

REPERCUSIÓN DEL PROYECTO DE ÁREA ÚNICA Y LIBRE ELECCIÓN EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

El presente documento, pretende ser un complemento al documento “Postura de FEMYTS frente a los decretos de libre elección y Área Única”, de manera que, al pormenorizar las repercusiones que los decretos tienen en el trabajo del día a día de los equipos, sirva como herramienta para conseguir una adecuada sensibilización de los trabajadores en contra de los proyectos.

El proyecto de libre elección y su inseparable proyecto de Área única, conllevan la puesta en marcha de medidas que afectan al actual modelo retributivo, así como al tamaño de los cupos en atención primaria. Por otro lado, tiene implicaciones en el funcionamiento interno de los equipos (figura del director de centro, ruptura de la UAF, repercusión en avisos, urgencias), y de un modo gravísimo, en la formación postgrado. También se verán afectadas la salud laboral y la representación laboral de los trabajadores.

1. NUEVO MODELO RETRIBUTIVO
2. CAMBIO EN EL TAMAÑO DE LOS CUPOS
3. FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LOS EQUIPOS
4. MOVILIDAD DISCRECIONAL
5. DOCENCIA POSTGRADO
6. SALUD LABORAL

1.-NUEVO MODELO RETRIBUTIVO

Para promocionar las ventajas de ser un “médico popular”, pretenden aumentar el precio de la TIS, de manera que tener un número elevado de pacientes sea algo más “rentable”, económicamente hablando. Pero al tratarse de un modelo retributivo que parte de la premisa de que debe realizarse a coste cero, han ideado unir al complemento TIS, todas las retribuciones variables de la nómina para “engordar” el precio de la TIS. Así, uniendo el complemento de acuerdo de mesa, la productividad variable, el complemento de atención continuada A.... llegan a un precio de TIS, tres veces superior al actual.

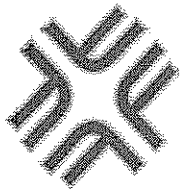
Es decir, después de 13 años con una productividad variable 3 veces inferior a la de especializada, cuando finalmente conseguimos que se nos iguale en el 2008, va a tener una duración bien corta, pues se la cargan al unirla al complemento TIS.

Además, al aumentar tanto el precio de la TIS, de nuevo los cupos pequeños (por aislamiento, por alta presión asistencial...) serán castigados retributivamente, corriéndose el riesgo incluso de que se produzca una reducción salarial, pues el complemento TIS es una parte variable de las retribuciones y con esta medida se incrementa el % de nómina variable.

Por otro lado, el decreto lleva asociado la libre elección de enfermería que a partir de su puesta en marcha va a tener un pago por TIS individual, distinto al actual –cobran por la media del equipo-. También tememos que el precio de la TIS de enfermería pueda verse engordado “a costa” de la TIS de los médicos de equipo...

Todo esto se encuentra todavía en fase de borrador, pero en varias ocasiones de forma indirecta, desde la Consejería se ha confirmado este planteamiento.

La única productividad variable que no restará será la asociada directamente al gasto: ahorro en IT y ahorro en farmacia. ¿pero eso cómo se hace? ¿cómo puedo ahorrar en estos temas con cupos gigantes, si



FENYTS

Federación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid

está demostrado que los cupos grandes son los que menos eficientes son en esto?. *Cupo gigante pero a pan y agua.*

Otro aspecto a analizar de las retribuciones, está en la retribución del paciente que elige médico de cabecera fuera de zona, y que sigue teniendo asignado para la atención domiciliaria a un médico de su zona. Aunque la consejería dice que “se va a retribuir dos veces”, en realidad como no puede haber incremento en gasto de nóminas, lo que se va a hacer es dividir el precio de la TIS cada vez que un paciente salga de zona.

Por supuesto, la Atención Continuada va a verse claramente afectada, y hay temas delicados que no se tratan, no sé si por ignorancia o por no meterse en camisa de once varas...¿quien se hace cargo de la IT del inmovilizado?¿el médico que sólo hace su atención domiciliaria y que apenas le conoce?¿cómo afecta eso a sus incentivos en relación con la IT?

2.-CAMBIO EN EL TAMAÑO DE LOS CUPOS

La Consejería anuncia que habrá un cupo mínimo que variará en función de las zonas de Madrid, pero que no habrá cupo máximo. Es decir, se promueve la masificación de los cupos (suponemos que para conseguir un ahorro en el número de profesionales).

En consecuencia, el tamaño máximo de los cupos queda supeditado a la decisión personal del titular del mismo, la cual a su vez dependerá de las necesidades económicas personales y de la población “disponible”.

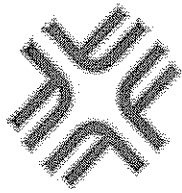
Una decisión personal de aumentar el tamaño del cupo por encima de los límites actuales y por encima de las recomendaciones de la comisiones de la especialidad, tiene sin lugar a dudas, repercusiones en el funcionamiento del equipo:

- ¿qué pasa con las suplencias y las urgencias de los cupos “gigantes”? debemos tener en cuenta que en el marco actual de falta de suplentes, los cupos gigantes van a suponer una carga de trabajo mayor a los compañeros de equipo, que mantengan cupos de tamaño menos grande. En un centro de salud en el que un profesional decida unilateralmente tener un cupo por ejemplo de 3.000 pacientes mientras que sus compañeros mantienen cupos de 1.800.
- ¿qué pasa con los avisos generados fuera del horario que normalmente deben asumir los compañeros del turno contrario? *Probablemente se acabe con los acuerdos internos de los equipos, de manera que al final, cada profesional se tendrá que hacer cargo de sus avisos, tal y como sucedía con el modelo de cupo y zona, lo que supondrá un empeoramiento de las condiciones laborales de los médicos.*
- ¿Cómo se articulará la libertad de decisión del profesional médico de su cupo máximo respecto a la libertad de decisión del profesional enfermero?
- ¿Qué gestor o director de centro será capaz de organizar el trabajo si no hay límite superior a los cupos?

3.-FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LOS EQUIPOS. LA FIGURA DEL DIRECTOR DE CENTRO.

En primer lugar, la libre elección de enfermería creemos que puede ocasionar un caos asistencial en los equipos, por la ruptura del trabajo coordinado que debe existir entre la consulta de medicina y enfermería. Las experiencias en este sentido de los pediatras en los equipos en los que ha desaparecido la enfermera de dedicación exclusiva a pediatría permiten asegurarlo.

Necesariamente, trabajar con varias enfermeras es mucho más complejo que trabajar con una, y al final entendemos que peor, dadas las circunstancias de los equipos. Muchas tareas asumibles por enfermería



FENYTS

Federación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid

acabarán siendo realizadas por medicina simplemente por dificultades en la coordinación/derivación y la necesidad de resolución ágil de los problemas de los pacientes.

Estamos a favor de la asignación personalizada de los pacientes al personal de enfermería. Sin duda esta medida permitiría mejorar la relación con los ciudadanos y facilitar una implicación de la enfermería más personalizada. Sin embargo entendemos que dicha elección debiera estar condicionada a un mismo turno que el facultativo, intentando agrupar a los pacientes de un cupo en un máximo de dos enfermeras,....etc.

La figura del director de centro, también nos preocupa enormemente:

- Intentan promocionarlo anunciándoles cuantiosas mejoras salariales y al mismo tiempo reducción de tarea asistencial. En una situación de necesidad de cambio de modelo retributivo a coste 0: ¿de dónde va a salir el dinero para retribuir a los mismos? Parece lógico pensar que de lo presupuestado ya en salarios. Por tanto, parece razonable pensar que se modificará lo percibido en determinados conceptos ¿Quizá de las TIS? ¿y quién se va a hacer cargo del % de reducción de tareas asistenciales del director de centro? ¿el resto del equipo? ¿gratis?
- De sus funciones, parece derivarse que va a convertirse en una especie de “comisario político” o delegado de la administración, con la obligación de “marear” los problemas diarios pero sin capacidad de resolver los importantes de verdad (suplentes: pues no olvidemos que se pretende realizar una vuelta a la centralización de la adjudicación de suplencias, así que nos veremos en una situación similar a la que había cuando el extinto INP).
- ¿Quién controla al director dentro del EAP? Con el director como jefe administrativo de un servicio, introducen en AP el modelo jerarquizado de AE en el que la capacidad de autogestión del profesional de forma individual todavía disminuye más. No se contempla en los borradores la posibilidad de su reprobación por los miembros del equipo o de un órgano representativo de los mismos, similar a un Consejo de administración.

4.-MOVILIDAD DISCRECIONAL.-

La Viceconsejera anuncia continuamente que aunque tengamos un Área única, no se va a ejecutar la movilidad forzosa. Y realmente TIENE RAZÓN. Porque una vez que tengamos el área única, la movilidad va a dejar de ser forzosa y simplemente será *discrecional*. Los FEAs, serán facultativos de Área Única y en consecuencia su movilidad ya no será forzosa, pero desde luego estamos seguros que los facultativos de aquellas especialidades que son deficitarias, serán desplazados, y también se desplazarán MF y pediatras a zonas con dificultad de cobertura.

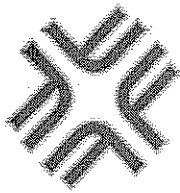
También los suplentes pasarán a ser suplentes de área única, por lo que es posible que tengan que moverse por toda la Comunidad (y a donde decidan de forma centralizada en Sagasta).

Si la DGRRHH tiene paralizadas la movilidad interna de las áreas, no parece lógico que ahora vaya a promocionar la movilidad interna para todo Madrid. Además, si por algo se ha caracterizado esta Consejería, es por el incumplimiento sistemático de sus acuerdos...

5.-DOCENCIA POSTGRADO

Los nuevos cupos que pretende implantar la Viceconsejera no cumplen los requisitos marcados por la Comisión Central de la especialidad de Medicina de familia.

Para poder tener residente, hay que mantener cupos pequeños que tengan una demanda que cumpla los requisitos marcados, pero con el nuevo modelo retributivo, si no se tiene un mínimo de tarjetas, no se mantiene el nivel adquisitivo, luego probablemente, *tener residente cueste dinero a los tutores*.



FEMYTS

Federación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid

Por otro lado, decisiones individuales de tener un cupo gigante dentro de un EAP hasta entonces docente, puede tener implicaciones sobre la presión asistencial media del EAP y puede conllevar la pérdida de la acreditación docente por parte del EAP

6.-SALUD LABORAL.-

El área única supondrá la puesta en marcha de un único servicio de Salud laboral, que –a la vista de la trayectoria de la Consejería- mucho nos tememos que sea externalizado.

¿qué pasará con la atención a las agresiones y al resto de accidentes laborales? ¿qué pasará con la ya maltrecha vigilancia periódica de la salud? ¿cómo se controlarán los riesgos psicosociales del estresante trabajo de los médicos de AP? ¿quién hará las evaluaciones de los riesgos de los centros?

Para poder atender un cupo mayor, o bien se aumenta la jornada laboral –con lo que se cargan de un plumazo nuestro acuerdo de las 35 horas-, o bien empeora claramente la calidad asistencial a costa de la salud mental y física de los médicos. No olvidar que el síndrome de desgaste profesional está claramente asociado con condiciones adversas en el trabajo, entre ellas la sobrecarga con poca posibilidad de control de los procesos. Parece que el Área Única generaría un entorno laboral asfixiante, con alta competitividad y poca cohesión de grupo, o sea, generará más estrés del que ya se padece actualmente.

¿EXISTE ALGUNA MEJORA EN TODO ESTE PROYECTO QUE HAGA QUE MEREZCA LA PENA?