración cos servizos especializados que se provean a outro nivel.

Coa LXS de 1986, tentouse reforza-lo peso da atención primaria e a integración dos servizos de saúde pública neste nivel. Deste xeito, pretendíase conseguir, no marco do Sistema Nacional de Saúde español, a integración tanto funcional, correspondente a redes ou estruturas administrativas, como dos distintos niveis de atención, co obxecto de acadar unha atención integral da saúde.

Nese contexto, as Comunidades Autónomas delimitan no seu territorio as Áreas de Saúde e planifican a asignación de recursos de acordo coas necesidades sanitarias de cada territorio, tendo en conta, por exemplo, a proximidade dos servizos ós usuarios. En termos xerais, cada Área abarca unha poboación comprendida entre os 200.000 e os 250.000 habitantes.

As Áreas de Saúde divídense, a súa vez, en Zonas Básicas de Saúde, atendendo ás distancias, concentración ou dispersión da poboación, características epidemiolóxicas e as instalacións e recursos dispoñibles en cada territorio. As Áreas de Saúde han de poñer en marcha fórmulas de traballo en equipo a través dos Centros de Saúde, para atender a saúde individual e colectiva dos habitantes da Zona Básica e ós seus efectos prevese a dotación dos medios persoais e materiais necesarios.

En canto ós resultados desa reforma da atención primaria, diante da carencia dunha avaliación global, é posible apuntar algunhas consideracións.

Por un lado, a reforma da atención primaria melloraba as condicións materiais do médico xeral, no que se refire ó modelo

retributivo, e alongaba a súa xornada laboral diaria, que pasaba, teoricamente, de dúas horas e media a sete horas.

Ademais, a reforma integraba ó profesional con outros traballadores destinados no centro de saúde; facilitaba a interacción entre todos eles mediante un sistema de reunións obrigatorias e introducía criterios de estandarización e de preocupación pola calidade mediante o establecemento de pautas preventivas e protocolos.

Por outra banda, a reforma non logrou consolidar a integración entre os niveis asistenciais, co obxecto de que puidieran obterse protocolos mixtos de atención primaria e especializada, que é unha vía natural de mellora da eficiencia.

Por último, o novo modelo tampouco conseguiu estenderse dunha forma homoxénea no territorio do Estado. En 1992, só acadara unha cobertura media do 60% en todo o Estado español, cunha desviación típica moi significativa, xa que nalgúns Comunidades, como Navarra, acadouse unha cobertura de máis do 80% da poboación e noutras, como Galicia, a taxa de cobertura non chegaba á cuarta parte da poboación.

Con motivo do traspaso de competencias sanitarias, a Xunta de Galicia² avaliou a atención primaria como un área de escaso desenvolvemento. En concreto a Xunta poñía de manifesto que, en Galicia, se dispoñía dun modelo de atención primaria que non cumpría con eficacia a función de atención sanitaria de primeiro nivel, cuns recursos humanos excesivamente dispersos, pouco organizados e medios asistenciais insuficientes.

En definitiva, un modelo de atención primaria escasamente desenvolvido, que non acadaba unhas cotas de eficiencia satisfactorias, debido a unha serie de problemas adicionais provocados por unha orografía difícil, unhas comunicacións complicadas e

Cadro 2.4.4.**Persoal do Sergas no ámbito da atención especializada 1994-97 ⁽¹⁾**

	1994	1995	1996	1997	97/96
Directivo	90	91	99	99	-
Funcionario	581	519	1.395	1.356	- 2,9
Laboral+MIR	1.836	2.178	2.170	2.074	- 4,6
Estatutario	14.688	14.851	15.705	16.183	3,0
Facultativo	2.399	2.460	2.619	2.692	2,7
Sanitario non facultativo	7.790	7.895	8.508	8.722	2,5
Non sanitario	4.479	4.496	4.578	4.769	4,0
Outro	36	34	34	37	8,1
Total	17.211	17.673	19.403	19.749	1,8

(1) datos a final de decembro de cada ano

Fonte: *Elaboración propia a partir de datos da División de Recursos Humanos do Sergas*

mos das unidades de atención primaria, unha taxa de cobertura do 9,2% dos concellos e o 20,5% da poboación, mentres que os servizos de atención primaria abarcan o 17,8% dos concellos e o 55,9% da poboación.

Actualmente, a dirección do Sergas recoñece que a aplicación do modelo realízase cun certo retraso en comparación co resto de España, aínda que o desenvolvemento do mesmo pretende lograr un consenso amplo de tódolos colectivos profesionais implicados.

En 1997 o número de profesionais integrados na nova estrutura alcanza o 60,2% do total. En canto ás unidades de atención primaria, a taxa de cobertura exténdese ó 40,6% dos concellos e ó 45,1% da poboación.

Respecto ás urxencias con presenza física, continuouse aumentando a cobertura ó incorporarse 17 concellos máis, que configuran un mapa con 184 concellos, un 58,4% do total, que atenden ó 77,7% da poboación, un 4,1% máis que en 1996.

Finalmente, a partir do **cadro 2.4.3.**, pódese salientar que a participación do persoal estatutario no total de recursos de atención primaria foi do 96%. Pola súa

parte, a participación dos grupos estatutarios facultativo e non facultativo no total de recursos da atención primaria foi do 36% e do 35,5%, respectivamente.

2.4.3. Atención especializada

Os médicos especialistas caracterízanse por centrarse especificamente na enfermidade; utilizar basicamente información dura para resolver os problemas de saúde e manexar con dificultade a incerteza.

A práctica pon de manifesto que os especialistas teñen dificultades para conseguirla información branda, e tamén á hora de manexar-la dita información. Neste sentido, o deseño actual do seu propio desempeño profesional lles sitúa moi alonxados da percepción directa das principais fontes xeradoras de información branda, como poden ser o trato persoal cos familiares do paciente, as visitas ó seu domicilio ou a recepción de información procedente da comunidade na que vive o enfermo. Así mesmo, outra importante limitación dese deseño actual é que non limita os riscos profesionais que acompañan ó especialista cando este desenvolve o seu labor nun medio con incertidume. Precisamente, nunha boa medida, cabe atribuír ás situacións de risco profesional non cuberto a tendencia xeral á realización de probas

Cadro 2.4.5.**Prazas ocupadas nos hospitais do Sergas 1997 ⁽¹⁾: distribución por estamento profesional**

	Directivo	Funcionario	Laboral + MIR	Facultativo	Estatutario Sanitario non facultativo	Non sanitario	Outros	Total	% sobre total
A Coruña	34	150	1.059	1.162	3.739	1.970	12	8.126	41,1
C. H. Juan Canalejo-Marítimo de Oza	14	20	327	522	1.838	904	6	3.631	18,4
C. H. Xeral de Galicia-Gil Casares	8	11	203	428	1.175	619	3	2.447	12,4
C. H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos	8	5	34	184	543	355	3	1.132	5,7
C. H. Conxo	4	114	495	28	183	92	-	916	4,6
Lugo	16	8	44	389	1.347	719	7	2.530	12,8
C. H. Xeral-Calde	9	8	44	270	929	505	5	1.770	9,0
Hospital Comarcal da Costa	4	-	-	61	220	107	1	393	2,0
Hospital Comarcal de Monforte	3	-	-	58	198	107	1	367	1,9
Ourense	18	208	645	330	1.232	736	8	3.177	16,1
C. H. Cristal-Piñor	9	6	61	275	1.036	587	5	1.979	10,0
Hospital Comarcal de Valdeorras	3	-	-	44	153	103	1	304	1,5
Hospital Santa María Nai	6	186	521	-	-	-	1	714	3,6
Hospital Psiquiátrico de Toén	-	16	63	11	43	46	1	180	0,9
Pontevedra	31	990	326	811	2.404	1.344	10	5.916	30,0
C. H. Xeral-Cíes	6	6	95	374	1.150	621	4	2.256	11,4
Hospital Montecelo	7	8	42	198	557	352	3	1.167	5,9
Hospital Meixoeiro	7	1	34	207	637	330	3	1.219	6,2
H. Provincial de Pontevedra-Rebullón	8	875	144	22	41	33	-	1.123	5,7
Hospital Nicolás Peña	3	100	11	10	19	8	-	151	0,8
Galicia	99	1.356	2.074	2.692	8.722	4.769	37	19.749	100,0

(1) datos a final de decembro de cada ano

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da División de Recursos Humanos do Sergas

Os cambios citados pretenden dotar de contido á actuación enfermeira e ó servizo que ten que prestar á sociedade. A enfermería mantén relación persoal e constante cos enfermos; identifica as súas necesidades físicas, psicolóxicas e sociais; planifica a actuación a seguir para cubrilas e mantén unha observación e avaliación constante dos resultados.

En resumen, de actuar so por indicacións e co exercicio dunha rutina, a enfermería traballa na actualidade cunha metodoloxía propia e un marco conceptual que lle orienta a súa actividade laboral.

Finalmente, **no cadro 2.4.5.** recóllese a distribución por centros hospitalarios e provincias do número de efectivos que ocuparon praza nos hospitais pertencentes ó Sergas.

Como se pon claramente de manifesto na distribución por hospital do persoal dedi-

cado á atención especializada, sobresaen os grandes complexos hospitalarios. Neste sentido, cabe sinalar que dous atópanse na provincia de A Coruña, o Juan Canalejo-Marítimo de Oza e o Xeral de Galicia-Gil Casares, co 18,4% e o 12,4%, respectivamente, do total de efectivos; na provincia de Lugo, atópase o Xeral Calde, que representa o 9,0% do total; na provincia de Ourense, o Cristal-Piñor ten unha participación do 10,0%; e, finalmente, na provincia de Pontevedra, destaca o Xeral-Cíes, cun peso do 11,4% do total de recursos humanos.

2.4.4.- Docencia no sistema sanitario público

Os dous epígrafes anteriores estiveron dedicados á función asistencial do servizo médico. Agora neste epígrafe intentarase dar unha idea dos recursos humanos dedicados á función docente, que se plasma en

Cadro 2.4.6.**Prazas acreditadas e ofertadas para a formación sanitaria especializada en Galicia 1996-98**

1996		1997		1998	
Acreditadas	Ofertadas	Acreditadas	Ofertadas	Acreditadas	Ofertadas
361	249	365	241	369	254

Fonte: elaboración propia a partir de Sergas, Sub. Xeral de Planificación Sanitaria e Aseguramento

Cadro 2.4.7.**Oferta MIR nos hospitais do Sergas 1996-98: distribución por especialidades**

Especialidade	1996	1997	1998
Alergoloxía	1	1	1
Análises Clínicas	7	7	7
Anatomía Patolóxica	4	5	5
Anest. e Reanimación	11	9	10
Ang. e Cirurx. Vascular	2	2	2
Aparato Dixestivo	2	2	2
Bioquímica Clínica	2	2	2
Cardioloxía	4	4	5
Cirurx. Cardiovascular	2	2	2
C.Xeral e Ap. Dixestivo	8	8	8
Cirurxia Pediátrica	1	1	1
C. Plástica e Reparad.	3	3	2
Cirurxía Torácica	1	1	1
Dermatoloxía	1	1	2
Endocrin. e Nutrición	3	3	3
Farmacoloxía Clínica	-	1	1
Farmacia Hospitalaria	6	6	6
Hematoloxía e Hem.	4	4	4
Med. Intensiva	3	3	3
Med. Interna	12	10	11
Med. Familiar e Com.	85	85	85
Med. Nuclear	1	1	2
Med. Preventiva e S.P	3	3	3
Microbioloxía e Paras	2	2	2
Nefroloxía	4	4	4
Neumoloxía	3	3	4
Neurofisioloxía Clínica	2	1	1
Neurocirurxía	2	2	2
Neuroloxía	3	3	3
Obstetricia e Xinec.	6	6	6
Oftalmoloxía	8	8	8
Oncoloxía Médica	3	3	3
Oncoloxía Radioterápica	1	1	1
Otorrinolaringoloxía	5	6	6
Pediatría e A. Espec.	9	9	12
Psicoloxía Clínica	3	3	3
Psiquiatría	4	3	5
Radiodiagnóstico	10	8	8
Rehabilitación	3	3	3
Reumatoloxía	2	2	2
Traumatoloxía e C. Ort.	10	9	9
Uroloxía	3	3	3
Xeriatria	-	-	1
Total	249	241	254

Fonte: elaboración propia a partir de Sergas, Sub. Xeral de Planificación Sanitaria e Aseguramento

MIR en medicina xeral estaría encamiñada a mellora-la porcentaxe de facultativos en atención primaria, aínda que, como se pon de manifesto no **cadro 2.4.10.**, estea diminuindo a participación dos especialistas nos programas de formación MIR.

Como se indicara anteriormente, desde finais dos anos oitenta, a enfermería, tanto na comunidade autónoma como no resto do estado, rexistra unha etapa de cambios importantes, que afectaron ó currículo básico, ó exercicio da profesión e ás estruturas organizativas da profesión. Nos cambios efectuados, é posible identificar con claridade un obxectivo común: aumenta-la responsabilidade do colectivo, tanto no que se refire ós aspectos prácticos da xestión departamental como no tocante ó control das cuestións formativas básicas.

Entre os cambios significativos, que poñen de manifesto ese aumento da responsabilidade profesional, poden citarse os seguintes:

- a) a transformación dos centros docentes tradicionais en Escolas Universitarias de Enfermería
- b) a creación da Dirección de Enfermería nos hospitais públicos que, en xeral, se fixeron depender de Xerencia e ó mesmo nivel que outras divisións
- c) o control efectivo exercido polos propios profesionais sobre o acceso e os contidos impartidos nas ensinanzas ofertadas nas Escolas
- d) a sistematización e aclaración dos conceptos que, tradicionalmente, viñeran servindo de apoio á profesión, tales o propio contido do término coidar e as bases metodolóxicas da propia actividade profesional.

En definitiva, todos eses cambios pretenden os seguintes obxectivos:

- a) dotar de contido a unha profesión que mantén unha relación persoal e constante cos enfermos
- b) identifica-las necesidades físicas, psicolóxicas e sociais dos enfermos

c) planifica-las liñas de acción que permitirán cubrir esas necesidades

d) manter unha observación e avaliación constante dos resultados producidos. Desta maneira, a enfermería está pasando de actuar so por indicacións e de formarse, exclusivamente, mediante o exercicio de rutinas a desenvolver as súas actividades cunha metodoloxía intrínseca e un marco conceptual propio e orientativo da súa profesión.

Finalmente, non pode dicirse que os demais colectivos profesionais non pertencentes ós agregados de facultativos e sanitarios non facultativos queden á marxe da programación docente vinculada a lograr unha mellora na calidade dos servizos, xa que participan na mesma mediante a realización de cursos específicos de reciclaxe e perfeccionamento profesionais.

2.4.5.- Servicios sociosanitarios

En Galicia, dende o ano 1994 o número e a distribución funcional e territorial dos traballadores dependentes da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais que prestaron os seus servizos no eido dos servizos sociais foi a que se inclúe no **cadro 2.4.11.**

Para o ano 1997, a distribución territorial e funcional do persoal rexistrado no cadro anterior figura, respectivamente, nos **cadros 2.4.12. e 2.4.13.**

2.4.6.- Contratación temporal

Co obxecto de establecer un sistema de vinculación temporal para o persoal estatutario das institucións sanitarias dependentes do Sergas, no marco da mesa sectorial do persoal sanitario, suscribíronse os pactos publicados no DOG de 13 de abril de 1993, de 12 de maio de 1994, e do 21 de decembro de 1995.

Unha vez finalizada a vixencia prevista

Cadro 2.4.14.**Contratación temporal no Sergas 1996-97 ⁽¹⁾**

	Facultativo	Sanitario non facultativo	Non sanitario	TOTAL
A Coruña				
1996	3.982	7.236	3.181	14.399
1997	4.174	9.017	4.199	17.390
Lugo				
1996	1.584	2.740	1.514	5.838
1997	1.686	3.181	2.035	6.902
Ourense				
1996	1.937	2.665	1.045	5.647
1997	1.843	3.937	1.638	7.418
Pontevedra				
1996	4.093	4.882	2.252	12.037
1997	5.569	8.465	3.957	17.991
Galicia				
1996	11.596	17.523	7.992	37.111
1997	13.272	24.600	11.829	49.701
var %				
97/96	14,5	40,4	48,0	31,1
97/95-96	19,0	49,2	64,0	41,0

(1) Contratos realizados en atención primaria e atención especializada

Fonte: *Elaboración propia a partir de datos das Divisions provinciais do Sergas*

de persoal estatutario facultativo especialista en pediatría para prestar servicios de atención primaria, negociouse un pacto novo, que figura como anexo á Resolución conxunta de 27 de maio de 1997, da Secretaría Xeral da Consellería de Sanidade e Recursos Sociais e da Dirección Xeral de Recursos Humanos do Sergas.

Este pacto, ó igual que o anteriormente citado, é de aplicación en toda a comunidade autónoma e ten vixencia dun ano, con prórroga automática por idéntico período de non ser denunciado por algunha das partes firmantes. As listas dos aspirantes incluídos son xestionadas polas direccións provinciais do Sergas para os nomeamentos cunha duración inferior ao ano e pola Dirección Xeral de Recursos Humanos para os que superen o ano de duración.

A regulamentación das modalidades de formalización do vínculo do persoal temporal das institucións sanitarias xestionadas polo Sergas recóllese na Orden da Consellería de Sanidade e Servicios Sociais de 1 de xullo de 1997. En dita orde establécese que os vínculos contractuais nas prazas de natureza estatutaria ou nas condicións de

tal carácter formalizaranse mediante a expedición de nomeamentos estatutarios ou a formalización de contratos de carácter laboral en determinados casos e xustificación previa.

Segundo se pode apreciar no **cadro 2.4.14.**, coa aplicación dos pactos mencionados anteriormente, ó longo de 1997 realizáronse 49.701 contratos temporais de persoal facultativo sanitario, non facultativo e non sanitario nos ámbitos da atención primaria e atención especializada.

Entre 1995 e 1996, a contratación temporal creceu un 16,4%, mentres que entre 1996 e 1997, esta modalidade contractual aumentou un 31,1%.

Por categorías, a evolución foi a seguinte:

a) Facultativo: aumentou un 15,8% e un 14,5%, entre 1995-96 e 1996-97, respectivamente.

b) Sanitario non facultativo: creceu un 13,5% e un 40,4%, entre 1995-96 e 1996-97, respectivamente.

c) Non sanitario: incrementouse nun 24,1% e un 48,0% entre 1995-96 e 1996-97, respectivamente.

Cadro 2.4.15.**Absentismo laboral do persoal do Sergas 1995-97: distribución segundo ámbito asistencial**

(en % de variación anual)

	Atención primaria			Atención especializada		
	1995	1996	1997	1995	1996	1997
Facultativo	-1,18	-1,48	1,51	0,11	-0,94	0,27
Sanitario non facultativo	-8,68	1,33	2,19	1,04	-1,65	-0,83
Non sanitario	0,64	0,00	-1,47	0,29	-4,00	0,16
Total agregado	-2,50	-0,08	1,08	0,63	-2,20	-0,34

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Inspección Sanitaria

Cadro 2.4.16.**Indicadores de incidencia acumulada e índice de frecuencia do persoal do Sergas 1995-97: distribución segundo ámbito asistencial**

(en %)

	Atención primaria			Atención especializada			Total			Variac. anuais	
	1995	1996	1997	1995	1996	1997	1995	1996	1997	96/95	97/96
Facultativo	50,66	58,60	63,80	14,10	14,57	15,05	26,98	30,30	32,43	12,31	7,03
Sanitario non facultativo	59,33	55,10	57,37	50,90	50,51	53,36	56,67	51,30	53,97	-5,37	5,20
Non sanitario	43,20	44,30	50,24	52,90	51,49	53,26	51,13	50,30	52,75	-1,62	4,87
Total agregado	52,38	54,20	59,16	44,30	45,65	45,65	46,00	45,90	48,43	-0,22	5,51

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Inspección Sanitaria

Cadro 2.4.17.**Duración media das baixas do persoal do Sergas 1995-97: distribución segundo ámbito asistencial**

(en días)

	Atención primaria			Atención especializada			Total			Variac. anuais	
	1995	1996	1997	1995	1996	1997	1995	1996	1997	96/95	97/96
Facultativo	24,51	20,00	21,57	35,04	39,60	32,79	28,15	30,30	32,43	-6,57	-5,21
Sanitario non facultativo	25,32	33,10	31,98	39,14	36,80	38,92	36,34	51,30	53,97	-0,39	4,39
Non sanitario	13,04	36,80	32,42	43,65	42,40	39,87	35,23	50,30	52,75	18,08	-7,14
Total agregado	21,09	27,90	27,55	40,43	38,90	38,86	34,84	45,90	48,43	3,90	-0,33

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Inspección Sanitaria

Cadro 2.4.18.**Taxa global de absentismo do persoal do Sergas 1995-97: distribución segundo ámbito asistencial**

	Atención primaria			Atención especializada			Total			Variac. anuais	
	1995	1996	1997	1995	1996	1997	1995	1996	1997	96/95	97/96
Facultativo	3,47	4,10	4,36	1,82	1,60	1,48	2,39	2,50	2,51	4,60	0,40
Sanitario non facultativo	4,73	5,30	6,17	5,87	5,70	5,78	5,69	5,60	5,84	-1,58	4,29
Non sanitario	4,60	4,80	4,30	6,44	6,20	6,35	6,16	6,00	6,00	-2,60	0,00
Total agregado	4,18	4,60	5,01	5,22	5,00	5,13	5,01	5,00	5,11	-0,20	2,20

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Inspección Sanitaria

