

A/A Dirección Administrativa y Médica del Distrito Sanitario Condado-Campaña del SAS de Huelva:

Los médicos de Atención Primaria de la Zona Básica de La Palma del Condado, abajo firmantes, nos dirigimos a ustedes, para comunicarles lo siguiente:

Nos encontramos en una situación como profesionales del SAS que calificamos de insostenible, con unas relaciones con la Dirección del Distrito insuficientes e inadecuadas, con un trato que se nos brinda desde ésta como indigno como médicos y asalariados de su empresa que somos, y todo ello repercutiendo en la atención y bienestar de los pacientes, que en último término es nuestro primer objetivo.

Muchos de los factores desencadenantes de nuestra insatisfacción se originan en las más altas instancias del SAS, y ustedes son simplemente elementos transmisores de normas. Otras veces son decisiones particulares de este Distrito, que afectan a problemas o situaciones puntuales en nuestra zona, en las que sí son ustedes directamente responsables.

No piensen que nuestros comentarios son una respuesta de pataleo ante algún hecho concreto ocurrido ahora; más bien se trata de la consecuencia de sus acciones durante muchos años, siendo estos últimos problemas denunciados la gota que colma el vaso.

### **Algunos hechos que referimos son los siguientes:**

- **Durante años, cuando constituíamos un número mayor de médicos, no han creado suficientes contratos** (aunque de forma evidente existía la necesidad ante la alta demanda de servicios sanitarios de la población). Han mantenido a un porcentaje altísimo de facultativos en una posición laboral precaria, dependiendo de una bolsa de trabajo que ofrecía contratos de días u horas incluso; manteniendo al profesional después inactivo durante meses. Eso sí: si no aceptabas un contrato de una guardia de un día de Navidad o similar, nos penalizaban sin poder trabajar en varios meses...Además, la forma en que a veces se dirigían a uno para ofrecerte estos contratos no era de lo más atenta que uno pudiera esperar, pareciendo más que te daban una limosna; y si no la quieres, vendrá otro a recogerla.

- **Varias de las contrataciones que nos han venido procurando durante estos años, sobre todo en la Atención Continuada de Urgencias, no pasarían ni el más benevolente control de mínimos aceptables.**

Contratos intermitentes de alta y baja, repetidos al lo largo del tiempo que fuera necesario (desde horas hasta meses o años), en los que a veces en conjunto el médico trabajaba incluso más horas que otro compañero con contrato estable de EBAP, pero, sin embargo, sin cotizar a la Seguridad Social entre los períodos de actividad y sin puntuar en la Bolsa de Trabajo. Los honorarios eran los correspondientes a horas de atención continuada (los más bajos). En estos contratos no se ha incluido la eventualidad de accidentes laborales, es decir, si durante un traslado en una ambulancia sufrías un accidente, el SAS no se responsabilizaba. Algunos de estos contratos de trabajo aún existen o sólo tienen corregidos parcialmente estos defectos.

Estas contrataciones son los que en cualquier ámbito se denominan “contratos basura”, que su administración tan alegremente dice querer combatir.

**- Estas circunstancias nos han llevado a muchos médicos a trasladarnos a otros países para trabajar o hacer una especialidad**, siendo los dos países más comunes Portugal e Inglaterra. Piensen que, al igual que ustedes, somos padres y madres de familia quienes hemos tomado estas decisiones, desplazando hijos, residencia, colegios, etc., a un país donde no somos en ocasiones muy bien recibidos, donde hablamos otra lengua y tenemos que adaptarnos a costumbres muy diferentes. Y lo hacemos obligados por la situación económica y de inestabilidad laboral a la que ustedes nos han conducido. Todo esto supone un conjunto de trastornos y un desgaste psicológico que supongo a ustedes ni se les ha ocurrido.

Pero es más: escuchamos a veces los comentarios sobre “lo desagradecidos que son estos médicos que se forman en España con el dinero que les ha aportado la administración, procedente de todos los españoles, y que luego se marchan a otro país porque les pagan mejor, dejándonos tirados”.

**- Conforme aumentan ustedes la Cartera de Servicios que ofrecen a la población, lo hacen a expensas de sobrecargarnos más de funciones, sin sopesar los medios de que disponemos, y sin negociar con nosotros las posibilidades de cumplir esos servicios.**

**- Estamos obligados por ley, según parece ser (a pesar de haber algunas sentencias judiciales en contra), a hacer guardias, tras las cuales debemos continuar nuestro trabajo ininterrumpidamente. En la práctica supone turnos de 31 horas seguidas (7 de trabajo + 17 de guardia + 7 del día siguiente).**

Que sepamos, ésta es la única profesión de riesgo a la que se le obliga a permanecer tantas horas seguidas de servicio. Conlleva la probabilidad de algún percance o una atención impropia al paciente en las horas finales de estos largos turnos, así como un cansancio no permisible en el profesional.

Hemos solicitado en multitud de ocasiones la libranza de guardias; sin embargo parece que estamos pidiendo algo extraño e inalcanzable. No hace falta ninguna sentencia de ningún Tribunal Supremo, es de sentido común. A cualquiera que le explicamos esta realidad se lleva las manos a la cabeza.

Imaginamos que ninguno de ustedes quisiera que le atendiera en una emergencia un médico que lleva trabajando 26 o 30 horas seguidas. Trasláden esto al resto de los usuarios.

**- Respecto a las guardias, otro punto a comentar es que no recibimos ningún reintegro por traslados de pacientes a las urgencias hospitalarias, según está establecido.**

**- Es increíble que tengamos que solicitar una y otra vez indumentaria para la consulta diaria y guardias (ropa que, por un lógico deterioro, debería ser distribuida periódicamente, sin necesidad de realizar pedidos de suministros).**

- **No nos parece una práctica formal que nos envíen las nóminas de nuestro sueldo con tres o cuatro meses, a veces más, de retraso; como viene siendo habitual.**

- **Cuando un compañero se ausenta por baja laboral, vacaciones u otro motivo justificado, es habitual que los que permanecemos en el Centro de Salud le cubramos en su totalidad, pasando su consulta y haciendo sus avisos y urgencias (también es frecuente que a un médico sustituto le obliguen a pasar más de una consulta completa).**

En este sentido comentamos dos puntos.- en primer lugar, sabemos que no se utilizan al 100% los recursos de sustituciones, poniendo ustedes límites al número de horas de trabajo en los contratos de sustitutos. Imaginamos que por motivos económicos, porque no entendemos otra causa. No estamos de acuerdo con estas cortapisas a la disponibilidad de médicos suplentes; existiendo las necesidades de médicos actuales.

El otro aspecto a considerar es que no recibimos prácticamente ningún suplemento económico por asumir la labor de nuestro compañero (sólo un irrisorio porcentaje de su complemento de sueldo por las TAEs). Esto no es lo acordado entre ustedes y los sindicatos, ni es lo que la Consejera de Salud ha informado (“Las sustituciones continuarán a través de bolsas de trabajo. Cuando éstas no dispongan de más personas, los profesionales que atiendan a los pacientes de un compañero de vacaciones podrán recibir incentivos económicos, que oscilarán entre los 1.500 y los 2.000 euros más al mes”. Son declaraciones realizadas a la revista “Médicos de Andalucía”, publicación de los Colegios de Médicos, en Julio-Agosto de 2005).

- **El salario de los médicos españoles es prácticamente el más bajo de Europa (sólo tienen sueldos más bajos tres países del Este: Lituania, Hungría y Polonia). Dentro de nuestro Nación, los sueldos más bajos son los de Andalucía.**

Es muy poco gratificante, que una licenciatura de seis años, más los tres años de especialidad de Medicina de Familia; con una responsabilidad (ética, deontológica y legal) y con unas necesidades de formación que se cumplimentan durante las horas adicionales que cada uno emplea fuera de su horario laboral, sean recompensados de esta manera. Además, parece ser que en nuestra nómina se incluyen los gastos que conllevan nuestros desplazamientos, que realizamos en nuestro coche, ya que el SAS no nos provee de vehículos en el horario normal de trabajo, y en algunas zonas básicas ni durante las horas de guardia.

Cualquier trabajador técnico tiene remuneraciones más altas, con cobros por desplazamiento, y por supuesto sin la responsabilidad que asumimos nosotros.

Pero es ya de risa el precio de la hora de guardia (12.6 euros brutos, que con un 15% de retención de hacienda como un ejemplo medio se queda en 10.71 euros, es decir 1782 pesetas/ hora), cuando se trabaja en horario nocturno, con traslados entre poblaciones, y con los turnos tan prolongados como se comentó (y sin menguar nunca nuestra responsabilidad). En esta cantidad no se incluye ningún pago en concepto de peligrosidad (asistencia en carretera en accidentes de tráfico...), como en otras categorías, trabajando en las mismas condiciones. Por otro lado, recibimos la misma cuantía tanto si la guardia es durante un día entre semana, como si es un festivo. Es decir, se cobra igual una tarde de un martes cualquiera que la noche de un fin de año o un Jueves Santo, por ejemplo.

Es paradójico, que se estén contratando en algunas zonas facultativos de otros países, habiendo aún médicos españoles que permanecen en o tienen intención de trasladarse a Portugal. Esto sólo refleja dos cosas: el sueldo y las condiciones aquí no

son satisfactorios y, en segundo lugar, ustedes no quieren dar solución a este problema (saben perfectamente el motivo de emigración a otros países y aún así mantienen esos emolumentos y sistema tan precarios que obligan a buscar a profesionales fuera).

**- En algunos centros estamos realizando labores no sólo de médico, sino de auxiliar, celador y hasta de limpiadora, por no disponer de estos trabajadores durante el horario de trabajo, o estar presentes sólo durante algunas horas. Es nuestra tarea trasladar material desde el almacén, limpieza de material médico, cambiar camillas, etc.**

**-Consideramos humillante la consideración que recibimos cuando alguno de nosotros cae enfermo, con una conducta de acoso por parte de la empresa.**

En cualquier entidad, cuando un trabajador contrae una enfermedad puede acudir el día en que nota los primeros síntomas a un médico de guardia, para que su médico de cabecera al día siguiente le proporcione el correspondiente parte de Incapacidad Transitoria, apoyado por el informe del facultativo de guardia, si lo considera oportuno. Además, tiene un período de tres días antes de establecer que se le dé el parte de baja. Una vez en esta situación, transcurre un período razonablemente prolongado antes de que la Inspección de Trabajo lo cite para una supervisión.

En nuestro caso, se nos pide el parte de baja desde el primer día; en ocasiones incluso cuando el médico ya en su puesto de trabajo comienza con síntomas y deja la consulta.

Cuando el médico está ya de baja laboral, se le cita precozmente en la Inspección; incluso tras intervenciones quirúrgicas, esguinces u otras patologías, que en cualquier otro trabajador de otra empresa claramente justificaría un período mayor de inactividad y permisividad por la Inspección. Es como asumir que, por definición, cualquier médico que se dé de baja está defraudando. No es ésta una consideración justa.

**- Entrando en el campo de nuestra independencia profesional para diagnosticar e indicar tratamientos, tenemos varias quejas:**

Es del todo irritante que los responsables de Farmacia del Distrito nos “aconsejen” lo que debemos y no debemos prescribir en nuestra consulta.

Nos hablan de criterios de indicación basados en la Medicina Basada en Pruebas y de argumentos basados en la eficacia, efectividad y eficiencia. Pues bien, para poder abordar estos temas seriamente hace falta algo más que mostrar algunos estudios aislados o protocolos de tal o cual hospital o revista científica.

Todos sabemos que en Medicina las conclusiones más fiables, sobre todo en indicaciones de fármacos, deben obtenerse tras estudios bien diseñados, fundamentalmente ensayos clínicos, multicéntricos, aleatorizados, con muestras poblacionales extensas y homogéneas y tras períodos prolongados de tiempo; preferiblemente meta-análisis y revisiones sistemáticas, publicados en revistas o bases de datos con criterios exhaustivos, como la Biblioteca Cochrane. No es, por tanto, adecuado hacer afirmaciones dogmáticas con algunos estudios y gráficos aislados, que se nos exponen desde el Distrito. En algunas patologías o factores de riesgo, como dislipemias, diabetes, osteoporosis, etc., existe una constante revisión y replanteamiento de criterios, que nos obligan a ser prudentes a la hora de tomar decisiones.

Por otro lado, nos están constantemente bombardeando con que este o aquel medicamento no es la primera opción aconsejada en el Manual de Terapéutica de la SEMFYC. La medicina es algo más compleja que un manual de 500 páginas. Unas directrices para indicar medicamentos no pueden basarse en un libro único. No nos parece serio. Cualquier frase de ese manual merece siempre matizaciones y aplicación a casos individuales. Ojala fuera tan fácil decidir por un libro mágico que da siempre las respuestas.

Asimismo, las diferencias de eficacia que nos explican son tan sutiles muchas veces, que resulta exagerado nuevamente el atosigamiento por recetar una u otra medicación.

Nos gustaría que nos explicaran también, de qué criterios de calidad consensuados y publicados (en revistas clínicas o de gestión sanitaria) proceden estos indicadores que nos exigen conseguir, y la normativa legal que nos obliga a este cumplimiento. Si no existen, por favor **ABSTÉNGANSE DE IMPONER** esos objetivos; y si quieren consensuar el tema **PÍDANNOS OPINION**, pero no nos agobien ni se inmiscuyan en nuestras **DECISIONES LIBRES** que adoptamos en nuestras indicaciones y prescripciones farmacológicas.

La Medicina se define como “Ciencia y arte que trata de la curación y la prevención de la enfermedad, así como del mantenimiento de la salud”; por lo que además de lo expuesto, les recordamos que cada paciente es un conjunto de circunstancias particulares, que exige decisiones sólo para él, según muchos factores que entran en juego, muchas veces buscando un medicamento cuando ya has intentado todo tipo de recursos infructuosos, y cuando te ha visitado multitud de veces. Esto ocurre todavía más en Atención Primaria.

**- Los índices de prescripción individualizados, a los que tanta importancia dan, no están bien diseñados, según un rápido vistazo:**

No se puede atribuir a un médico de Atención Primaria un determinado porcentaje de novedades terapéuticas, VINEs y medicamentos no recomendados, que de una forma evidente han sido indicados por facultativos de otras especialidades, como son los antiglaucomatosos, algunos antidepresivos, glucosamina y otros. Asimismo, antiulcerosos, antiabéticos orales y más medicamentos, prescritos en informes de internistas. No es nuestra intención pararnos a discutir con cada uno de nuestros enfermos sobre la fiabilidad o no de un tratamiento de un especialista (uno tiene las de perder), de esclarecer si es un VINE o no, sobre si es un grupo de medicamentos adecuado o no...La tarea es ganarse al paciente poco a poco, con otros argumentos; pero si además la diferencia entre un medicamento u otro es discreta, a veces no merece la pena y es preferible dejar el fármaco indicado por el especialista para no deteriorar una relación médico-paciente o la confianza que pone en ti.

**- Criticamos, en relación al punto anterior, la decisión y los modos de exponer pública y comparativamente las prescripciones farmacológicas y la evolución de éstas de los distintos médicos de la Zona y en todo el Distrito. Lo consideramos de nuevo vejatorio.**

Parece que estamos nuevamente en el colegio: “tú te has portado mejor y has recetado un 0.25% más que tal médico del antidiabético aconsejado...” No favorece la mejor prescripción, y a muchos de nosotros nos predispone en contra de los objetivos que ustedes proponen.

Como en otros aspectos, cuando a algunos colegas de otras comunidades autónomas, les comentamos que recibimos este tipo de documentos, no salen de su asombro, y

nos preguntan que cómo lo permitimos. Si le lo explicásemos a algún médico de cualquier país europeo, se reiría de nosotros.

Queremos nuevamente conocer en qué normativa legal se fundamentan para esta actuación.

**- También en conexión con lo anterior: algunos compañeros han sido citados para un interrogatorio, por parte de la Dirección, a modo de criminal, para que rindiera cuentas de sus prescripciones (supera lo humillante).**

**- Más sobre fármacos: estamos cansados de ser el escaparate del SAS para esclarecer a los pacientes su política de principios activos versus marcas, sobre los medicamentos VINE y de las atribuciones nuestras y de la farmacia en este terreno.**

No nos parece justo, cuando nosotros no estamos de acuerdo con esta política, y cuando además no tenemos tiempo para explicar a tantos enfermos todos los puntos pertinentes.

Si ustedes admiten que existan diferentes precios para un mismo medicamento, no nos hagan a nosotros los culpables de que algunos paguen marcas más caras. Supriman estas licencias tan costosas.

Si ustedes acceden a que se pueda recetar VINEs (lo asumieron en contra de una decisión política nacional, como única comunidad autónoma que quiere hacerse cargo de este desembolso), no nos pidan responsabilidad por recetarlos. Den la cara y expongan esto a los usuarios, pero no nos sitúen ustedes en el dilema de recetar o no, ni nos hagan dar explicaciones a nosotros, ni nos pidan después cuentas en las estadísticas.

Si el farmacéutico tiene la atribución de dar y cambiar después la marca de un fármaco, cuando recetamos por principio activo; no seremos nosotros los únicos culpables de toda la confusión y molestias que se crean para los pacientes.

**- Nos parece excesivo el trabajo burocrático que constantemente nos imponen: no sólo los partes de bajas de enfermedad y recetas de largo tratamiento (que en otras comunidades ya se hacen con recetas electrónicas dispensándose directamente en la farmacia). A esto hay que sumarles los partes desglosados semanales de urgencias, derivaciones y gripe, informes mensuales de bajas; por no contar los intentos que hicieron para que nosotros realizáramos mensualmente las estadísticas pormenorizadas de todas las actividades llevadas a cabo en el centro de salud.**

**- Algunas veces nos hablan de que si no se consiguen los objetivos, en los cuales influyen las prescripciones y otros parámetros, no se consiguen retribuciones por productividad. No sabemos a quién se refieren cuando hablan de productividad, porque en lo que respecta a nosotros poco se ha visto hasta ahora en este concepto.**

En este punto, enoja lo que hemos llegado a oír:

En los proyectos en curso de las Unidades de Gestión Clínica, habrá retribuciones económicas para los empleados, según los objetivos cubiertos por todas las categorías de una forma interdependiente. Es decir los objetivos no cubiertos por el grupo de enfermeros repercuten en la consecución global de objetivos para todas las categorías y, por lo tanto, en las remuneraciones económicas; igual ocurre con los

objetivos no cubiertos por los médicos u otros grados. Ahora bien, al ser el médico el responsable de la prescripción de medicamentos, de la derivación a especialistas y otras funciones que más peso económico conllevan, al no cumplir los objetivos, se le hará el mayor responsable de la falta de dividendos en todos los profesionales de todas las categorías.

Es asombroso con qué habilidad consiguen siempre hacernos a algunos responsables de los perjuicios a los otros, en vez de admitir los verdaderos orígenes de esta situación: su política insuficiente de retribuciones, de relación con sus subordinados y de decisiones unilaterales en la planificación de objetivos y en los planes de Sanidad.

De todos es conocido el dicho “divide y vencerás”. Lo han venido practicando vds. con maestría en nuestra Comunidad durante varios lustros: han conseguido que nos veamos como dos grupos de médicos en Atención Primaria.- Médicos Generalistas y Médicos de Familia, a veces enfrentados en oposiciones y en la baremación del SAS, Mestos y Médicos Especialistas, con una situación parecida. Lo que deberíamos haber hecho (pero que haremos a partir de ahora), es ir todos a una para desmontar este maremagnum. Somos todos médicos.

#### **- Es desesperante la lentitud de algunos procedimientos del SAS.**

Todavía se está esperando la resolución de un “concurso-oposición” que se llevó a cabo en el 2002. Se dice pronto, pero son cuatro años (y lo que queda) de espera y de cambios de proyectos de muchos médicos y sus familias hasta asentarse en las nuevas plazas. No es un hecho aislado; es la norma en cualquier oposición (las pocas que se hacen; aún recordamos médicos interinos con cincuenta o sesenta años, algunos a la espera de jubilarse, presentándose en las últimas oposiciones) o baremación que hagan ustedes. No parece lógico volver a pedir una y otra vez los documentos acreditativos de méritos, emplear a tan poco personal para valorar los documentos, etc. Tampoco son ustedes claros a la hora de indicar las fechas probables de finalización de las fases ni de explicar con argumentos de peso creíbles los motivos de retraso en la consecución de las fases de este último u otros procesos de selección...

Por otro lado, un importante número de médicos aguarda la conclusión del concurso de traslado de plazas en Atención Primaria; concurso previo a la asignación de plazas de la última oposición. Es otro ejemplo de la inadmisibles dilación en la que convierten sus oposiciones y otros procedimientos, con sus inevitables consecuencias negativas en cientos de familias de facultativos.

**- Ya que hablamos de lentitud, comentaremos que ese sistema informático que nos han instalado, el DIRAYA, (sistema que por cierto precisa de una formación de más de las seis horas que han dado para su conocimiento y soltura en su manejo) supone otra barrera contra la que hay que luchar para desarrollar de una forma adecuada nuestro trabajo. ¿Por qué no se han evaluado con los medios técnicos apropiados su viabilidad antes de instalarlos a gran escala sin dejar otra alternativa?**

**- Les queremos manifestar nuestra sensación de disgusto e impotencia, cuando no nos sentimos respaldados por ustedes cuando aparecen problemas con los usuarios.**

En ocasiones, cuando el paciente exige algunos medios o procedimientos, somos nosotros los que damos la cara ante él (estando a menudo de acuerdo con ellos, porque entendemos esta falta de medios), explicando las limitaciones de recursos que el SAS posee. Otras veces por cuidado deficiente al usuario (porque no podemos

atender a un número tan elevado de pacientes en tan poco tiempo, con tan pocos medios), nos ponen reclamaciones que nosotros y ustedes responden. Por supuesto, sus respuestas no son siempre de apoyo al profesional.

**- Un tema concreto de nuestra Zona fue la problemática en los últimos meses del 2005, suscitada por las bajas de dos compañeras en “El punto de Guardia de Paterna- Escacena”.**

Existen tres médicos contratados específicamente para este fin. Entendemos que sus horas de guardia no son ningún complemento de ningún otro trabajo de EBAP, sino una dedicación exclusiva, con su horario, vacaciones reglamentarias, Seguridad Social y derecho a sustituciones. Por lo tanto, no estamos de acuerdo en que nos exijan cubrir las ausencias reglamentarias de dos médicas (una baja maternal y otra por una intervención quirúrgica programada). Debieron haber sido cubiertas por la Bolsa de Trabajo, como cualquier otro contratado por el SAS.

Cuando surge un tema de esta envergadura, que a todas luces era extraordinario, más aún en las fechas festivas que se avecinaban, pensamos que debería haberse reunido con nosotros algún Director del Distrito, y no hacer llegar el mensaje a través del Director de la Zona Básica, quien en muchas aclaraciones sobre el tema no podía pronunciarse y remitía a cargos más altos. Pero el asunto fue aún más grave: cuando nos enteramos a través del Director de la Zona Básica de esta decisión, les solicitamos a ustedes que nos lo comunicaran por escrito. Aún no ha llegado esa notificación, ni se han reunido con nosotros, sabiendo ustedes el malestar que este asunto nos ocasionó.

**- Respecto a la dotación del Punto de Escacena-Paterna, ya conocerán también por nuestros comunicados nuestra opinión (tampoco nos han respondido al escrito conjunto). Deben saber que si es, como ustedes lo consideran, un punto de urgencias, está dotado insuficientemente, careciendo de un celador conductor y un enfermero, así como de material e instalaciones adecuados, tal como le describimos en la carta.**

Piensen nuevamente, cómo se sentirían si un familiar suyo, que sufre un infarto de miocardio, o una parada cardiaca, fallece delante de ustedes en Escacena, porque no hay un desfibrilador disponible, no hay un enfermero para completar una resucitación y además la ambulancia durante la emergencia tarda 20 o 30 minutos en llegar....Pues estarían furiosos y con sensación de impotencia, todavía más cuando la situación se ha denunciado previamente.

**- También insistimos en que es preocupante que la Zona Básica de La Palma no sea parte del área de alcance de las bases del 061 de Huelva o Sevilla, con lo que no acuden en una emergencia habitual, a la que sí asistirían si fuera otra población.**

Somos los médicos de Atención Primaria los que realizamos la atención en emergencias o catástrofes, sin que nos hayan dotado de medios para ello, sin contar con una titulación a dicho efecto (en cualquier otra zona de cobertura de la Sanidad Nacional se requiere un equipo constituido por médico, enfermero y técnico con títulos de máster en emergencias o formación equivalente, o amplia experiencia en esta disciplina; aquí parece que no importa tanto esa formación) y además, sin percibir honorarios por este tipo de trabajo extra de tanta responsabilidad.

**- Algunos también nos hemos sentido ignorados tras exponer, incluso por escrito, las deficiencias de algunas instalaciones, sin que ustedes hallan hecho prácticamente nada por resolverlas.**

Por ejemplo: ya sabían ustedes que en el Consultorio de Paterna, ubicado “temporalmente” en la Casa de La Cultura, no había condiciones mínimas de confort, con consultas sin ventanas, en las que en los dos años de ola de calor (cuando presenciamos lipotimias de pacientes que entraban en nuestras consultas por temperaturas extremas en un lugar pequeño cerrado), se pidió que se instalaran aparatos de aire acondicionado y otros arreglos. Nos contestaron ustedes que no era viable. Dos años más tarde tuvo que ser una denuncia antes los sindicatos y la Inspección de Trabajo la que solucionara el problema. Ya sí era viable, y se instaló al poco tiempo.

De igual modo tenemos constantes problemas con la calefacción y aire acondicionado en las urgencias del Centro de La Palma, camillas rotas en el mismo centro, falta de una sala de oxigenoterapia-observación en un centro de referencia de la Zona como es La Palma, una única consulta en el Consultorio de Escacena, donde además la sala para la estancia del médico durante la noche deja mucho que desear...

Hemos llegado a un estado en el que algunos ven normal que nos sobrecarguen de trabajo de esta manera, que se inmiscuyan en nuestras indicaciones médicas, que nos den estadísticas periódicas comparativas sobre nuestras prescripciones y gastos, que cada vez tengamos menos poder adquisitivo, etc. Esto, insistimos, NO ES NORMAL. Únicamente se implanta en sistemas viciados, donde los dirigentes se creen con el derecho a sofocar la labor y la dignidad de los profesionales.

Por todo lo expuesto, reiteramos que su actitud es de una continuada ignorancia o despreocupación ante problemas que nos atañen, de falta de respeto e intromisión en nuestras decisiones como profesionales y que carecemos de condiciones laborales y de sueldo dignos conforme a nuestra categoría profesional y de responsabilidad. Asimismo denunciaremos la inexistencia de vías de comunicación, al menos de su lado hacia el nuestro.

Ustedes elaboran constantemente encuestas de satisfacción al usuario, listas de sus derechos, etc. Según hemos oído, una de las prioridades SAS para el próximo año es elaborar un libro de estilo para que los sanitarios nos dirijamos con corrección al usuario. Sobre todo esto estamos de acuerdo, ya que supone un avance y son necesidades propias de un justo sistema europeo y actualizado como el nuestro, pero al mismo tiempo es frustrante ver cómo no son capaces de escuchar y atender a sus propios trabajadores, muchas veces compañeros de profesión. Tal vez, la oficina del Distrito que se llama UAP (Unidad de Atención al Profesional), debería denominarse UDP (Unidad de Desatención al Profesional).

Nos gustaría que piensen que es difícil exigir objetivos y colaboración cuando de su parte no se ofrece la colaboración inversa. En una empresa (y sobre todo si es una empresa pública que gestiona la atención a la salud de las personas), debe existir una actitud de escucha a los empleados para su buen funcionamiento. Ustedes han logrado borrar las ilusiones y ganas de realizar proyectos de muchos profesionales bien formados, que con afán pretendían ponerse en marcha. El síndrome del “burn-out” en este caso nos lo están generando ustedes. No hay derecho.

Se leen en las revistas de nuestra profesión, expresiones como “consecución de una carrera profesional”, “colaboración con los colegios de médicos”, “objetivos”, “Unidades de Gestión Clínica con la participación de los profesionales”, “contratos

programa”, etc., etc. Nada de esto será nunca posible, si continúan ustedes con esta disposición. Todo lo que se haga será artificial, e impuesto por ustedes.

Les recordamos que nuestra profesión ha sido y seguirá siendo internacionalmente respetada. Una política de acoso y derribo hacia el médico, como han llevado a cabo desde el SAS, no tiene cabida y a los únicos que deshonran es a ustedes.

Queremos, a través de estas líneas, expresar también nuestro apoyo y comprensión a los profesionales de otras categorías del SAS, como son los enfermeros, quienes también están sufriendo algunas de estas injusticias e inconvenientes. Son profesionales que, incluso en mayor volumen, están emigrando a otros países y están sujetos a condiciones lastimosas en el SAS. Igualmente hemos oído con frecuencia las protestas por los bajos sueldos de trabajadores sociales, veterinarios, administrativos y otros trabajadores.

Por último, comunicarles que además de al Distrito, expondremos nuestra situación a los medios de comunicación, y a otras Zonas y Distritos del SAS, en vista de la ya nombrada ignorancia y falta de sensibilidad que ustedes nos han mostrado.

Atentamente: