



sindicato médico de navarra SMN

www.smnavarra.org - info@smnavarra.org

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS FACULTATIVOS DEL SNS-O OCTUBRE 2018

Sindicato Médico de Navarra (SMN)

Miembro de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)

www.smnavarra.org - info@smnavarra.org - 948 151 862



sindicato médico de navarra



ÍNDICE:

- Pérdida de la valoración por parte de los usuarios de la Sanidad Navarra 5
- Gasto Sanitario en Navarra. Comparación con otras CCAA 7
- Escasez de profesionales: Inactividad de este Gobierno en medidas eficaces 11
- Judicialización de las acciones como consecuencia de lo anterior y de las políticas sanitarias de este Gobierno 17
- Relación MÉDICO-PACIENTE: el tiempo de consulta médica 19



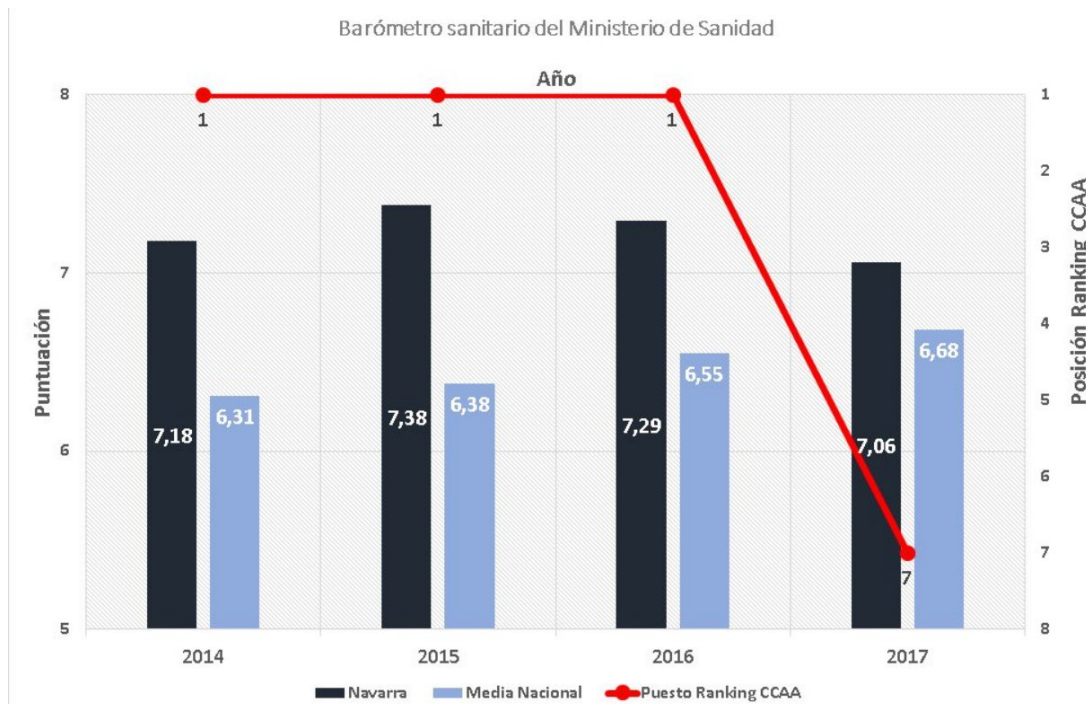
sindicato médico de navarra



Pérdida de la valoración por parte de los usuarios de la Sanidad Navarra

Está claro, y es por todos conocido, que los recortes en salud han mermado la calidad asistencial y así lo percibe el usuario. Una vez pasada la situación de recortes generalizados, ha llegado el momento de recuperar (al menos) las prestaciones y condiciones de entonces, y no seguir de forma sistemática con las políticas de entonces, sin capacidad de mejora.

Barómetro sanitario:



En 2017 la sanidad navarra pasó de ser la mejor valorada por parte de los usuarios (los tres años previos) al 7º lugar.

Barómetro Sanitario				
Año	Navarra	Media España	Dif Nav-Esp	Posición Nav
2009	7,19	6,35	0,84	2ª
2010	7,06	6,57	0,49	3ª
2011	7,23	6,59	0,64	2ª
2012	7,25	6,57	0,68	3ª
2013	7,27	6,41	0,86	2ª
2014	7,18	6,31	0,87	1ª
2015	7,38	6,38	1	1ª
2016	7,29	6,55	0,74	1ª
2017	7,06	6,68	0,38	7ª

<https://www.navarraconfidencial.com/2018/05/14/llega-el-apocalipsis-la-sanidad-publica-navarra-pasa-del-primer-puesto-al-septimo-en-dos-anos-de-cuatripartito/barometro-sanitario-navarra/>



Ese mismo año, 2018, ha habido un cambio significativo en la comparativa de los sistemas público y privado de sanidad. El porcentaje de navarros que prefiere un centro privado para asistencia en Atención Primaria pasa de un 7,5% en 2016 a un 24,5% en 2017; en Especializada de un 20,3% a un 40%; de un 14,9% a un 32,8% para ingresos hospitalarios; y para atención urgente, de un 23,5% a un 38,6%.

Pese a ello, la valoración sigue siendo positiva en líneas generales y nuestra sanidad sigue estando por encima de la media nacional. Incluso en alguna lista seguimos estando en segundo lugar. Pero hay que tener claro que ello se debe al sobreesfuerzo de los profesionales sanitarios que, de forma progresiva, asumen una carga cada vez mayor y, en muchos casos, a costa de su salud.



Gasto Sanitario en Navarra. Comparación con otras CCAA

En primer lugar hacer referencia al escaso esfuerzo económico que Navarra está haciendo para mantener las prestaciones asistenciales. Hemos sido la comunidad con menor inversión en Salud con un menor aumento en el gasto pero no en las prestaciones.



<https://www.diariomedico.com/profesion/los-aumentos-moderados-en-gasto-sanitario-se-consolidan.html>

El gobierno actual "viste" el aumento del gasto en Salud de este año como un gran esfuerzo, y algo positivo. Todo lo contrario: el aumento del 1,6 % para 2018 dista mucho de realizado por otras comunidades (4,2 % de media en España en 2018) y del casi 6% de los años 2016 y 2017 en Navarra.

NAVARRA

Año	Gasto total Salud	% incremento
2016	988 mill	5,9 %
2017	1.042 mill	5,5 %
2018	1.059 mill	1,6 %

Además de este nimio aumento presupuestario, destacar especialmente que el gasto aumenta en casi todas las partidas menos en el sueldo del personal fijo. Según cifras del propio Servicio de Gestión Clínica y Evaluación Asistencial, el gasto acumulado a mes de junio entre 2016 y 2018 bajó un 8,91% en el apartado de personal fijo. Esto podría deberse a que los que se jubilan tenían más complementos, pero no... se debe sobre todo a que disminuyen los profesionales fijos aumentando por tanto los temporales:

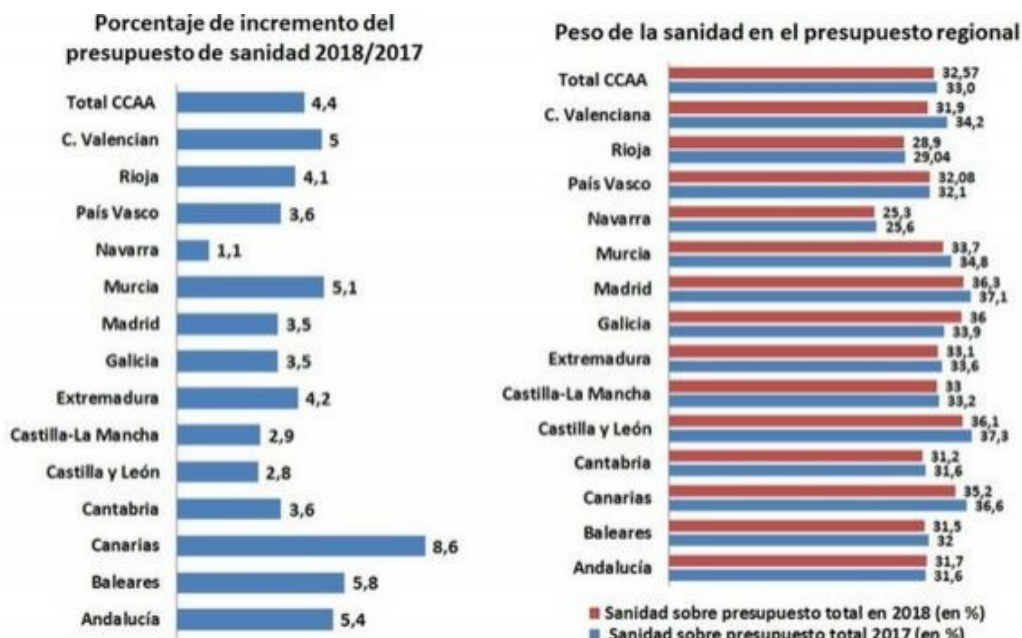


Según datos del gobierno de Navarra sobre el número de trabajadores de Salud:

Año	Programa	Fijos	Estructurales	Vacantes	Sustituciones	Reservas	Residentes	Total
2016	TOTAL	5483,00	551,70	1451,43	960,44	857,92	357,33	9661,84
2017		5269,61	700,06	1851,72	959,86	884,06	367,73	10033,04
2018		5161,72	834,70	1914,45	1392,18	982,81	391,87	10677,73
	18/16	-321,28	283,00	463,02	431,73	124,89	34,53	1015,89
	18/17	-107,89	134,64	62,73	432,32	98,75	24,13	644,69

El único colectivo que desciende en número es el del personal fijo. Esto demuestra la poca intención de corregir la temporalidad del actual gobierno, pese al Informe de Comptos que reprende dicha política en la contratación en Salud y del que hablaremos más tarde.

Ya en el 2017, y según el Ministerio de Hacienda, Navarra es la comunidad que dedica menor porcentaje del presupuesto a Salud:



<https://www.diariomedico.com/profesion/la-sanidad-perdera-peso-en-2018.html>

Esto contrasta con el aumento de riqueza en Navarra. Según publica la revista económica Expansión ya en 2016 Navarra era la segunda comunidad en PIB per cápita (con mucha menor deuda y paro que la media española) y que en 2017 el PIB de Navarra creció el 3,2%, una décima más que el conjunto nacional, según afirma el propio Gobierno de Navarra.

<https://www.20minutos.es/noticia/3247800/0/pib-navarra-2017-crece-3-2-decima-mas-que-conjunto-nacional/>



Pues bien, Navarra sólo dedica alrededor del 5% del PIB a Salud mientras la media española dedica alrededor del 6%. Según el Diario Expansión "El Sistema Sanitario español es el más eficaz de nuestro continente y el 3º del mundo". Según datos revelados en el Informe anual de Bloomberg, el país que tiene el sistema sanitario más eficiente del mundo es Hong Kong, donde el gasto en sanidad respecto al PIB es del 5,7%". Sin embargo nosotros no alcanzamos esas cifras.

<http://www.expansion.com/sociedad/2018/09/23/5ba7b616e2704e9b2b8b4577.html>

Creemos que el envejecimiento de la población, el aumento del número de pacientes complejos y el aumento en las prestaciones sanitarias que todos esperamos, requieren un mayor esfuerzo y no sólo por parte de los profesionales. También la Administración deberá esforzarse aumentando la inversión en Salud en proporción a la riqueza que se genera entre todos.

Otro aspecto a tener en cuenta, y según los datos del propio Gobierno de Navarra, es dónde se ha gastado el dinero. Por ejemplo: el presupuesto destinado a Atención Primaria ha aumentado este año un 4,6 por ciento, hasta los 154 millones. Tres de ellos se destinarán a dotar de recursos a la nueva la Estrategia de Atención Primaria; y, según nos han dicho, se prevé contratación de personal y adquisición de equipamiento médico (ecógrafos, equipos de rayos X, retinógrafos, etc.). A día de hoy, la famosa "**nueva Estrategia de Atención Primaria**", presentada a bombo y platillo por don Luis Gabilondo (Director General de Salud) y don Fernando Domínguez (Consejero de Salud), sigue en dique seco. De momento no se ha contratado más personal (ni si quiera los médicos, enfermeras y TES para las UVI móviles) y en relación al equipamiento comentar que ecógrafos infrautilizados y medio-aparcados por los centros de Salud sin programas definidos para sacarles partido.

OTROS ENLACES:

La Rioja, Cantabria y la Comunidad Foral son las regiones con el gasto más bajo en valores absolutos.

- <http://www.noticiasdenavarra.com/2018/05/07/sociedad/navarra/el-gasto-sanitario-por-habitante-de-navarra-asciende-a-1543-euros>



sindicato médico de navarra



Escasez de profesionales

AUSENCIA DE MEDIDAS EFICACES DE CAPTACIÓN, FIDELIZACIÓN E INCENTIVACIÓN DE FACULTATIVOS (CONDICIONES ECONÓMICAS, RECORTES PROPORCIONALES...).

La escasez de médicos es un serio problema que afecta a toda España. Pero otras comunidades ya han tomado en serio este problema y han comenzado a fidelizar a sus profesionales. En Navarra no solo no fidelizan sino que cada vez se nos trata peor. La consecuencia de ese maltrato no es sólo que no se captan nuevos profesionales sino que, además, se están marchando cada vez más.

El maltrato comienza ya con los médicos internos residentes (MIR). Somos la comunidad con el menor sueldo de este colectivo de este colectivo. Según publica Redacción Médica el 5 de agosto de 2018, Navarra es la región "que establece un sueldo base más bajo para sus MIR".

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/este-es-tu-salario-mir-segun-en-que-comunidad-autonoma-trabajajes-2442>

En segundo lugar la temporalidad en el SNS-O excede de lo admisible. No puede existir fidelización manteniendo unas tasas de temporalidad como las actuales. Tal y como advierte la Cámara de Comptos, la tasa de temporalidad en el SNS en 2016 era del 51% y destaca la importancia de aprobar OPEs para reducirla.

<http://www.europapress.es/navarra/noticia-comptos-dice-tasa-temporalidad-sns-2016-era-51-destaca-importancia-aprobar-ope-20180323101518.html>

Según datos del gobierno de Navarra sobre el número de trabajadores de Salud en Junio de 2018:

Año	Programa	Fijos	Estructurales	Vacantes	Sustituciones	Reservas	Residentes	Total
2016	TOTAL	5483,00	551,70	1451,43	960,44	857,92	357,33	9661,84
2017		5269,61	700,06	1851,72	959,86	884,06	367,73	10033,04
2018		5161,72	834,70	1914,45	1392,18	982,81	391,87	10677,73
	18/16	-321,28	283,00	463,02	431,73	124,89	34,53	1015,89
	18/17	-107,89	134,64	62,73	432,32	98,75	24,13	644,69

El colectivo del personal fijo es el único que desciende en número (321 en estos dos últimos años). Esto demuestra la poca intención de corregir la temporalidad del actual gobierno, pese al Informe de Comptos que reprende dicha política en la contratación en Salud.

Otro punto importante y que parecen desconocer nuestros gestores es el de la fuga de profesionales. Un artículo publicado el 11 de julio de 2018 en El País refiere que, en lo que va de año, más de 1.814 médicos españoles han solicitado la certificación, que expide el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, para convalidar su titulación en el extranjero. De seguir así, este año se superarían las 3.600 peticiones, récord en esta cifra desde 2012. Desde entonces, y hasta junio de 2018 lo han solicitado unos 20.497 médicos. De ellos, la mayoría tiene menos de 35 años. Son los especialistas en Pediatría, Medicina de Familia, Obstetricia y Ginecología y Oftalmología los que más interés muestran en salir del país. No todos ellos,

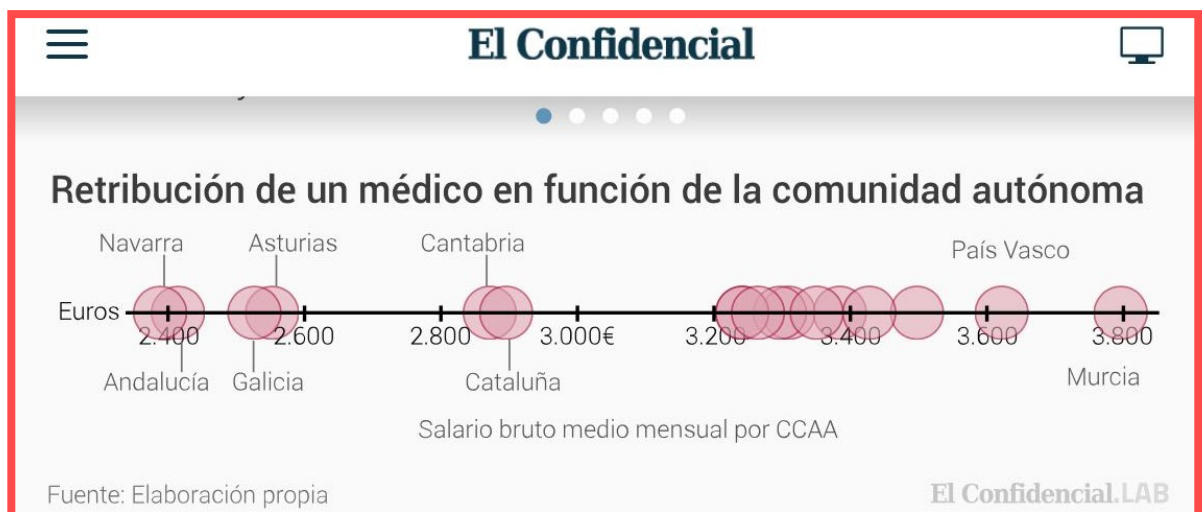


afortunadamente, dejarán España, pero se aprecia una tendencia al alza muy preocupante y a la que nadie parece prestar atención.

En Navarra no íbamos a ser diferentes. Según lo publicado por el Diario de Navarra recientemente: en 5 años, 250 médicos han abandonado Navarra para ir al extranjero, y en lo que va de año, otros 27 han pedido el certificado. Sin contar los que van a otras comunidades con mejores condiciones laborales y económicas.

<https://www.diariomedico.com/profesion/repuntan-las-peticiones-de-medicos-para-salir-fuera-de-espana.html>

Otro tema importante es el maltrato económico al colectivo médico. Somos los peor pagados de España.



La recuperación salarial ha comenzado ya hace tiempo en otras comunidades, aquí no, pese a haber sufrir un MAYOR RECORTE:

1.- Desde las transferencias sanitarias a Navarra, hasta 2010.

1º- Años 92-95: Transferencias sanitarias a Navarra: HOMOLOGACIÓN directa y universal (vía C. específico) a TODOS LOS NIVELES MENOS AL "A".

- Enfermería: 22% subida; matronas además 5% (C. Destino): 27%
- Técnicos Auxiliares Sanitarios: 18%.
- Celadores: 29%.
- Médicos: desarrollo de Carrera profesional: Ni a todos (sólo afecta al 50%: ni a personal temporal ni a nivel I se retribuye), ni directa como la homologación: se deben acreditar tiempo y méritos.

*Médicos del resto de CCAA: HOMOLOGACIÓN directa en el momento de las transferencias sanitarias.



2º- Marzo de 2003: Subida por aprobación Parlamentaria (vía C. Específico) a TODOS ESTAMENTOS SANITARIOS EXCEPTO AL "A".

- Nivel B: 8%
 - Nivel C: 8%
 - Nivel D: 8%
 - Nivel E: 1%
- ▶ Resto de CCAA: Implantan la Carrera profesional.

Para Navarra (en comparación resto CCAA) y según niveles:

- Facultativos: penúltima (puesto 17)
- Enfermería: 2º-5º mejor de España (¡¡¡previo a Carrera Profesional!!!)
- Auxiliar de enfermería: 4º mejor de España.
- Técnico función administrativa: 2º mejor de España.
- Administrativo: 3º mejor de España
- Celador: 4º mejor de España
- Pinche de Cocina: 3º mejor de España.

3º- 2008: Carrera profesional para enfermería en Navarra.

4º- Desde el 92 a 2010: Desfase incremento I.P.C. Navarra y aumento salarial anual.

2.- 2010: Aplicación de los recortes en Navarra por motivo de la crisis económica.

A.- Recortes:

- Gobierno de España: Real Decreto-Ley 8/2010, 20 de Mayo (efectos 1 de Junio):
Retribuciones a todo el sector público: reducciones 5%, términos anuales.
- Navarra: Adaptación del decreto: Ley Foral 12/2010 de 11 de junio (efecto 1 Junio):
establece un porcentaje:

Reducción en términos anuales:

- Nivel A - 6,7%
- Nivel B - 4,86%
- Nivel C - 3,54%
- Nivel D - 1,38%
- Nivel E - 0,24%

Al año, sólo del sueldo base (27.097,27) un médico en Navarra ha aportado 1.815 euros al año (es decir una paga de 14: 1.840), mientras que un celador (13.516,16) ha aportado al año 32,5 euros.



B.- No Incremento del I.P.C.: desde 2010:

- De Junio 2010 a Abril de 2018: incremento del IPC en Navarra de un 8,2% (Fuente: INE). Como se nos ha incrementado un 1% en 2016, 2017 (un 2%), el balance final es – 6,2%.

(na)stat : Instituto Estadística de Navarra.

SOBRECARGA LABORAL: INFORMES DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SNS-O

RIESGOS LABORALES: INTRODUCCIÓN

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, ya en el 2007, publicó que los importantes cambios técnicos y organizativos que se han producido en el mundo laboral, junto con los cambios socioeconómicos, demográficos y políticos así como el fenómeno de la globalización han hecho que la aparición y exposición a los riesgos psicosociales sea cada vez más frecuente e intensa. De todos es conocido que los riesgos psicosociales afectan a la globalidad del funcionamiento del trabajador, tienen repercusión en su salud física y también de forma notable en su salud mental. Entre los trastornos más comúnmente observados están la depresión, ansiedad, suicidios o conductas parasuicidas así como el trastorno de estrés postraumático.

La alta incidencia, la relevancia y la importancia real de las consecuencias en la salud de los trabajadores han obligado al desarrollo de una cobertura legal y del desarrollo de jurisprudencia.

Los riesgos se han agrupado en cinco áreas que incluyen, nuevas formas de contratación laboral con aparición de contratos de trabajo más precarios, inseguridad en el puesto de trabajo, envejecimiento de la población activa que aumenta la vulnerabilidad a la carga mental y emocional, la intensificación del trabajo con manejo de mayores cantidades de información y mayor presión en el ámbito laboral, fuertes exigencias emocionales con incremento del acoso psicológico y de la violencia en especial en el sector sanitario, y por último un desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal.

La VI Encuesta de Condiciones de Trabajo en España, realizada en 2008 por el INSHT, concluye que los trabajadores que se perciben expuestos a factores de riesgo psicosocial presentan porcentajes de respuesta significativamente mayores en sintomatología psicósomática que los no expuestos. La Agencia Europea para la Seguridad en el Trabajo en 2002 señaló que el estrés es el segundo problema de salud relacionado con el trabajo afectando al 22% de los trabajadores.

La prevalencia de esta patología, relacionada única y exclusivamente con el desempeño de la actividad profesional varía según los estudios llegando hasta el 30%.



COMENTARIOS

A pesar de que desde el Servicio de Riesgos Laborales del SNS-O no se considera que la situación actual sea preocupante, en relación a los riesgos psicosociales en los facultativos, el análisis de los informes realizados por su servicio nos muestra una situación totalmente opuesta.

El hecho de que existan varios servicios y/o centros de salud diagnosticados ya de burnout nos parece una situación muy grave. Pero esto llega a ser alarmante al constatar que otros muchos servicios valorados en los tres últimos años estaban situación de riesgo real de llegar al burnout.

Teniendo en cuenta que no se han realizado modificaciones en la organización, la carga de trabajo ni las medidas indicadas por este servicio, la situación actual podría ser incluso peor de la descrita.

Por ello queremos señalar la falta de voluntad de los actuales gestores para revertir esta situación insostenible que afecta la salud física y psicológica de los responsables directos de la salud de todos los navarros, los facultativos médicos.

CONTRATOS PERFILADOS

En el Acuerdo de Contratación del pasado 9 de febrero (no firmado por el Sindicato Médico ni SATSE) se introduce en el articulado la posibilidad de "perfilar" determinadas plazas que requieran una cualificación específica.

Además incluye un apartado que dice textualmente:

"Excepcionalmente, podrán celebrarse contrataciones con las personas más indicadas en función de su adaptación y conocimiento del puesto a cubrir, siempre y cuando razones de probada urgencia así lo aconsejen y en tanto se proceda al llamamiento de un candidato de las listas que pueda desempeñar o ser formado para el concreto puesto de trabajo. Las contrataciones efectuadas al amparo de este artículo no podrán tener una duración superior a 30 días."

Lo que debería ser una excepción se ha convertido en una herramienta perversa.

Se han perfilado personas y no puestos de trabajo. Es decir, que el perfil propuesto por el Jefe de Servicio en muchas ocasiones ha coincidido más con las características personales de un determinado candidato que con las necesidades reales del puesto de trabajo.

Los perfiles desproporcionados están a la orden del día. Con esta conducta, la Administración intenta eliminar candidatos no deseados o mejor aún, designar candidatos previamente elegidos. Así saben con seguridad que los facultativos que están en la lista de contratación no cumplen con los requisitos exigidos permitiendo de esta manera una contratación rápida y dirigida, que en ningún caso se ajusta al máximo de 30 días que prevé la norma.

La escasez de médicos y el poco interés laboral que han conseguido que despierte nuestra Comunidad lleva a situaciones como la de un facultativo que habiendo sido excluido de la contratación por no cumplir el perfil solicitado por la Dirección del CHN tras informe del Jefe



de Servicio (un perfil a todas luces desproporcionado) terminó unos meses después teniendo que sustituir a la persona previamente contratada al caer de baja. Es decir no vale para ocupar la plaza originalmente pero si para sustituirla si es preciso...

Desde el Sindicato Médico de Navarra hemos insistido en diversos foros (Comisión de Personal y Junta Técnico Asistencial) que es prioritario prever las necesidades de personal, en especial el facultativo, de modo que con suficiente antelación pueda formarse a médicos del propio Servicio Navarro de Salud para que de forma eficiente asuman las cargas específicas de trabajo que surjan. Son precisas plantillas más amplias y formación a cargo de la Administración.

La Dirección del CHN sin embargo parece sostener que los facultativos no están en disposición de formarse y reciclarse. Por ello se dan contrataciones precarias, urgentes, de personas que mantendrán su puesto de trabajo brevemente (no están incentivados, no salen OPES, en otras Comunidades pagan mejor y formalizan mejores contratos...), lo cual mantiene plantillas insuficientes, poco flexibles y sin posibilidad de formación (sobrecarga de trabajo, falta de apoyo a la formación, falta de incentivo).



Judicialización de las acciones como consecuencia de lo anterior y de las políticas sanitarias de este Gobierno

El gravísimo problema de las Jefaturas:

Los Jefes de Servicio y de Sección, deben ser los garantes del funcionamiento asistencial y de la calidad del mismo. El hecho de que estos cargos sean independientes de los cambios políticos es lo que permite mantener una continuidad en los objetivos de la atención a los pacientes y evita que decisiones políticas de objetivos electoralistas interfieran y perjudiquen a estos.

Tradicionalmente la figura del Jefe Asistencial ha sido una figura de respeto, ya que solo accedía a ella mediante un concurso oposición ante un tribunal constituido por miembros de todos los estamentos interesados (desde miembros del servicio a sindicatos y hasta las sociedades científicas). Las directrices de la dirección en términos organizativos chocan muchas veces con la forma de implementarlas y de por ello las jefaturas asistenciales son figuras muy incómodas. El control de estos puestos minimiza las dificultades de aplicación de órdenes de la Dirección por descabelladas que puedan ser.

Esto sucedía así hasta 2010 en que se crea el Complejo Hospitalario. El Decreto Foral que lo regula (19/2010) contempla por primera vez la libre designación y cese de la Jefaturas asistenciales. Con la excusa de agilizar la organización del CHN la Dirección se arroga el privilegio de la aplicación de los nombramientos y ceses. Aunque el SMN obtuvo una sentencia favorable el mal ya estaba hecho. Durante casi dos años se había utilizado el Decreto Foral para librarse de algunos jefes incómodos y nombrar nuevos sustitutos.

Aunque el mismo Decreto Foral 19/2010 establecía la necesidad de regular el acceso a las jefaturas mediante un procedimiento ágil basado en el mérito y la capacidad, lo cierto es que esta regulación no llegó hasta septiembre de 2016 y de forma equivocada como explicamos más adelante.

Pero al quedar vacantes las jefaturas por jubilación o ceses (abundantes en esos años 2013-2016) urge reponerlas. No pudiendo hacerlo directamente a dedo por la sentencia anterior, no disponiendo de una fórmula que regulase los nombramientos interinos y no queriendo realizar nombramientos definitivos empezaron a nombrar Jefaturas mediante "Encomienda de Servicio" una fórmula existente para la sustitución temporal de un jefe por vacaciones o baja médica, pero no prevista para un nombramiento interino. El SMN recurrió este nuevo sistema empleado y ganó por lo que la Administración se vio con muchas Jefaturas vacantes que no podía cubrir (la cascada de ceses seguía a ritmo alto), servicios intervenidos por la propia Dirección del Centro, jefes interinos pendientes de prórroga, etc.

La solución vino con la creación de la Concurrencia Competitiva como fórmula urgente y transitoria para poder cubrir rápidamente las vacantes (las existentes y las creadas por la anulación de los nombramientos por Encomienda) y casi simultáneamente convocar esas mismas plazas por Concurso de Méritos según la OF 68/2016.



Pero si la Concurrencia Competitiva es una estratagema que carece de baremo, con un tribunal restringido y con una entrevista personal absolutamente subjetiva, el Concurso de Méritos no lo es menos: un tribunal de sólo tres miembros; solo méritos de gestión; sin baremos concretos; y con tribunales constituidos en minoría (sin el miembro o vocal a nombrar por los sindicatos), debido a un error en la redacción de la Orden Foral y una negligencia de la Administración en su aplicación de la norma.

De todas las jefaturas cesadas arbitrariamente solo dos han recurrido su cese, habiendo ganado ambos el pleito en sentencia firma del Tribunal Superior de Navarra. Aunque la sentencia obliga a una reincorporación efectiva a su puesto, la Administración ha decidido readmitirlos para cesarlos de nuevo injustificadamente a continuación en lo que constituye un nuevo incumplimiento de sentencia.

En nuestra opinión, desde el año 2010 la Administración no ha “cesado” en su pretensión de nombrar y cesar libremente a las Jefaturas Asistenciales. Y lo penoso es que a pesar de las repetidas sentencias judiciales favorables al SMN la Administración se ha buscado triquiñuelas para saltárselas. Seguimos esperando una interlocución honesta en este tema y en otros.

AÑO	HECHO	OBJETIVO	RECURSO
2010	Creación del CHN. DF 19/2010. Libre designación y cese de Jefaturas	Control de Jefaturas	Ganado
2013-2016	Cascada de ceses y nombramientos interinos a “dedo”	Control de Jefaturas	Ignorancia de sentencia. Anulados los ceses reclamados
2016	Comienzan las Encomiendas de Servicio		Ganado
	OF 68/2016 regulando nombramientos interinos		Recurrido
2018	Aparecen las Concurrencias Competitivas. Medida urgente. Tribunal restringido, sin baremos, con entrevista personal.	Control de Jefaturas	Recurrido
	Empiezan los Concursos de Méritos según OF 68/2016. Solo méritos de gestión, sin baremos concretos, tribunal restringido.		Recurrido
	Concursos de Méritos con tribunales mermados. Sin representante sindical por error de redacción/negligencia administrativa.		Pendiente de recurso
	Sentencias firmes por ceses de jefes (anulación de cese y obligación de restitución efectiva). ¡Vuelto a cesar al instante!.		



RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: EL TIEMPO DE CONSULTA MÉDICA

Nuestros gestores nos exigen un trabajo de calidad, excelencia, buena praxis, ... sin embargo no nos dan tiempo. Uno de los pilares fundamentales de la relación médico-paciente se basa en disponer de tiempo suficiente en la consulta para poder entablar esa relación de confianza, diagnosticar, prescribir un tratamiento adecuado, realizar actividades preventivas, promover hábitos saludables, ... Pero los profesionales no disponen de tiempo en sus consultas. Y así lo denuncian las asociaciones de Médicos de Atención Primaria, los Pediatras de AP, y los diferentes especialistas. Muchos de ellos no pueden dedicar en su consulta ni 10 min por paciente, tiempo mínimo para poder atender a un paciente sin patología muy compleja (Seguí Díaz 2004).

El problema se ha ido agravando paulatinamente en los últimos años, y especialmente tras la crisis. Atendemos a pacientes cada vez mejor informados, que demandan mayores explicaciones convincentes y requieren más dedicación. El envejecimiento de la población conlleva atender pacientes pluripatológicos y polimedicados que precisan un mayor tiempo para una correcta evaluación y una atención muy específica. El uso en las consultas de la historia clínica informatizada ha facilitado el acceso a la información pero ha complicado en gran medida esa relación médico-enfermo, ya que nos vemos obligados a dedicar una gran parte del tiempo de consulta a la pantalla del ordenador, sin siquiera dirigir la vista a la persona que tenemos delante (Starret 2017).

Esto ha llevado a que los pacientes se enfrenten y demanden al médico mayor atención y tiempo no disponible, lo que ha aumentado también el número y la gravedad de las agresiones a profesionales, como no habíamos vivido nunca.

Y los profesionales, intentando en unos minutos dar lo mejor a cada paciente, intentando hacer lo mejor posible las cosas sin conseguirlo y con mayor agresión por parte de la administración que nos exige más, ver más pacientes, asumir más cupos de compañeros de baja o de vacaciones o ausentes... y por parte de algunos pacientes violencia verbal o física... han llevado al burnout a muchos compañeros, y esto se ha extendido a grupos completos de trabajo que ya no pueden más.

En este contexto, la posibilidad de cometer errores se acrecienta. Está demostrado que a menor tiempo de consulta mayores errores diagnósticos, mayor prescripción de medicamentos, mayor número de derivaciones, Y un gasto sanitario que podría evitarse con mejor dotación, ... el aumento de recursos que supondría el aumento de tiempo en consulta, es mucho menor que el gasto sanitario ocasionado por los errores médicos.

La Organización Médica Colegial, ya en 2008, denunciaba esta situación cada vez más preocupante para el colectivo médico, no sólo de Atención Primaria sino también para los profesionales de la Atención Especializada. Y recordaba que: "El acto médico está encaminado a curar, aliviar, consolar y promover la salud de nuestros semejantes. Es un acto profesional de ayuda y servicio, cargado de significado ético, pero también es un acto legal, regido por normas jurídicas en las que ambas partes tiene derechos y obligaciones. Es responsabilidad de las autoridades sanitarias proporcionar los mecanismos necesarios para



que los médicos puedan trabajar con seguridad, disponiendo de los medios razonables, entre los cuales es primordial el necesario tiempo de consulta”.

Todo ello viene avalado por el Código de Ética y Deontología Médica, en el que se nos recuerda que reclamar el tiempo necesario para prestar atención médica de calidad es un deber deontológico y un derecho profesional irrenunciable.

Art. 20.1. “El médico debe disponer de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan estas condiciones deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente”.

Art. 20.2. “Individualmente o por mediación de sus Organizaciones, el médico debe llamar la atención de la comunidad sobre las deficiencias que impiden el correcto ejercicio de su profesión”.

Se ha publicado mucho sobre qué tiempo podría ser el más adecuado. La OMS define que “la calidad en la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico así como lograr el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. Es decir hay que hacer lo correcto correctamente.

Además considera el tiempo de consulta como una medida establecida de calidad de los servicios de Salud, y una medida para promover la seguridad y el coste-efectividad en el uso de fármacos. Los tiempos cortos de consulta afectan negativamente a la salud del paciente, y sobrecargan de trabajo y estresan a los médicos. Conducen a polimediar, al uso excesivo de antibióticos y a una mala comunicación con el paciente (Outomuro 2013).

En los países más desarrollados, los tiempos de consulta en Atención Primaria, varían entre 15-20 min, estableciéndose una clara asociación entre mayor tiempo de consulta, mayor número de médicos por habitante y mayor gasto sanitario per cápita. A mayor tiempo de consulta, se reducen las derivaciones al especialista, los ingresos hospitalarios y las pruebas diagnósticas solicitadas, aumentando la satisfacción de los pacientes al percibir una mejor atención (Patel 2018). Así lo muestra una publicación reciente en el British Medical Journal Open del 2017, en el que nuestro país aparece en el puesto 18 con respecto a los tiempos medios de consulta en Atención Primaria, por debajo de casi todos los países europeos (Irving 2017).

La Atención Primaria es el núcleo del sistema sanitario, y la desmedida carga asistencial de los profesionales, impide dedicar ni 10 minutos por paciente, cuando está demostrado y publicado que las consultas deberían ser de al menos 15 minutos y en algunos pacientes de 20 minutos para poder atender con una mínima calidad, mejorar la satisfacción de los usuarios y profesionales, mejorar la prevención médica, la prescripción terapéutica y disminuir el número de errores.

Las diferentes Sociedades de especialistas del país, también reclaman con urgencia un tiempo de consulta suficiente para atender en condiciones dignas las diversas patologías. La



sociedad Española de Oncología recomienda una primera visita de 60-90 minutos, y en sucesivas y revisiones 15-20 minutos. La Sociedad Española Neumología y Cirugía Torácica también estima que 15-20 minutos sería el mínimo en una primera visita. La Sociedad Española de Neurología declara que los tiempos mínimos ideales doblarían los actuales, serían 45 minutos por paciente nuevo y 30 minutos para las revisiones. Otras Sociedades como la de Patología Digestiva o la de Hematología y Hemoterapia, consideran tiempos de 30 minutos para la primera consulta y 15 minutos para las revisiones.

Gestionar adecuadamente los recursos y evitar gastos innecesarios pasa por disponer de un tiempo suficiente para realizar mejor nuestro trabajo, que el paciente se sienta mejor atendido y se eviten errores y exceso de pruebas y tratamientos inútiles (Urquiza 2017).

En este contexto, el Presidente del Colegio de Médicos de Barcelona, en publicación reciente, propone varias medidas para que nuestros gestores sanitarios opten por “calidad y no por cantidad (de pacientes)”, entre ellas:

1. Reducir el número de enfermos asignados a cada médico, hasta un número razonable.
2. Aplicar medidas disuasorias que frenen la asistencia excesiva.
3. Reducir las actuaciones no estrictamente médicas, como las preventivas y de tipo administrativo, que deberían hacer otros profesionales.
4. Dar al médico la responsabilidad de organizar su agenda y de ser quien fije la periodicidad de las visitas de los enfermos.
5. Mejorar las infraestructuras de los centros.
6. Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, que mejore el control de los enfermos.
7. Utilizar indicadores para medir la satisfacción de los enfermos y los profesionales.

Nuestras autoridades sanitarias tienen la responsabilidad de mejorar estas condiciones asistenciales, ya que de seguir así, continuaremos empeorando, y esto supone una merma de la calidad asistencial y pone en serio riesgo la salud de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- Declaración de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado. Organización Médica Colegial. Tiempos Mínimos en las Consultas Médicas. Aprobado en Madrid, 25 de enero 2008.
- Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017902.
- Mishra P, Kiang JC, Grant RW. Association of Medical Scribes in Primary Care With Physician Workflow and Patient Experience. *JAMA Intern Med*. 2018; Sept: 3956.



- Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Analysis of ambulatory consultation length in medical clinics. Rev méd Chile. 2013;141(3):361-66.
- Patel I, Chapman T, Camacho F, et al. Satisfied patients and pediatricians: a cross-sectional analysis. Patient Relat Outcome Meas. 2018; 28(9):299-307.
- Redacción Médica, 7 diciembre, 2017. De 15 a 60 minutos: los mínimos en consulta que piden 7 especialidades.
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/de-15-a-60-minutos-los-minimos-en-consulta-que-piden-7-especialidades-6599>.
- Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, et al. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. Aten Primaria 2004;33(9):496-502.
- Starrett S. EHR Documentation and the Patient-Physician Visit. Evidence-Based Oncology. 2017;23(13):539.
- Sulmasy LS, López AM, Horwitch CA; American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Ethical Implications of the Electronic Health Record: In the Service of the Patient. J Gen Intern Med. 2017;32(8):935-939.
- Urquiza R. Tiempo de consulta, gestión clínica y trabajo diario de un médico de familia. Rev Méd La Paz. 2017;23(2):79-83.