Los residentes se reúnen con la ministra, pero

Mir: 'mileuristas' indignados

La situación de los médicos internos residentes es un reflejo de la mala gestión del sistema nacional de salud. Pocos incentivos, descoordinación y ninguna solución.

Mari Luz Alonso

EFE

Aunque el ministerio asegura que ha mejorado sus condiciones, lo cierto es que se ha limitado a aplicar la directiva obligatoria de la UE

El pulso que mantienen las asociaciones de médicos residentes y la Administración dirigida por **Elena Salgado** sigue en pie. Mientras el ministerio se niega en rotundo a asumir su papel de coordinador entre las comunidades autónomas, los profesionales médicos conservan sus posiciones

A pesar de que la reunión del martes sirvió para calmar los ánimos, lo cierto es que lo único a lo que se comprometió **Salgado** fue a derivar sus competencias a las comunidades autónomas, que serán las encargadas de negociar con los mir su situación laboral. Y éstos lo han dejado claro.

"Llevo 32 horas trabajando, ¿te opero?" fue el lema que sacaron a la calle el pasado sábado 17 de marzo. Los horarios laborales son el principal caballo de batalla de los nuevos médicos, que además denuncian la flagrante falta de igualdad que existe entre los distintos sistemas sanitarios autonómicos, que afecta directamente a su bolsillo, y, lo que es aún más grave, a sus pacientes.

Salgado deriva el problema a las comunidades y reivindicativos

Los jóvenes residentes se manifestaron ante el Ministerio de Sanidad el día 17 de marzo.

Íñigo Espert, presidente de la Asociación de Médicos Internos Residentes de la Comunidad de Madrid (Amircam), en representación de la plataforma de asociaciones de residentes y estudiantes de Medicina (que engloba a las 14 asociaciones autonómicas, la nacional Aemir y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, que representan a 20.000 mir y 30.000 estudiantes de la carrera), instó hace ya algún tiempo al Ejecutivo nacional a que tuviese en cuenta sus reivindicaciones a la hora de elaborar el real decreto que regula su situación laboral. La advertencia no penetró lo suficiente en las mentes pensantes del ministerio, que decidieron desaprovechar la oportunidad de poner orden de forma coherente, eficaz y coordinada la situación de los mir, después de 30 años de desierto regulativo.

A pesar de que en torno al 40% de los médicos de la sanidad pública pertenecen a este colectivo, **Elena Salgado** prefirió no consultarles a la hora de elaborar el real decreto aprobado en octubre de 2006, de ahí que, en opinión de los médicos, sea un decreto de mínimos, no aplicable a la realidad del sistema sanitario español.

Aunque la nueva regulación establece un incremento del 18% del sueldo base de

Son el 80% de los profesionales que cubren la asistencia en urgencias

Sus exigencias

1 Aplicación efectiva de la jornada semanal de 58 horas, **regulación de las 36 horas semanales de libranza interrumpida y del derecho inexcusable de 12 horas de descanso entre jornada y jornada.**

2 **Supervisión física y directa de los actos médicos de los residentes de primer año a cargo de personal médico especializado,** y en segundo si lo solicitase el residente, de modo que la responsabilidad sea compartida con el supervisor.

3 En cuanto a las retribuciones, **el sueldo base de un mir debe equipararse al del personal estatutario de grupo A**, como el resto de funcionarios a los que se les exige una licenciatura.

4 Respecto a la formación de la residencia, debe recogerse en un nuevo real decreto la **obligación de la Administración a ofertar a los residentes cursos formativos en técnicas de psicología del enfermo y de la enfermedad**. Así como debe regularse la exclusividad formativa del residente que no puede compatibilizar dos formaciones mediante residencia.

5 Es necesario que **los adjuntos dispuestos a hacerse cargo de la tutoría de los residentes sean incentivados** tanto económica como profesionalmente.

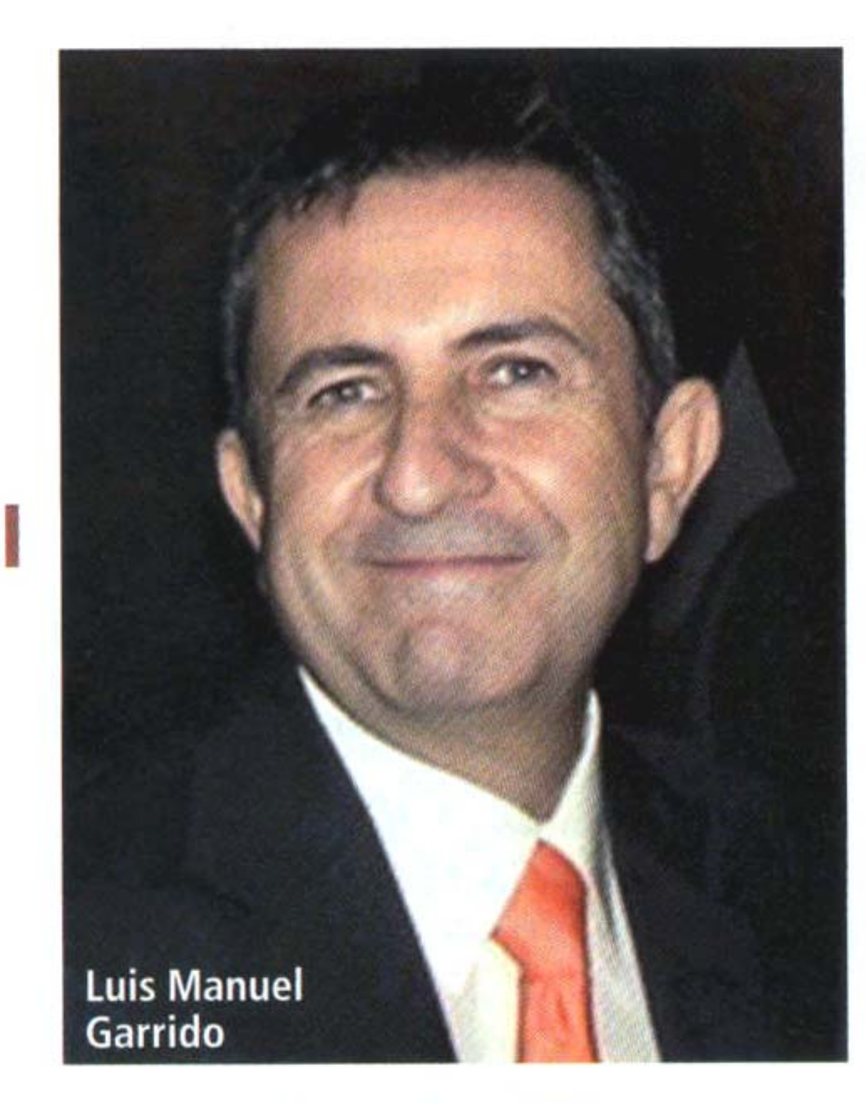
6 Sería saludable que tanto los médicos residentes como los tutores responsables de su formación **fuesen evaluados de forma anual.**

Los suspensos de la sanidad pública

EL DIAGNÓSTICO DEL SNS (SISTEMA NACIONAL DE SALUD) REALIZADO POR EL INSPECTOR SANITARIO LUIS MANUEL GARRIDO PONE DE MANIFIESTO LA FALTA DE COORDINACIÓN Y LA MALA GESTIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA, QUE SUSPENDE EN CINCO ASPECTOS:

1. El papel coordinador del Ministerio de Sanidad.
2. La regulación del Consejo Interterritorial, que no está adaptado a la descentralización del sistema.
3. La falta de incentivos a los profesionales por parte de la Administración.
4. La equidad financiera sanitaria de las comunidades autónomas.
5. Las políticas farmacéuticas.

"El Consejo Interterritorial debería establecer unos precios de referencia de la sanidad pública y elaborar un catálogo común de prestaciones", afirma Garrido


Luis Manuel Garrido

los mir, que ha pasado de 850 a 1.000 euros, las asociaciones y sindicatos no se contentan porque, según afirman, el problema laboral de un residente va mucho más allá del salario que cobra. Se trata de la imposibilidad de compatibilizar el trabajo con la vida personal y la constante situación de estrés bajo la que trabajan, que les hace tomar decisiones sobre la vida de sus pacientes tras 32 horas de jornada continuada.

El otro gran conflicto son las guardias (jornadas de trabajo ininterrumpido de 24 horas). Si hasta ahora el número máximo mensual de éstas era de siete, con la nueva regulación se ha pasado a cuatro, pero "se ha dejado la puerta para que la explotación continúe".

Tras el acuerdo al que los mir llegaron el martes 27 con la Administración para garantizar que no trabajarán más de 24 horas seguidas y librarán después de cada guardia, "salvo en caso de emergencias asistenciales imprevisibles", por el momento el decreto socialista sigue en vigor. Esto conlleva que, según denuncia el presidente de Amircam, **Íñigo Espert**, la decisión de que las horas laborales del residente continúen tras las jornadas intensivas se deje en manos de los adjuntos, que podrán obligar a los mir a participar o asistir a, por ejemplo, una operación que consideren importante para su formación.

Pero lo más preocupante es que el propio decreto asume la incompetencia planificadora de la Administración al asegurar que, en caso de que la organización del centro no sea adecuada y existan pacientes que no hayan recibido la atención precisa, los residentes deben incrementar sus horas de trabajo de forma obligatoria, aunque ello signifique que la calidad de la asistencia empeore.

El problema se presentará cuando los residentes comiencen a aplicar de forma efectiva la jornada semanal de 58 horas que indica la directiva europea, y las guardias pasen de siete a cuatro mensuales. ¿Quién atenderá entonces a los enfermos?

Está claro que se necesitan más médicos y, sobre todo, más planificación por parte del ministerio, que está permitiendo que las diferencias tanto salariales como de presupuesto por ciudadano, entre las comunidades autónomas, sean abismales, de forma que en Castilla y León el gasto sanitario por

habitante alcanzó en 2003 los 932 euros y en Andalucía el presupuesto no superó los 775.

Pero mientras el ministerio prefiera mirar para otro lado y dejar en manos de las consejerías autonómicas la responsabilidad, el problema seguirá estando sobre la mesa, porque no se trata de un déficit de presupuesto -de hecho España se encuentra entre los 10 países europeos que más invierten en sanidad-, sino de gestión eficaz y humana.

Los médicos se quejan de la falta de control y de la poca inspección que se realiza en los centros hospitalarios; y ellos, los inspectores, de la ausencia de reconocimiento que tiene su labor y la sordera de algunas Administraciones públicas, que les acusan de partidistas cuando el análisis de su gestión sanitaria no les es favorable.

ANDREA TARÍN

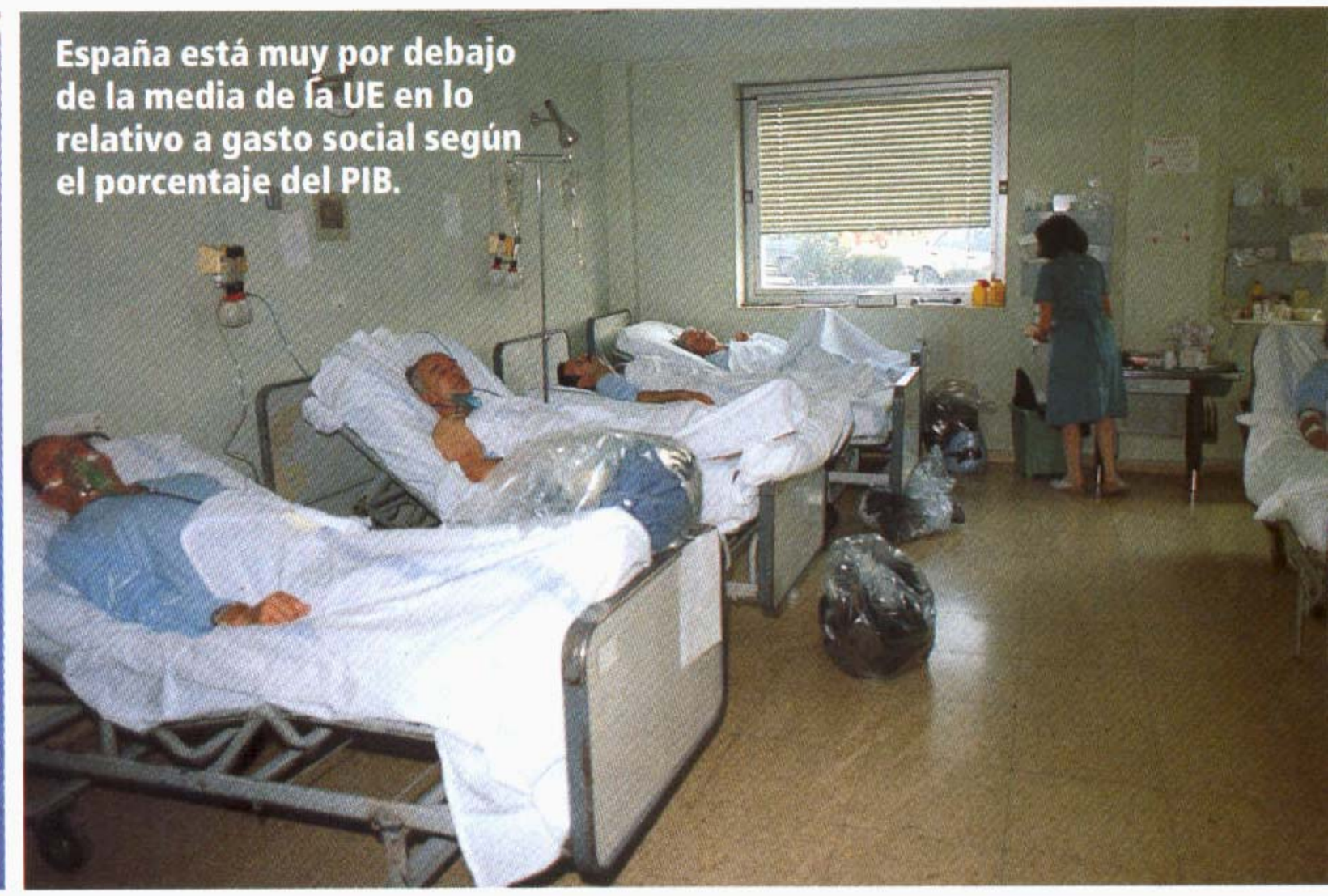
Elena Salgado, ministra de Sanidad y Consumo.

Y es que, como bien apunta **Luis Manuel Garrido**, presidente de Faiss (Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios), el buen estado de salud de la sanidad española debe estar ligado al derecho fundamental a la vida familiar y social, tanto de los pacientes como de los profesionales.

Según éste, el mayor problema al que se enfrenta el sistema sanitario español es la falta de equidad entre comunidades autónomas, un problema surgido de "la incompetencia del ministerio para cohesionar la labor autonómica" y que, como advierte **Íñigo Espert**, está dando lugar a "la guerra de las sanidades", ya que las distintas regiones utilizan la sanidad pública como arma política. Pero, como señala **Garrido**, "aunque la descentralización del sistema puede tener algunas ventajas, el hecho de que se produzca por causas políticas y no para aumentar la eficiencia en la gestión, a diferencia de lo ocurrido en otros países de nuestro entorno, hace que el proceso presente también importantes inconvenientes desde el punto de vista de la eficiencia".

La jornada continuada de 32 horas bajo un estrés constante condiciona la eficiencia del sistema sanitario y pone en riesgo a los pacientes

El presidente de Faiss se muestra indignado por la falta de liderazgo de la ministra, y asegura que "un Ejecutivo que se precia de defender lo público, como el actual, tendría que ser contundente en esta materia. Sin embargo, la sanidad no es una prioridad del Gobierno, quedando ensombrecida por aspectos de repartos de poder, como las reformas de los respectivos estatutos comunitarios".



España está muy por debajo de la media de la UE en lo relativo a gasto social según el porcentaje del PIB.

Lograr la equidad financiera, realizar una política de personal incentivadora, reformar el Consejo Interterritorial para favorecer la comunicación entre los Gobiernos regionales y aumentar el papel coordinador del Ejecutivo nacional parecen ser las soluciones necesarias para mejorar la situación actual del sistema sanitario español. ■