



Conclusiones grupo de trabajo precariedad laboral y médico de área

Diciembre de 2014. Valladolid

SOCALÉMFYC

EXTRACTO

Resumen de las conclusiones del Grupo de trabajo sobre la precariedad laboral del especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, que se llevó a cabo con motivo de la Jornada de 30 Aniversario de la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria

Índice

INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMÁTICA DE LOS MÉDICOS DE ÁREA.....	3
OBSTÁCULOS CON LOS QUE TROPIEZAN LOS MÉDICOS DE ÁREA.....	5
SOLUCIONES PARA EL MÉDICO DE ÁREA	6
PROCESOS SELECTIVOS	7
CONCLUSIONES.....	8

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2007 y con el fin de solucionar la situación de eventualidad del personal de refuerzo, se creó la figura del Médico de Área, con el fin de garantizar la disponibilidad de personal sanitario para la realización de la atención ordinaria y continuada en equipos de atención primaria. Dicha figura fue instaurada por el anterior Director General de Recursos Humanos con el único apoyo de uno de los sindicatos que participaban en las mesas sectoriales, CC.OO.

La realidad durante este tiempo de los médicos de área es que en definitiva son los “CHICOS PARA TODO” dentro del sistema sanitario de Castilla y León. Además, y para empeorar dicha situación, desde el mes de mayo de 2014, las plazas de médico de área están incluidas dentro de la plantilla orgánica de SACYL:

- Médicos de familia en equipos de Atención Primaria (EAP): alrededor de 2400 plazas en Castilla y León
- Médicos de Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP): 36 plazas a extinguir.
- Médicos de área: 588 plazas.

PROBLEMÁTICA DE LOS MÉDICOS DE ÁREA

Los médicos de familia que desempeñan su labor contratados como médicos de área están sujetos a una arbitrariedad laboral inadmisibles:

- La jornada ordinaria que realizan no siempre está en calendario organizado, **desoyendo las normas de jornada del personal estatutario**; los médicos de área no conocen su calendario de jornada ordinaria con seis meses de antelación. En muchas ocasiones se realiza de manera arbitraria, sin atender a criterios objetivos y técnicos de las necesidades de la población atendida, dependiendo muchas veces criterios personales, de las necesidades de sustitución del coordinador o de la Gerencia de Atención Primaria en su caso.
- Lo mismo ocurre con la jornada complementaria casi siempre obligatoria y comunicada “sobre la marcha”. Dado que en el contrato existe la

obligatoriedad de realizar un número de horas siempre medido en cómputo semestral, existen meses en los que se trabajan muchas más horas que en otros, sin poder negarse a la realización de determinadas coberturas. Puede darse el caso de trabajar escasas 50 horas (o menos) durante los meses “poco conflictivos” y **trabajar más de 240 horas en los meses de vacaciones estivales.**

- **Existencia de gran variabilidad** entre las Gerencias y entre los Equipos de Atención Primaria, lo que conlleva que exista grandes diferencias a la hora de organizarse, con la consiguiente mala relación y discriminación de los médicos de área dentro de un mismo área de salud, llegando en algunos casos a situaciones tan flagrantes como que **no se cuente con los médicos de área a la hora de realizar actividades formativas o investigadoras.** Los médicos de área se sienten en muchas ocasiones **discriminados** con respecto al resto de miembros del Equipo de Atención Primaria y dado que existe cierta inseguridad jurídica, no saben a quién recurrir y qué se puede reclamar.
- Todos estos problemas desembocan en la **destrucción del desarrollo profesional del Médico de Familia**, que ve como van mermando sus capacidades y habilidades ya que no puede desempeñar todas aquellas competencias que requiere tener un cupo de pacientes asignados.

Por lo tanto, **aquella premisa de regularización de los médicos de refuerzo no se ha cumplido** y está muy lejos de cumplirse. No ha desaparecido la precariedad laboral. Así mismo se justifica con la idea de que gracias a esta figura “es más sencillo conciliar la vida familiar y laboral”. Sin embargo, sólo se vería cumplida esta premisa cuando los hijos son muy pequeños. Cuando comienza la edad de escolarización, los padres viven al revés que el resto de su familia, trabajando las tardes, noches y fines de semanas.

OBSTÁCULOS CON LOS QUE TROPIEZAN LOS MÉDICOS DE ÁREA

- El principal obstáculo es la FALTA DE PLANIFICACIÓN REAL de la actividad en los equipos de Atención Primaria. Tras una primera asignación a los profesionales del Equipo de Atención Primaria, el “sobrante” de dicha jornada es el que se “deja” a los médicos de área. Asimismo no hay un reparto equitativo de horas de atención continuada. El miembro del equipo elige primero y lo que queda sin cubrir, se lo reparten los médicos de área en muchas de las Zonas Básicas de Salud.
- Las Gerencias de Atención Primaria consienten y por lo tanto son corresponsables de no organizar correctamente los equipos. Los médicos de área en innumerables ocasiones se han sentido amenazados y coaccionados por sus gerentes cuando mostraban su desacuerdo con la elaboración de los calendarios, las reducciones de jornada o simplemente la petición de vacaciones.
- El mayor obstáculo es la propia figura de Médico de Área: ya que el trabajo y la atención sanitaria que se realiza es la antítesis del Médico de Familia. La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la atención al individuo, su familia y su comunidad tratando los principales problemas de salud de manera accesible y de forma continua, a lo largo del tiempo y todo ello desde un punto de vista global, desde la esfera biopsicosocial. Como médico de área solo se ve a los pacientes de otros médicos de forma puntual en alguna sustitución (ahora mismo días aislados) y en las guardias, por problemas de salud agudos, tirando por tierra todo aquello para lo que han sido formados durante 4 años, y malogrando el coste de dicha formación a través de los Presupuestos Generales del Estado.
- Otro obstáculo es que esta jerarquía es sentida como propia por muchos de estos profesionales que llevan años encasillados en esta situación. Y al final acaban creyendo o peor aún, resignándose, a que este es su trabajo.

- Todo el aumento de la jornada de los Equipos de Atención Primaria ha repercutido en la jornada de los Médicos de Área, con disminución de las horas de atención ordinaria.
- Todos estos obstáculos hacen que el futuro de un Médico de Área sea totalmente incierto, sin horizonte, y sin ninguna capacidad de desarrollo profesional.

SOLUCIONES PARA EL MÉDICO DE ÁREA

Desde socalemFYC, y manteniendo el discurso inicial de nuestra sociedad en relación con la figura del Médico de Área, se propone:

- **DESAPARICIÓN DE LA FIGURA DE MÉDICO DE ÁREA.** Nunca debió crearse dicha figura y menos aún consolidarla en plantilla orgánica, sin garantizar las condiciones profesionales y laborales mínimas para su desarrollo. Somos la única comunidad autónoma que tiene recogida esta figura en su plantilla.
- Los problemas se solucionarían dimensionando adecuadamente las plantillas de los equipos de acuerdo a su carga asistencial tanto en jornada ordinaria como en atención continuada (guardias). La cobertura de las sustituciones por permisos, bajas, etc... podría ser cubierta por la figura de contratos eventuales, a modo de contratos de fidelización de personal formado en nuestra Comunidad autónoma.
- La existencia de personal sanitario sólo para cubrir la atención complementaria (guardias) crearía un nuevo compartimento estanco que perpetuaría este problema en el tiempo. Es decir, que existan plazas fijas de Médico de Área solo haría que acrecentar esta situación de discriminación y estancamiento profesional. Esto se solucionaría si existiesen opciones reales para poder optar a una plaza de equipo.

PROCESOS SELECTIVOS

Los procesos selectivos que ha diseñado SACYL para la ATENCIÓN PRIMARIA se han caracterizado por su escaso rigor y por las excepcionalidades recogidas y reconocidas incluso a nivel judicial.

En primer lugar nunca se conocen los destinos de las plazas antes de realizar la fase de oposición. En segundo lugar **nunca se ha contemplado la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en los baremos de la fase de concurso como marca la ley (RD 1753/98)**, y en este aspecto cabe remarcar que son tan culpables los sindicatos como la administración ya que se rigen por un interés particular, sin defender la legalidad vigente.

En muchas ocasiones estos baremos son diferentes a pesar de tratarse de convocatorias de categorías profesionales similares. Por ejemplo la baremación del título de especialista en Medicina de Familia era diferente en la promoción interna de los médicos de urgencias en relación a los médicos de emergencias.

Cabe destacar que en los últimos procesos los baremos no otorgaban peso suficiente a la formación complementaria y la investigación.

Las propuestas que se proponen desde la socalemFYC son:

- La existencia de bolsas de empleo telemáticas abiertas de forma permanente y públicas, donde cada aspirante pueda añadir sus méritos formativos e investigadores.
- Concursos de traslado abierto y permanente y no sólo antes de los procesos selectivos.
- Fase de oposición que mida conocimientos y habilidades de forma objetiva y corrección rápida, sin interminables mesas de tribunal que enlentecen el proceso.
- **Que se cumpla el RD 1753/98 otorgando la baremación correcta a la FORMACIÓN en Medicina de Familia y Comunitaria a través de la vía MIR.**

A nadie se le pasa por la cabeza que a un cardiólogo no se le bareme la especialidad de Cardiología en su proceso selectivo, ni que más de 6000 horas de formación se equiparen a un curso de 300 horas, o que alguien con otra especialidad pueda optar a una plaza de Cardiología. Todas estas situaciones se han dado en procesos selectivos de Medicina de Familia en nuestra comunidad autónoma.

- **Mayor protagonismo de la labor docente, formativa e investigadora en los baremos de los procesos selectivos.** El Médico de Familia que obtenga una plaza fija de la plantilla orgánica del SACYL, debe ser el profesional más idóneo, más completo, es decir aquella persona que además de ser buen clínico, tiene un perfil docente, está comprometido con sus pacientes y el sistema sanitario mediante la formación continuada y realiza en mayor o menor grado labor investigadora, bien sea mediante proyectos de investigación o bien publicando en revistas científicas, o bien participando en congresos de cierto nivel.

CONCLUSIONES

La Junta de Castilla y León y la Consejería de Sanidad, junto con el equipo directivo de SACYL, deben tener claro y definir el perfil profesional del Médico de Familia que quiere en sus consultas.

O quiere un profesional sobre el que se sustente el modelo sanitario basado en la Atención Primaria o quiere un “chico para todo” que resuelva sus problemas de forma puntual según vayan surgiendo.

Y por supuesto es obligatorio que se produzca un análisis de la situación actual de las plantillas. Hay profesionales que no están cumpliendo con el perfil profesional que se demanda y tenemos más de 15 promociones de excelentes médicos de familia, estupendamente formados en nuestras unidades docentes, realizando su labor como médicos de área, emigrando a otras comunidades e incluso otros países que de verdad creen que la Atención Primaria es el eje del sistema, o peor aún, repitiendo un segundo periodo de formación en otra especialidad médica.

Desde la SocalemFYC exigimos que se realice una CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN DE PROFESIONALES. Que se detecten las lagunas formativas y se ponga solución a las mismas desde la Administración contratante.

**SOCIEDAD CASTELLANA Y LEONESA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA
(SOCALMFYC)**

Datos de contacto: C/ Veinte De Febrero, 6 Esc. Drcha. 1º Izda. Oficina 3

Valladolid 47001

,Teléfono: 983 361 057; Fax: 983361952

Correo-electrónico para socios: socalemfyc1@gmail.com

Correo electrónico para medios de comunicación: comunicación@socalemfyc.org

Facebook: <https://www.facebook.com/SocalemFYC>; twitter: @Socalemfyc