

1 DE FEBRERO: ¿POR QUÉ UNA HUELGA?

El pasado 17 de mayo, el Servicio Andaluz de Salud y los sindicatos presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad de Andalucía firmaron el Acuerdo en materia de política de personal para el período 2006-2008. Entre otros aspectos de indudable importancia, el desarrollo de un nuevo modelo de Atención Urgente, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la Atención Especializada, se planteó como una necesidad ineludible para dar cumplimiento a las previsiones legales que sobre jornada y descansos establece la Ley 55/2003 del Estatuto Marco, y sin que ello supusiera una merma en las retribuciones que perciben los profesionales del SAS. Además, esta reordenación, permitiría una importante generación de empleo.

Para alcanzar los objetivos planteados, se acordó entre otras medidas el incremento de valor de la hora de jornada complementaria (guardias), además de igualarlo en los dos ámbitos asistenciales (Especializada y Primaria), y crear un nuevo complemento retributivo llamado Continuidad Asistencial para remunerar la prolongación de jornada hasta las 20 horas permitiendo garantizar la continuidad asistencial al margen de la jornada ordinaria.

En cuanto a las medidas relacionadas con el tiempo de trabajo, la limitación de la jornada máxima semanal a 48 horas en computo semestral, la superación voluntaria de ésta mediante la llamada jornada especial limitada a 150 horas anuales y la obligación de garantizar el descanso mínimo de 12 horas entre dos jornadas de trabajo, incluyendo la ya antigua reivindicación de la libranza en Atención Primaria, enmarcaban una línea de trabajo ambiciosa y compleja dada la grandes dimensiones de una organización como es el Servicio Andaluz de Salud.

Respecto a los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, fue especialmente discutida la propuesta inicial del SAS de amortizar los mismos y crear una nueva categoría con criterios laborales y retributivos diferentes. La frontal oposición del sindicato médico a tal medida y la exigencia de un trato similar al del resto de facultativos sólo, o al menos, consiguió del SAS el compromiso de negociar las condiciones de este colectivo inmediatamente después de la firma del Acuerdo.

La tarea para poner en marcha todo lo anterior en el menor tiempo posible y adaptarse a las peculiaridades de cada uno de los centros de trabajo del SAS nos exigía una gran dedicación y mucho trabajo conjunto y con estos compromisos por parte de la Administración (*...negociaríamos centro por centro si fuera necesario*) el Sindicato Médico respaldó con su firma el Acuerdo 2006-2008.

Siete meses después, y tras múltiples peticiones de inicio de las mesas de trabajo para desarrollar los Acuerdos, somos convocados a una sesión de la Mesa Sectorial el pasado día 10 de enero en cuyo orden del día figura la Reordenación de la Atención Urgente. Poco nos esperábamos lo que tan escueto título escondía tras de sí. Tras asistir a la presentación en diapositivas

de los planes de reordenación de la Atención Urgente tanto en el ámbito de la Atención Especializada como en la Atención Primaria (disponibles en www.smandaluz.com), y entrando en el debate de las mismas, hacemos ver los múltiples y complejos problemas que vemos en los mismos para su puesta en marcha y la necesidad de negociar muchos de los aspectos laborales y retributivos que están en juego, así como la necesidad de contar con el apoyo de las Juntas Facultativas y Sociedades Científicas en lo referente a los aspectos asistenciales. Sin dar lugar a mayor discusión, el SAS expone que ya no hay nada que negociar, que la reordenación se ha hecho según los criterios acordados con los sindicatos en mayo pasado y que la responsabilidad de la ordenación de los servicios les compete a ellos. Nos indican que la puesta en marcha está prevista para el día 1 de febrero y que ya nos *informarán* en los centros cuando se convoquen las mesas de seguimiento del acuerdo.

Un rápido vistazo a lo propuesto por el SAS junto a la información que comenzamos a recibir ese mismo día de reuniones de nuestros delegados con los responsables de algunos centros que confirmaban la escasa capacidad negociadora que tendríamos, no sólo los sindicatos sino también las Juntas Facultativas, fue el comienzo de una breve, pero muy activa campaña de recogida de opiniones de los profesionales, cuya conclusión fue clara y rotunda ¡Esto no puede quedar así!

El SAS por toda respuesta a nuestras quejas, días después, presenta para su negociación la propuesta de Reglamento de la Comisión de Seguimiento de Centro de los Acuerdos 2006-2008, atribuyéndoles funciones en lo referente al Complemento de Rendimiento Personal, al nuevo Complemento de Continuidad Asistencial y a la Reorganización de la Atención Urgente del centro hospitalario o de Atención Primaria. El Sindicato Médico se negó a dar el visto bueno a este Reglamento ya que entendíamos que era prioritario negociar y solucionar en Mesa Sectorial un gran número de cuestiones de índole general que indudablemente iban a dar problemas de interpretación en las comisiones descentralizadas añadiéndose a este hecho la falta competencia para su resolución. En este sentido, **el Sindicato Médico propuso que la Mesa Sectorial de Sanidad debe negociar y dar normas comunes y muy claras sobre:**

- La apertura de los centros hasta las 20.00 horas por aplicación del nuevo concepto de CONTINUIDAD ASISTENCIA se hará bajo la garantía de que ningún profesional será obligado a realizar al mismo tiempo actividad asistencial ordinaria y atención a urgencias.
- La CONTINUIDAD ASISTENCIAL 1 o 2 tardes por semana deberá ser ofertada inexcusablemente, según establece el Acuerdo del 17 de mayo, a todos aquellos que venían realizando guardias médicas, con independencia de la vinculación definitiva o eventual del profesional y de la modalidad de la misma (presencia física o localizada).
- La CONTINUIDAD ASISTENCIAL en el ámbito de la Atención Primaria es un elemento, introducido por el sindicato médico,

imprescindible para que la aplicación del Acuerdo no produzca merma retributiva. Su negociación y aplicación inmediata es por lo tanto prioritaria.

- Concretar el concepto de **DISPONIBILIDAD TASADA**, que también el Sindicato Médico introdujo en el Acuerdo, al referirse a las guardias localizadas, y ello en base a ponderar, tanto desde el aspecto de jornada como retributivo, las horas de activación que se produzcan.
- Es obligada la negociación de la **JORNADA COMPLEMENTARIA** (máximo de 48 horas semanales). El objetivo esencial de la Directiva Europea 93/104 y posteriormente la 88/2003, es la protección de la salud del trabajador y por ello se limita la jornada de aquellos que trabajaban más de 48 horas a la semana, pero en ningún modo, y como indica la lógica más elemental, se puede interpretar, como hace el Servicio Andaluz de Salud, que aquel que hacía menos debe obligatoriamente incrementar sus 35 horas en 13 más por semana. Esta perversa interpretación debe ser aclarada y debemos negociar, al menos, el computo efectivo (el SAS se limita a multiplicar 48 horas por 48 semanas, dando un resultado de 2.304 horas anuales EXIGIBLES a todos los médicos) con el que actualmente no estamos en absoluto de acuerdo, bajo qué circunstancias se nos podrá obligar a realizar esta jornada complementaria y por cuanto tiempo (**SI** por necesidades asistenciales, **NO** por ahorro de personal). Por parecidos motivos es necesario concretar las condiciones de prestación de **JORNADA ESPECIAL** (superación voluntaria de la jornada complementaria máximo 150 horas/año) así como su retribución. El SAS pretende pagarla al mismo precio que la complementaria y que no origine libranza.
- Medidas de fidelización del personal eventual sobre quienes va a recaer en gran parte el peso de la reordenación urgente. Dadas las características actuales del mercado sanitario y las previsiones de futuro, la negociación de unas buenas condiciones de trabajo, estabilidad y unas retribuciones competitivas son imprescindibles para garantizar en el tiempo el modelo que se va a implantar. Dada la creciente feminización de la profesión, potenciar las medidas de conciliación de la vida familiar servirían para minimizar el fuerte impacto que sobre la vida familiar tiene trabajar en turnos de guardia nocturna, fines de semana y festivos haciendo este tipo contrataciones más accesibles a quienes por ahora nutren la bolsa de pasivos entre los demandantes de empleo
- En Atención Primaria, la falta de profesionales hará necesaria la incorporación del acúmulo de cupo a la dinámica habitual de funcionamiento de muchos centros para garantizar la libranza postguardia. Por ello se hace necesario una revisión al alza de la retribución actual así como de las condiciones de aplicación.

- El personal MIR en formación no deberá asumir más responsabilidades que las legalmente exigibles ante la falta de su referente en régimen de presencia localizada.

Como resulta fácil de comprender, ninguna Comisión de Seguimiento de Centro debería enfrentarse con alguna de las situaciones anteriores descritas sin contar con unas normas claras emanadas de la negociación en Mesa Sectorial. Sin embargo, y a pesar del autoconvencimiento del SAS de que lo mejor es comenzar el modelo e ir solucionando los problemas luego, conforme vayan surgiendo, se han demostrado ya en los preliminares de su implantación numerosos problemas, la mayoría por la actitud prepotente y desafiante de los responsables de los centros, Directores Gerentes y de Distritos Sanitarios, que despreciando la necesidad y la obligación de una participación efectiva de los profesionales insisten en ser los desafortunados promotores de una reordenación asistencial frágil, polémica y difícilmente entendible por profesionales y ciudadanos.

A todo lo anterior hay que sumar la dificultosa negociación que sobre los colectivo específicos de Dispositivos y Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias se ha llevado a cabo en la Mesa Sectorial de Sanidad donde, a pesar de haber avanzado algo sobre los posicionamientos iniciales del SAS, el Acuerdo final firmado por SATSE, CSIF y UGT, sindicatos sin apenas representatividad médica, se ha hecho al mismo tiempo que un centenar de médicos de urgencias se manifestaban ante las puertas del SAS mostrando su rechazo al mismo. Y ello sin perder de vista que los problemas generales que planteamos como origen de la movilización les afectan igualmente.

La convocatoria de huelga de todo el personal facultativo del Servicio Andaluz de Salud realizada por este sindicato médico para el día 1 obedece, no al rechazo del Acuerdo 2006-2008 que fue suscrito por considerarlo globalmente positivo para la profesión médica, opinión que seguimos manteniendo, sino a la tergiversación y aislamiento en la que el SAS pretende poner en marcha una reordenación de semejante calado y con tantas connotaciones laborales fundamentalmente para el médico.

Confiamos en la sensatez de los cargos del SAS para reconocer con valentía el error que están cometiendo y reemprender el camino con quienes están dispuestos a invertir toda su vida profesional y laboral en el sistema, a pesar de no acudir al acto de conciliación promovido por el SERCLA y al claro boicot al derecho a la huelga de los médicos que suponen los servicios ¿mínimos? impuestos por la Consejería de Salud, En caso contrario, nuestra obligación es utilizar todas la herramientas de acción sindical recogidas en la Ley para expresar nuestra propuesta y exigir una negociación seria y efectiva.