

EL MÉDICO RURAL EN LAS DIFERENTES AUTONOMÍAS

DATOS COMPARATIVOS

**JOSÉ MARÍA BORREL MARTÍNEZ
VOCAL DE MEDICINA RURAL
I.C.O.M. DE HUESCA**

Mi agradecimiento a todos aquellos que me han aportado datos, pues sin su colaboración no hubiera sido posible cumplir este objetivo, y especialmente a Rafa, Santi, M^a Ángeles, Jose, Antonio, Rodolfo, Carles, Paco, Paco, Oswaldo, Patricio, Carmen, Tomás, Alberto y José.

Mención aparte para Vicente, autor de la principal base de datos que disponemos en la actualidad para entender la atención primaria en los sistemas sanitarios de este país.

ÍNDICE

⊕ INTRODUCCIÓN	pg. 4
⊕ EL MEDIO RURAL AISLADO	pg. 5
⊕ JORNADA LABORAL	pg. 8
⊕ CONSULTORIOS LOCALES	pg. 9
⊕ INFORMATIZACIÓN	pg. 10
⊕ DESPLAZAMIENTOS	pg. 11
× Kilometraje	
× Seguro de accidentes	
× Vehículo: otros aspectos	
⊕ ATENCIÓN CONTINUADA – URGENCIAS	pg. 16
× Jornada en atención continuada	
× Obligatoriedad de las guardias	
× Exención de guardias	
× Recursos humanos	
× Equipos de protección individual y otros	
× Manutención en las guardias	
× Retribución en las guardias	
⊕ LIBRANZA TRAS LA GUARDIA	pg. 23
⊕ TRANSPORTE SANITARIO	pg. 24
× Helitransporte sanitario	
⊕ OTROS CONCEPTOS RETRIBUTIVOS	pg. 26
⊕ PRODUCTIVIDAD VARIABLE	pg. 28
⊕ ACUMULACIÓN DE CUPOS	pg. 29
⊕ CARRERA PROFESIONAL EN EL MEDIO RURAL	pg. 30
⊕ PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA	pg. 32
⊕ CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	pg. 34
× Necesidades básicas	
× Calidad asistencial	
× Incentivación y retribuciones	

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años, en concreto desde 2003, el Dr. Vicente Matas Aguilera, vocal de medicina rural del I.C.O.M. de Granada viene elaborando un interesante estudio sobre las retribuciones del médico rural en las distintas Comunidades Autónomas (CCAA) del Estado Español. El último es **“Retribuciones de cuatro tipos de Médico Rural en España. Año 2007”**. *“Estudio comparativo de los Servicios de Salud en el año 2007 y evolución 2003-2007”*, siendo inminente la edición del correspondiente a 2008.

Se puede consultar en http://www.cgcom.org/sites/default/files/retribuciones_07_0.pdf y es imprescindible estudiarlo previamente para poder sacar conclusiones de este otro. Se trata aquel de un complejo trabajo de recogida y actualización de datos sobre retribuciones y la subsiguiente comparación entre todos los servicios de salud, que se complementa con unas pinceladas sobre lo mismo a nivel europeo. Profundizar más entre países es poco menos que imposible debido a las importantes diferencias entre los sistemas sanitarios de la Unión Europea, lo que imposibilita su comparación una vez obtenidos los datos. Pronto sucederá aquí lo mismo.

Volviendo a nuestra realidad nacional, lo que fue una recogida de datos y posterior comparación es en la actualidad un complejo y enmarañado trabajo, pues cada autonomía no solo ha desarrollado su propio sistema retributivo sino que ha ido modificando las condiciones de trabajo de sus profesionales, con lo cual cada vez es más difícil encontrar dos situaciones iguales para equiparar esos cuatro modelos de médico que inicialmente eran la base del estudio, todos con las mismas tarjetas (1.000), los mismos trienios, con exclusividad o no, y según fueran fijos o interinos.

Lo cierto es que estas diferencias han llegado a extremos insospechados y dificultan enormemente tanto el trabajo de los profesionales como la libre circulación de los mismos. Hay en la actualidad múltiples variables que en cada sitio se intentan resolver de una manera, incluso en ocasiones parece que sea por el mero objeto de ser distinto, de destacar.

Para empezar ni siquiera podemos definir lo que es el medio rural, y por ende quien trabaja en el medio rural o qué es lo que diferencia al Médico Rural. Cada Comunidad Autónoma (C.A.) tiene sus criterios para hacer esa diferenciación entre atención primaria urbana y atención primaria rural, si bien en definitiva es una diferencia virtual. El criterio que se usa es el del número de habitantes, pero se fijan cifras diferentes, pues la orografía, la demografía, las vías de comunicación, son así mismo diferentes.

Tradicionalmente se ha considerado la cifra de 15.000 habitantes para hacer esa separación, y es la postura defendida por la OMC, pero la realidad nos dice que no puede ser exclusivamente este el punto de separación. Hay CCAA que lo aceptan de forma orientativa (Canarias, Castilla León, Extremadura, Euzkadi, Comunidad Valenciana), otras que lo bajan a 10.000 (Aragón, Cantabria, Castilla la Mancha), a 5.000 (Galicia, Madrid), incluso a 3.000 (La Rioja, según criterio de su ICOM), o ni siquiera hacen distinciones (Murcia, Andalucía). En Navarra clásicamente se ha considerado urbano Pamplona, Estella, Tafalla y Tudela, y el resto rural. Una postura en auge es considerar como rural todo lo que no sea capital de provincia.

Esto podría tener su importancia de cara al funcionamiento interno de los centros de salud, pero a la larga tampoco merece la pena ahondar puesto que en la práctica en muchos de los centros de salud el modelo de funcionamiento es mixto adaptándose a la situación de cada caso, y según las

directrices que marca la gerencia de turno, que un día tirará hacia un lado y otro hacia el contrario según interese.

Sucede además que con la reforma de la atención primaria y la puesta en funcionamiento de los centros de salud ha habido un importante cambio en el medio rural que ha modificado por completo el status del médico, de tal forma que el típico médico de pueblo ha ido desapareciendo quedando reducido a zonas muy concretas y especiales. Prueba de ello es que ni siquiera todos los representantes de medicina rural de la OMC ejercen en este medio, y en algunos Colegios han desaparecido fusionándose en una vocalía de Médicos de Atención Primaria.

La medicina rural se ha caracterizado siempre por el trabajo en solitario, alejado de hospitales y medios diagnósticos, sin apoyo o solo parcial por parte de enfermería (¡los practicantes!), realizando tareas administrativas a la población (programa mostrador), atendiendo varios consultorios locales escasamente dotados, utilizando su vehículo particular para ello sin compensación por kilometraje, por vías de comunicación deficientes, en orografía adversa, obligado durante años a residir en el pueblo, al principio sin turnos de guardia (permanencia las 24 horas los 365 días del año) y luego obligatorias, abandonando la consulta ordinaria para atender un tráfico o una urgencia en otro pueblo, etc.

Estas circunstancias definen un modo de trabajo distinto al que se podía realizar en un ambulatorio de ciudad en donde conviven profesionales médicos de la atención primaria con enfermería, pediatras, comadronas, fisioterapeutas, odontólogos, administrativos, trabajadores sociales, auxiliares, e incluso otros especialistas. Esta forma de trabajo se ha trasladado a los centros de salud de pequeñas poblaciones modificando la organización del trabajo de sus profesionales e incluso sus necesidades y problemas. Por ello gran parte de los médicos que trabajan fuera de la capital están ahora más identificados con la problemática urbana que con la rural. Ahora hablan de agenda, consulta programada, cita previa, cartera de servicios, apoyo del servicio de urgencias, incluso docencia, etc.

Por lo tanto habrá que convenir que el médico rural es aquel donde las condiciones de trabajo se asemejan más al descrito anteriormente, y como consecuencia de todo esto el médico de pueblo en la actualidad ya solo queda en lo que podríamos definir como medio rural aislado o extremo, en el que se incidirá en una parte de esta exposición. Lógicamente quedarán excluidas del estudio Ceuta y Melilla que por definición son urbanas.

La explicación de esta progresiva “urbanización” del medio rural habría que buscarla años atrás, cuando coexistían dos tipos de médicos de atención primaria, el funcionario-APD básicamente en el medio rural y el estatutario del INSALUD en el medio urbano. Los gestores de este último organismo asumieron la gestión de la atención primaria (A.P.) y extendieron a toda ella los vicios y virtudes del sistema. Poco a poco el APD fue perdiendo competencias propias para quedar finalmente con la actividad puramente asistencial del INSALUD. Los modos de trabajo de este se trasladaron a todos los rincones sin previa adaptación a las necesidades del medio rural.

EL MEDIO RURAL AISLADO

Tal como decía, hay grandes diferencias orográficas, demográficas y de dispersión poblacional, que hacen que una misma problemática sea diferente en cada autonomía y se aborde desde ópticas muy distintas. A este respecto, hay quien ya ha hecho una diferenciación de situaciones extremas, incluso incentivándolas en parte, pero en general, aun reconociendo su existencia, no se definen las

zonas de características especiales ni se retribuye ni compensa la penosidad ni el aislamiento de ninguna manera. El problema recae sobre los profesionales sanitarios.

Como **criterios de penosidad** podríamos poner:

- Alejamiento del Hospital y del transporte sanitario
- Alejamiento de la capital, la universidad y los centros de formación
- Malas vías de comunicación
- Zonas de montaña y difícil acceso
- Poblaciones inferiores a 1.000 habitantes, y qué decir de las inferiores a 500
- Número de núcleos de población a atender y distancias entre ellos
- Kilometraje a efectuar diariamente
- Otros recursos disponibles/no disponibles en las proximidades
- Etc.

Lo mismo sucede con los hospitales situados fuera de las capitales, y es la causa fundamental de la dificultad existente para cubrir todas las plazas, y de la rápida salida de los profesionales hacia otros destinos. Esto se ve especialmente en los médicos de primaria de zonas alejadas, en donde se da una alta incidencia de interinidades y cambios frecuentes de titular. Ello unido a la carencia de refuerzos y sustitutos, y agravado en época de vacaciones con incremento poblacional y duplicidad de cupos por la autocobertura, hace tremendamente ingrata la labor de los profesionales. En los hospitales no localizados en capital de provincia se llega a cerrar especialidades por no disponer de especialistas (quirúrgicas, dermatología), o se hacen cargo de otras especialidades (medicina interna y sus especialidades), o repiten guardias de forma inadmisibles (urgencias).

En Galicia existen zonas que se denominan de alta montaña y su peculiaridad es que cubren desde el centro de salud desde las 15 a las 22 horas y a partir de ahí es cuando empieza el horario del Punto de Atención Continuada (PAC), es decir, en lugar de tener que desplazarse los pacientes a los PAC a partir de las 3 de la tarde, lo hacen a partir de las 22 h y en ese tramo horario hay un equipo en el centro de salud. Se abonan esas horas al precio de atención continuada. Existe un complemento de especial aislamiento F 146,38 €/mes y el de especial aislamiento profesional modalidad G de 219,58 €/mes.

En Extremadura, Castilla la Mancha, Aragón, Euzkadi o Madrid no definen zonas especiales, si bien las dos últimas reconociendo esa especial dificultad la compensan con un complemento de dispersión (Madrid entre 60 y 250 €/mes).

En Extremadura hay incluso cuatro PAC en una zona de salud debido a las distancias, con un médico de guardia para 500 habitantes.

En Cataluña hay zonas definidas como alta montaña retribuidas también con un complemento de penosidad de 250 €/mes. Se aplica únicamente cuando todo el ABS (Área Básica de Salud) está catalogado como zona de montaña, con lo que se evitan pagarlo a muchos profesionales de áreas mixtas que lo sufren personalmente pero no cobran al tener el resto de compañeros unas plazas más cómodas. Es a lo que me refería al hablar de las zonas mixtas, que según la ocasión se aplica una cosa o la opuesta.

Castilla León tiene alguna zona de características especiales pero no se cobra ningún complemento de penosidad. Como ejemplo sirva la Zona de salud de Sepúlveda con más de 40 núcleos para 10 médicos, o la de Riaza también semejante. Hay médicos que llevan 8, 9 y 10 núcleos.

A diferencia de los anteriores, en la Comunidad Valenciana los centros que podríamos denominar especiales son urbanos, son centros costeros que experimentan importantes crecimientos poblacionales por la afluencia turística (Denia, Javea, Calpe, Benidorm, Altea, San Juan, Santa Pola, Torrevieja, etc. ..), que incluso llegan a triplicar la población censada. Se refuerzan de forma temporal y transitoria con personal sanitario los meses de verano, pero se da la circunstancia añadida, que estos meses son los propiamente vacacionales para el personal sanitario, con lo que se crea una problemática añadida a los refuerzos temporales (la sustitución del personal en vacaciones) por la carencia actual de médicos. Ni se cubre el 100% de las vacaciones ni existe un complemento retributivo especial para los médicos que trabajan en estos centros. Dada la dificultad para sustituir las vacaciones, desde la Consellería de Sanitat (Acuerdo de 11 Abril de 2008) se intenta regular la cobertura asistencial del personal en vacaciones por el propio personal sanitario del mismo centro, a ser posible en distinto horario de trabajo. Esto implica que para disfrutar de vacaciones en la época solicitada, de forma obligatoria hay que asumir las guardias de los compañeros que están de vacaciones y sus correspondientes consultas, realizando varias jornadas de tardes añadidas a la propia jornada ordinaria de mañana. Estas horas extra de trabajo, que no se computan en el total anual realizado, se pagaron en 2007 a razón de 20 €/ hora (brutos).

En Canarias sí que existen zonas especiales, y se basan "en razones de particular aislamiento", en las que hay una mayor dificultad para la cobertura de los puestos de trabajo. Con el objeto de promover e incentivar la incorporación y permanencia de efectivos en los mismos, el facultativo recibe un Complemento mensual de 300 €, además de dos días más de Asuntos Particulares al año computables como trabajo efectivo, o lo que es lo mismo, un día por cada seis meses de servicios prestados durante el año.

Existen tres zonas consideradas "especiales" en Cantabria sin un criterio concreto, y según las circunstancias, demanda social, etc, el Servicio Cántabro de Salud decide qué zona quiere considerar especial. Son:

1.- Castro Urdiales: por la inmensa cantidad de población residente no empadronada procedente del País Vasco que no quiere perder el acceso a los hospitales de Bilbao (Cruces, Baracaldo...). Aquí existe un servicio de urgencias (SUAP) las 24 horas del día los 7 días de la semana en vez de 17 a 9 horas los días laborales como ocurre en el resto de Cantabria.

2.- Los Valles: es una zona cercana a Reinosa de gran dispersión y con muy poca población.

3.- Liébana: mucha dispersión y bastante más población que la anterior.

Por supuesto no se retribuye ningún complemento de penosidad ni nada parecido e incluso se llega a cobrar menos pues a pesar de que se cobra algo más por tarjetas no suele compensar el menor número de pacientes asignados a cada cupo. A esto se añade que, de 15 a 17 horas un médico del Equipo cubre las urgencias hasta la llegada del SUAP. Puesto que el número de médicos asignados a cada zona de salud es inferior al de una zona urbana y además no hay consultas de tarde, esto implica que cada médico debe quedarse un día de cada tres o cuatro hasta las 17 horas para cubrir urgencias sin percepción económica alguna ni dieta para comida. Simplemente se modifica su horario de entrada para no sobrepasar la jornada ordinaria anual. Por ejemplo, entrando a las 08,35 en vez de a las 08,00 h. Pero esto es distinto en cada centro de salud dependiendo del número de médicos existente para turnarse.

En Andalucía hay zonas de especial aislamiento y dificultad de sustitución, básicamente rurales pero tampoco obedecen a unos criterios claros. Son todas ellas G-4, y el precio de la hora de guardia es ligeramente superior. No hay otra compensación.

En Aragón, en el medio rural nos podemos encontrar una zona de salud con 800 habitantes atendida por 4 médicos propietarios y 3 refuerzos, o algún cupo incluso inferior a 100 tarjetas, o un médico atendiendo poco más de 100 personas dispersas en 10 consultorios locales, o un punto de atención continuada para menos de 300 personas. Por otro lado hay cupos que obligan a un recorrido fijo de 1.500 kilómetros mensuales antes de empezar a atender los avisos a demanda. Por supuesto, no tienen ninguna compensación.

Si se amortiza alguna de estas plazas, el profesional al que se le acumula no solo va a experimentar una sobrecarga de trabajo con mayor dispersión, sino que el mínimo incremento retributivo que provocan esas tarjetas no compensan los gastos de desplazamiento generados. Más trabajo, en peores condiciones y a menor precio.

Esta dispersión en núcleos pequeñísimos que es habitual en Aragón es excepcional en otras CCAA como la Valenciana, Murcia, Madrid,.....

No existen situaciones especiales en La Rioja aun teniendo zonas de salud como Cameros Nuevos, Cameros Viejos y Las Viniegras, que presentan gran dispersión y escasa población.

En Murcia hay varias pedanías en las que el médico está 24 h y cobra una parte como sueldo normal y el resto como atención continuada. Caravaca de la Cruz tiene varios consultorios aislados que hacen penosa la permanencia del médico las 24 horas del día. En esta C.A. se garantizan 1.500 tarjetas y solo hay 7 zonas G-4.

JORNADA LABORAL

La capacidad de regulación que confieren las transferencias empieza por la misma jornada laboral y se sigue por la dotación de centros y consultorios locales. No entramos en equipamiento médico, pues va ligado a la actividad y cartera de servicios. Es innegable que van mejorando, pero siempre presentan más carencias que en el medio urbano.

C.A.	HORAS	
ANDALUCIA	1.582	8 a 15 h. Entre 8 y 20 h los de más de 4 médicos.
ARAGON	1.596	8 a 15 h.
ASTURIAS	1.519	
BALEARES	1.526	
CANARIAS	1.512	8 a 15 h. y 13 a 20 h
CANTABRIA	35 x s	Entre 8 y 21 h según número de médicos
CASTILLA LA MANCHA	35 x s	8 a 15 h.
CASTILLA y LEON	1.575	8 a 15 h.
CATALUÑA	1.599	Entre las 8 y las 20 h.
EXTREMADURA	1.582	8 a 15 h.
GALICIA	1.624	8 a 15 h más algún sábado
LA RIOJA	1.506	8 a 15 h.
MADRID	1.533	
MURCIA	1.645	8 a 15 o 14 a 21 h
NAVARRA	1.592	8 a 15 h.
PAIS VASCO	1.592	8 a 15 h.
COMUNIDAD VALENCIANA	1.589	8 a 15 h. y un sábado de cada 6

Jornada laboral ordinaria.

En lo que se refiere a la jornada laboral, hay casi unanimidad en hacerla de lunes a viernes de 8 a 15 horas, compensando de diversas maneras las horas que falten hasta la jornada anual concertada. No obstante hay tendencia a tener los centros abiertos hasta las 20 o 22 horas al igual que los urbanos, bien mediante jornadas deslizantes o turnos de tardes.

En Aragón desde el 1 de octubre ha desaparecido el pool de 15 a 17, quedando ya de 8 a 15, y resto atención continuada. Canarias, Cantabria, Murcia y en parte Andalucía tienen turnos de mañana y tarde, mientras que Valencia y Galicia tienen que completar horario con algún sábado.

En Cantabria el horario depende del número de médicos. En los centros de salud con menos de 5 médicos la jornada es de mañana. Si son tres médicos, por ejemplo, un día de cada tres se sale a las 17 horas, el resto de días a las 15 horas, entrando a trabajar a las 8,40 h.

En los centros con 5 o más médicos al menos se trabaja una tarde a la semana por facultativo, pero las nuevas plazas creadas a partir del 2003 se podría decir que tienen la turnicidad incorporada, dos mañanas y tres tardes, 1 mañana y 4 tardes, etc. Además cada vez que se jubila el titular de una plaza de mañana, la reconvierten a plaza de tarde con una o dos mañanas, por supuesto sin cobrar ningún tipo de complemento. Esto supone un grave problema a la hora del concurso de traslados, pues las plazas ofertadas son mayoritariamente estas, y los veteranos que quieren acercarse a la capital se encuentran con la disyuntiva de hacer kilómetros con el coche o conciliar vida familiar, y eso frena las solicitudes de traslado.

En general la jornada ordinaria en Cantabria en un centro de salud con 5 o más facultativos estaría entre las 8 y las 21 horas. Se ha llegado a tener tres turnos diferentes para una misma plaza: de 8 a 15 h dos días a la semana, de 14 a 21 h otros dos (uno el viernes, por supuesto), y el otro de 10 a 17 h.

CONSULTORIOS LOCALES

La diferenciación entre medio urbano y rural viene marcada fundamentalmente por el agrupamiento de su población en un gran núcleo en el primer caso frente a la dispersión en distintos núcleos de población, pueblos y entidades locales menores, casas de campo con sus diferentes nombres regionales, torres, masías, cortijos,, en el segundo.

Por ello, una de las principales características que definen al médico rural es la necesidad de atender todas estas poblaciones con pocos habitantes, desplazándose de consultorio en consultorio para dicho fin. La dotación de estos consultorios es muy variable, pues no solo interviene la C.A. en cuestión sino que es competencia municipal su provisión y mantenimiento. Depende del interés de cada Ayuntamiento y de sus posibilidades económicas, o escala de prioridades.

En su inmensa mayoría su equipamiento es inferior al del propio centro, en muchas ocasiones **incluso con serias carencias que en buena lógica deberían hacerlos inservibles para la función que deben desarrollar**, hasta con deficiencias higiénicas. Se mantienen en activo debido a las directrices políticas de no suprimir servicios rurales aunque sea prestándolos de forma deficiente. Son miles los que hay dispersos por la geografía nacional por lo que no se puede traer todo aquí, pero a 2008 los hay sin un lavabo, sin agua corriente, sin W.C., con sistemas insuficientes de calefacción (el aire acondicionado es un lujo al alcance de muy pocos), sin teléfono, limpieza mensual o carentes de ella, etc. Esto obliga a tener que remitir al paciente al mismo centro de salud para completar una exploración o incluso a su domicilio para hacerlo ahí por el riesgo que suponen

para la salud del paciente estas deficiencias en el consultorio (frío, suciedad, insectos,...). En casos extremos aun quedan domicilios particulares que están haciendo las funciones de consultorio local. Lógicamente en ellos aparte de labores burocráticas poco más se puede hacer. Todo ello limita las posibilidades de prestar la asistencia adecuada a la población.

La dispersión implica que el médico rural no tenga su trabajo centralizado en el centro de salud, y que se ausente del mismo incluso toda la mañana. Además hay que simultanear la actividad ordinaria y programada con la atención a las urgencias que surgen en ese horario. Esto que ya está solucionado o en vías de hacerlo en zonas urbanas con el 061 o equipos de urgencias, en el medio rural tiene peor solución y supone un desorden total el día que surge la urgencia en otro núcleo durante la mañana. Atender esa urgencia exige abandonar la consulta sin saber cuando se va a poder retomar la actividad, obliga a cancelar programadas, etc.

Para la localización del médico a lo largo de la jornada no se dispone de ningún medio, y como muchos consultorios no disponen de teléfono, finalmente hay que recurrir al móvil particular del profesional, con el inconveniente añadido de que se acaba confundiendo el espacio privado con el laboral. No se debe aceptar el uso del móvil particular en el trabajo, pues finalmente lleva a distorsionar la actividad en caso de urgencia, al no saber el paciente si estás en activo o con el día libre. En todo caso se puede admitir si los avisos se dan a través del Centro de Salud, nunca directamente el propio paciente.

En La Rioja, Extremadura, Andalucía, Cantabria, Castilla León y Aragón en todos los centros de salud rurales hay teléfono móvil pero exclusivamente en horario de atención continuada, y en jornada ordinaria quien así lo acepta usa el suyo. No hay móvil en los PAC situados fuera del centro. En algunas gerencias de las dos Castillas solo se puede llamar a números codificados, por lo que si no se localiza el domicilio no se puede contactar con el paciente.

En Galicia, Murcia, Canarias, Valencia ni Cataluña no hay móvil en ninguno de los casos. Por el contrario en Navarra hay móvil tanto para médico como para enfermera.

INFORMATIZACIÓN

Dentro del equipamiento de estos consultorios locales y de las posibilidades de trabajo en ellos, durante estos últimos años estamos presenciando un cambio básico, cuyas consecuencias todavía es pronto para analizar, tanto para bien como para mal. Es la informatización de los mismos, con el paso de la historia clínica de formato papel a electrónica, y el acceso vía intranet a una serie de servicios cada vez mayores. Los programas diseñados para centros urbanos **son solo parcialmente válidos para zonas rurales aisladas, y no se han adaptado a sus necesidades.**

En Extremadura desde el año 2006 están informatizadas todas las consultas. Se está introduciendo el programa JARA en distintas fases, actualmente fase II, estación clínica.

Cantabria, Euzkadi y Madrid (OMI) están informatizados en su práctica totalidad, tanto centros como consultorios locales.

En Andalucía están todos informatizados pero en aquellos núcleos rurales a donde no llega banda ancha no llega el DIRAYA y deben continuar con el TASS que va con servidor local, y que en la práctica funciona mejor que el nuevo.

Castilla la Mancha los tiene todos informatizados y conectados a TURRIANO, programa para A.P. En los consultorios donde no hay ADSL va muy mal. La Rioja sí está informatizada excepto algún consultorio local de zonas especiales.

En Galicia van por fases, por lo que nos encontramos con algunos que llevan años y otros que todavía no tienen ordenador en la consulta.

En la Comunidad Valenciana en general están informatizados todos los centros grandes, y se intenta cada vez más hacerlo también en los centros pequeños de forma progresiva. Desde hace unos cuatro años el programa desarrollado e implantado por la Consellería para la gestión de la Historia Clínica es ABUCASIS II.

En Canarias ya están los centros de salud, y los consultorios se van informatizando poco a poco, dando prioridad a los consultorios que abren todos los días sobre los que abren algunos días a la semana. En la provincia de Tenerife se utiliza el programa DRAGO y en la provincia de Las Palmas el OMI-AP. Los programas no son compatibles, y resulta cuando menos extraño que se hagan las cosas así.

En Murcia (OMI) los centros están informatizadas pero la mayoría de consultorios no. Lo mismo pasa en Navarra, Cataluña y Castilla León.

En Aragón de momento ya están informatizadas las consultas de los EAP urbanos, y se está informatizando el medio rural. Esto, tanto en cabecera como en consultorios locales, se extenderá a lo largo del 2009. Los consultorios locales se dotarán de impresoras y los ordenadores serán portátiles (mini-ordenadores) cuando se tenga a cargo más de un consultorio. Si el Ayuntamiento no lleva el ADSL al consultorio local, será muy poco lo que en realidad se pueda aprovechar. El programa elegido es el OMI.

DESPLAZAMIENTOS

Tal como ya se ha dicho, desde siempre el médico rural ha abarcado en su trabajo una zona geográfica, un territorio en donde se ha movido atendiendo los distintos núcleos de población asignados. Su modo de desplazamiento ha variado según la época; aun tenemos presente el monumento en Potes, con el médico montado en mulo bajo las inclemencias del tiempo. En la actualidad el medio habitual para los desplazamientos es el automóvil. Lo es en este y en la mayoría de los puestos de trabajo tanto en el sector público como en el privado, y en todos ellos si hay que trasladarse por motivo de trabajo, el empleador proporciona los medios necesarios, y de no ser posible y de forma pactada con el empleado se compensa mediante una contraprestación el uso del vehículo propio en beneficio de la empresa.

Es lo que sucede también en el sector público, e incluso en el área sanitaria con la única excepción de los sanitarios locales. Son los únicos profesionales de este país obligados a poner el vehículo particular para su trabajo sin compensación por ello, o si la hay no corresponde al concepto real de pago por uso del vehículo.

Durante la jornada ordinaria ninguna C.A. proporciona vehículo al profesional y solo para los servicios de urgencias o atención continuada cada una aborda el tema de la forma que considera oportuna. Por ir enumerando, en Aragón todos los centros de salud rurales tienen vehículo para las urgencias, al igual que los centros urbanos en los que hay atención continuada.

En Extremadura hay ambulancia con conductor en todos los centros, en horas de atención continuada, si se atiende más de una localidad.

En Galicia en jornada ordinaria, no hay vehículo, a excepción de algún ayuntamiento que les pone un coche para esos desplazamientos, pero sin conductor. En horario de guardia existen dos

formas de desplazamientos, uno en taxi y otro en ambulancia del 061, que sí dispone de conductor y técnico sanitario. En el caso del taxi, el taxista está pendiente de los domicilios, estando en el PAC o localizado, con respuesta en pocos minutos para acudir al desplazamiento. El servicio lo paga directamente el SERGAS a los taxistas mediante adjudicación concursal y renovable en periodos anuales o bianuales. Sin embargo los sábados por la mañana si se quiere taxi corre por cuenta de los sanitarios de servicio.

Ni en Navarra, ni en Cantabria, ni en la Comunidad Valenciana ni en Murcia disponen de vehículo para atención de urgencias, debiéndose realizar con los particulares.

En Cantabria no hay vehículos ni en centros de salud ni en consultorios, cada profesional utiliza su vehículo propio para los desplazamientos y en la nómina se cobra una cantidad en concepto de locomoción, unos 100 €/mes. En que se doten de vehículos, desaparecerá todo tipo de compensación por dicho motivo (acuerdo tras la huelga 2007).

En La Rioja tienen o bien coche o bien taxi, mientras que en Castilla León los rurales tienen vehículo y los urbanos no. Castilla la Mancha pone vehículo adquirido mediante sistema renting, sin conductor. También hay vehículo sin conductor para las guardias en Cataluña, con la peculiaridad de que si se tiene que emplear el propio por no disponibilidad del oficial, previa justificación del desplazamiento, se abona a 21 cts/km.

En Navarra cada cupo tiene un coeficiente de dispersión que calcula cada Subdirección de Atención Primaria dependiente del Área de Salud. Este cálculo se realiza cada 6-12 meses y tienen en cuenta la población, el número de núcleos de población atendidos, la distancia entre los núcleos, la distancia al centro de salud, el aislamiento y alguna otra condición particular. Este coeficiente se multiplica por el número de tarjetas reconvertidas, en las que se tiene en cuenta la edad de la población, y se paga a 0,113333 €. Además por cada hora de guardia, de presencia física o localizada, 0,6 € en concepto de dispersión. Esto supuso una disminución del complemento de dispersión, habitualmente G-4, que cobraban los rurales, y un aumento de los urbanos, al pasar a multiplicar por las tarjetas.

En Canarias los centros rurales no tienen vehículo de urgencias, pero disponen de ambulancia con soporte vital básico que es activada por la sala del 112 cuando hay un traslado urgente y en las emergencias.

En Andalucía hay vehículo con celador-conductor, y en Euzkadi es el servicio de urgencias quien se encarga de ellas.

Kilometraje

Por lo visto hasta ahora, tenemos que unas pocas CCAA ponen coche oficial al servicio de los profesionales del medio rural pero exclusivamente en horario de atención continuada. Los profesionales deben correr con los gastos derivados del uso de su vehículo particular en jornada ordinaria. A reseñar que **en ocasiones incluso se transportan muestras o residuos biológicos en el coche familiar.**

¿Qué se recibe a cambio?. En cualquier otro empleo o profesión en que se dé esta situación, la compensación está pactada, y en la administración del Estado hay un precio oficial por kilómetro para el resto de trabajadores. En nuestro caso, con tal de no pagarlo, se han ideado cantidad de sistemas escasamente convincentes la mayoría.

En algunas CCAA está incentivada la dispersión de la zona de salud y se paga conforme al G,

con distinto precio para la tarjeta según sea G-1 o G-4. Es el caso de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla la Mancha, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja. Para ampliar esto recomiendo consultar el estudio de V. Matas. No es un pago verdadero de kilometraje ni resulta válido para Hacienda pues a la hora de la verdad quien está con más tarjetas en cabecera de un G-4 sin desplazarse percibe bastante más que el que sale por núcleos poco poblados.

El ya desaparecido INSALUD valoró compensarlo con un fijo anual de pago semestral y colectivo, de zona, de tal manera que mediante una clasificación de la zona de salud en base a su dispersión (factor G) daba un dinero a los miembros del equipo para que se lo repartieran según su criterio. El procedimiento, aparte de no tener en cuenta el kilometraje real de cada cual, parecía perverso y así se manifestó. A pesar de ser insuficiente en su cuantía, lejos de resolver el problema generó uno más, ahora entre los miembros del equipo. Todavía está vigente en Aragón, Asturias, Murcia, Canarias y Baleares. No hay pago por kilometraje real, y la compensación por uso de vehículo propio sigue esta sistemática, con cantidades que se han ido actualizando con el IPC. Para 2008 al G-1 le corresponde un importe anual de 115,77 €, al G-2 173,64 €, al G-3 413,45 € y al G-4 620,18 €. Estas cantidades se multiplican por el número de médicos y enfermeros del centro y se hace un reparto interno entre ellos según características de cada plaza y acuerdo al que lleguen. Se hace en dos pagas semestrales.

En Cantabria, el personal que presta sus servicios en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria y que tengan derecho a percibir la indemnización de gastos de locomoción por utilización de vehículo propio percibe a partir de 1 de enero de 2005, un complemento adicional en concepto de indemnización por gastos de locomoción equivalente al 50% de las cuantías correspondientes que viniera percibiendo por ese concepto, que son las reguladas en el apartado sexto del Acuerdo de 3 de julio de 1992 entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el Sector sobre Atención Primaria (BOE 2 de febrero de 1993).

Extremadura y Madrid han incrementado igualmente esas cantidades iniciales en el 50%.

En Galicia existe el denominado Complemento de Dispersión Geográfica, que suponen 1.200 € al año, que va incluido en el sueldo como si fuese un ingreso y no la compensación de unos gastos y que luego es prácticamente imposible de desgravar, con lo que no solo no sirve para compensar los gastos de desplazamiento, sino que además aumenta la base imponible y supone un aumento de las retenciones en los demás apartados del sueldo. Si se quiere desgravar hay que hacer unos listados de los domicilios con las distancias en km, pedir su verificación a la Gerencia, presentar los documentos y que Hacienda los acepte.

En la Comunidad Valenciana no hay pago por kilometraje ni tampoco existe otro sistema de compensación por los desplazamientos realizados en el medio rural. Nada de nada.

En La Rioja no se paga dispersión, se retribuye por kilometraje. Cada zona de salud en función de su dispersión y el número de consultorios locales remite a la dirección el número de kilómetros que se realizan de forma individual y pactada dentro de cada zona. Se paga un concepto de itinerancia en función del número de consultorios, desde 30 €/mes por 2 hasta 169,79 €/mes por 6 consultorios.

En el caso de Castilla León se paga por los kilómetros que se hacen del centro de salud a los núcleos. Se hace por semestres y el kilómetro es a 0,19 € (en medio urbano es un fijo de 152,96 €/año). La Gerencia cuenta el número de kilómetros que cada miembro del equipo tiene desde el

centro de salud a cada núcleo de población que atiende, además de los días que pasa consulta a la semana. Con estos datos hacen un cálculo de los kilómetros en 6 meses y lo multiplican por 0,19 y eso es lo que abonan semestralmente. Si se hacen avisos los días que no hay consulta, y hay que desplazarse, también se abona al mismo precio.

En Andalucía el concepto G es diferente, y las tarjetas las pagan igual en todos los centros, pero a cambio abonan todos los meses la dispersión según el grado (G-1 a G-4). El G depende de la siguiente clasificación:

G-1: para quien se desplaza en el mismo núcleo de población durante el horario de su jornada ordinaria. Son 99,07 €/mes.

G-2: si se desplaza a otro/s núcleo/s de población durante la jornada ordinaria. 134,97 €/mes.

G-3: para quien hace guardias y se desplaza en el mismo núcleo de población. Abarca ya jornada ordinaria y atención continuada. 197,94 €/mes.

G-4: para quien hace guardias y se desplaza a otro/s núcleo/s de población. 269,92 €/mes.

Se cobra igual si se tiene que ir a uno o a cinco núcleos, e independientemente de la distancia. Por otro lado el acudir a pasar consulta a dos consultorios da derecho a cobrar un incremento del 20% en el importe de las tarjetas y si son más de dos el 40 % de incremento en las tarjetas.

Castilla la Mancha mantiene el pago semestral del Insalud y además paga a 17 cts el kilómetro.

En Cataluña se paga desde 118,76 € al mes mínimo urbano hasta 332,45 máximo rural, igual para todos los miembros del equipo, independientemente del número de kilómetros que hagan.

Euzkadi retribuye según núcleos, facultativos y distancias. Se distribuyen en G-1 con un solo núcleo de población 67,85 €/mes según 2007, G-2 146,97 €/mes, G-3 214,81 y G-4 293,95 €/mes, además del kilometraje a precio oficial.

Existe otro tipo de compensación en Aragón, que resulta engañoso pues no retribuye el kilometraje real. En los acuerdos sanitarios de 26/4/05 se introdujo un complemento llamado de dispersión o itinerancia como compensación a los cupos pequeños por el incremento del precio de las tarjetas que beneficiaba más a los cupos grandes. Responde a una extraña fórmula en donde se pagan (retribuciones 2008) 4,29 € mensuales por cada punto resultante. El número de puntos sale de la siguiente fórmula:

$$\text{Número de puntos} = (0,8 \times (\text{n}^\circ \text{ consultas mensuales} - 20) + 0,2 \times (\text{n}^\circ \text{ de localidades} - 1))$$

La explicación es que todo profesional tiene asignado al menos una localidad en donde se pasa consulta 20 días al mes, y por lo tanto lo que se paga es el exceso sobre eso, tanto con respecto a poblaciones como a los días que se pasa consulta. 0,8 y 0,2 son dos constantes creadas ad hoc.

No se puede considerar una compensación por kilometraje pues en ningún momento se tienen en cuenta las distancias sino el número de núcleos independientemente de su ubicación. Por tanto su razón de ser está más en las molestias y el trabajo que supone responsabilizarse de los consultorios locales, suministrarlos de impresos, volantes, material fungible, medicación de urgencia con su control de caducidades, custodia de recetas y de historias clínicas, duplicidades de muchas cosas, trasladar el TAIR de un lado para otro, programa mostrador con citaciones, etc.

Seguro de accidentes

El uso del vehículo particular comporta una serie de riesgos que asume su propietario. Si se

estaba usando en beneficio de terceros, tu empresa, no es justo que el profesional cargue además con los perjuicios que se puedan derivar. En caso de accidente con daños en el vehículo propio hay CCAA que ya han dictado instrucciones para compensar al propietario.

En Aragón según Decreto de 2/11/04 (BOA 17/11/04), el Gobierno de Aragón se hace cargo mediante un seguro de los daños producidos en nuestro vehículo durante la jornada laboral (horario laboral y dentro de la zona de salud), cubriendo aquello que no esté contratado con el seguro particular cada uno. En Baleares hay algo similar y se va a intentar en Cantabria, por acuerdos tras la huelga 2007.

En Castilla León hay un seguro colectivo. Es válido si el accidente se produce "in itinere" de núcleo a núcleo o del centro al núcleo.

No hay tales posibilidades en Extremadura, Galicia, Valencia, Canarias, Euzkadi, Madrid, Murcia ni otras CCAA.

Vehículo: otros aspectos

Si las distintas administraciones no pueden asumir el gasto de poner coche oficial a todos sus sanitarios del medio rural, al menos podrían incentivar o favorecer por otras vías a los profesionales para ese uso del vehículo propio. Pero la realidad tampoco es así. No se contemplan ni ayudas para adquisición de vehículo nuevo, ni exención en el pago de impuestos, ni desgravaciones, ni ninguna ayuda de otro tipo en ninguna C.A. **¡Hay que comprar coche y ponerlo al servicio de la empresa!**

Incluso el tema de desgravar en la declaración del IRPF los desplazamientos es un tema que cada cual resuelve bajo su responsabilidad, y depende de cada inspector de Hacienda. En determinadas delegaciones de la Agencia Tributaria admiten la desgravación con informes de los Ayuntamientos en los que consten los desplazamientos u otras justificaciones, mientras que en otras delegaciones no se admite nada de esto, con diferencias dentro de la misma provincia.

En Galicia se puede desgravar solo la parte del complemento de dispersión que se pueda justificar con los certificados antes comentados. Puede llegar a ser tan laborioso que no compense.

En Cantabria actualmente el gerente de A.P. en el certificado que envía para Hacienda pone qué parte de los ingresos totales corresponden a gastos de desplazamiento. Esta cantidad es variable según el grado G, es mayor para las enfermeras (deducen que hacen más avisos a domicilio) y tampoco es igual en cada gerencia. Es casi imposible saber las cantidades, pero en un grado máximo de dispersión llega a unos 2.000 €. Un G-2 sería menos de la mitad.

En Rioja el abono por kilometraje está exento de pago.

No hay ninguna posibilidad en Extremadura, Valencia, Castilla León, Aragón o Canarias. Ni se promueve ni se facilita dicha desgravación.

Ante una eventual retirada del carné de conducir tampoco se contempla ninguna solución específica en ningún lado. De hecho cada Jefatura Provincial de Tráfico llega a pactar con el afectado el aplazamiento de la sanción a lo largo de 6 meses fraccionándolo, pero es un arreglo particular de cada cual y según la provincia.

De la misma manera no se contempla el caso excepcional de que un profesional no posea carnet de conducir o coche propio. Deberá desplazarse por su propia cuenta al centro de trabajo y a los domicilios de los pacientes.

ATENCIÓN CONTINUADA - URGENCIAS

Un área de vital importancia en la actividad del médico rural es la atención continuada, término con el que se ha designado a un sistema de atención a la urgencia que se complementa con la asistencia a demanda por conveniencia o complacencia las 24 horas. Entrar en analizar este tipo de servicio llevaría mucho tiempo pues son muchos los factores que intervienen, pero debemos aclarar que es un medio a través del cual los pacientes escapan del control sanitario de sus profesionales de referencia, no obteniendo por ello mayor calidad asistencial, y en definitiva es comodidad para una parte de la población que abusa del sistema. Con la habitual pasividad de las distintas administraciones más pendientes de complacer al votante que de organizar sus servicios, esta atención continuada ha invadido ya los servicios de urgencias hospitalarios sobrecargándolos de forma absurda e innecesaria. Para contrarrestar esto, en lugar de ir por la vía de la educación sanitaria a la población y de exigirles el correcto uso de los servicios, en algunos sitios se ha comenzado ya por trasladar la atención continuada de primaria al hospital para hacer de filtro. **Posiblemente lo que se consiga sea colapsar la actividad hospitalaria.** En lugar de organizar servicios se incrementan sin sentido.

Lo que podría ser una mejora en la atención a los pacientes deriva en una mala educación sanitaria al facilitar en exceso el acceso a los profesionales, lo que impide que el usuario adopte decisiones tan sencillas como esperar a ver como evoluciona una febrícula, y acude al primer síntoma, haciendo muy difícil llegar a un diagnóstico. No se atienden enfermedades sino síntomas, y muchas veces además de perder todo el tiempo se incrementa de manera notable la posibilidad de incurrir en errores médicos.

Cada C.A. ha desarrollado de una manera particular esta atención continuada-urgencia, pero globalmente coinciden en muchos aspectos. Madrid se diferencia del resto pues ha trasladado las guardias de sus profesionales a los hospitales mientras que las demás los mantienen en los centros de salud.

En ocasiones incluso en la misma zona de salud hay más de un punto de atención continuada debido a orografía, zonas de montaña, aislamiento y distancias al hospital. Sucede al menos en Extremadura, La Rioja, Aragón, Valencia, Navarra y Murcia. Hay que reseñar que a veces responden más a criterios políticos que a los de gestión sanitaria, pues cubren pequeños grupos de población con escasa incidencia de urgencias reales, pero también puede darse el caso contrario de gran demanda asistencial.

La dotación de estos PAC fuera del centro de salud suele ser menor, e incluso en Extremadura en los últimos meses, en algún centro, por el déficit de médicos, se ha mantenido abierto un PAC sin médico, con un enfermero que decide si consulta con el profesional de atención continuada de otro PAC cercano.

Todos los centros de salud rurales tienen atención continuada en Andalucía, Castilla León, Valencia, La Rioja, Aragón, Murcia y Navarra. En Cantabria también pero a cargo del SUAP, y en Euzkadi se hace cargo el SEU.

En Galicia la atención continuada se agrupa en PAC según ratios de población (máximo de 20.000 habitantes) y distancias (máximo de 20 minutos de desplazamiento), que no se cumplen en la mayoría de los casos. La realidad es bien distinta y llegan a los casi 40.000 habitantes con casi una hora de distancia en tiempo real. Los PAC están casi siempre en el centro de salud de una de las localidades que lo conforman, aunque en casos especiales como Monforte de Lemos o Burela, se encuentran en el mismo edificio del Hospital comarcal, lo que en realidad los acaba convirtiendo en el filtro del Hospital, ya que se entra por la misma puerta que las Urgencias Hospitalarias.

En Canarias, hay Atención Continuada en todos los Centros de Salud Rurales, con la excepción de Artenara (centro con muy poca población) que se agrupa con Tejeda (a una distancia de unos 10-20 minutos en coche). En este caso los motivos del agrupamiento son la escasa población de Artenara y su relativa proximidad a Tejeda.

En Cataluña tienen atención en el CAP (Centro de Atención Primaria) las 24 horas las ABS más grandes, mientras que otras funcionan con horario diurno en el CAP y localizadas por la noche.

Jornada en atención continuada

La jornada de atención continuada entre semana también presenta algunas variantes. Son 17 horas en Castilla León, Extremadura, Castilla la Mancha, Valencia, La Rioja, Euzkadi, Andalucía, Navarra, Madrid, Galicia (con la variante de las zonas de montaña que empiezan a las 20 h), y desde el 1 de octubre en Aragón. Empieza a las 15 horas hasta las 8 del día siguiente. En Cantabria son 16 horas (de 17 a 9 h), y en Canarias va de 20 a 8 h si bien en algún centro los viernes se empieza a las 18 h. Cataluña tiene las dos modalidades, unos que hacen de 15 a 8 h del día siguiente, y otros que solo hacen de 20 a 8 h.

Los festivos son guardias de 24 horas, y los sábados en unos sitios se consideran festivos a la hora del precio de la hora y en otros no festivos.

Lo habitual es la guardia de presencia física en el centro pero hay otra modalidad que es la guardia localizada. Esta no existe en Extremadura, ni en Galicia, Castilla León, Valencia ni en Murcia.

En Aragón, está contemplada la guardia localizada, incluso está fijada su retribución, pero hasta la fecha no se ha hecho uso de esta forma de atención a la urgencia en primaria. En La Rioja sólo se hace en la zona de salud de Santo Domingo de la Calzada.

En Cantabria existe guardia localizada únicamente en el centro de salud de Liébana, de forma voluntaria y cobrando la mitad de la hora ordinaria. La guardia localizada consiste en que si el SUAP debe salir a atender un domicilio, avisa para acudir al centro de salud y no se quede éste vacío, puesto que no hay celador. Obviamente, se atiende a los pacientes que acudan durante esta ausencia. Hay una habitación en el centro de salud para quien quiera quedarse ahí a pasar la noche, con lo que se obtiene guardia de presencia física a mitad de precio.

También existe en algunas zonas de Navarra, de Canarias, en Andalucía en situaciones muy puntuales y en Euzkadi pero a cargo del SEU. Castilla la Mancha tiene cada fin de semana un médico localizable para incidencias por si falla el refuerzo por accidente, enfermedad, etc.

Obligatoriedad de las guardias

En cuanto a la obligación o no de hacer guardias, en el medio urbano al haber distintos servicios específicos de urgencias ya ni se plantea el dilema. Es distinto el medio rural, en donde históricamente se ha venido complementando la jornada ordinaria con los turnos de guardia. En la actualidad no hay obligación de hacer guardias en todos los sitios en el medio rural.

En Aragón es obligatorio si bien en atención primaria rural el máximo anual está fijado en 850 horas (425 en centros urbanos). En la práctica hasta ahora se concedían exenciones voluntarias sin especial justificación, pero en lo sucesivo por la carencia de refuerzos puede ser que se les vuelva a obligar por necesidades del servicio como ya ha sucedido en algún caso. Ese número de horas algún médico con ejercicio en zonas especialmente aisladas las ha superado ampliamente.

En Extremadura es obligatorio hacer guardias, hasta 48 horas semanales de trabajo (consulta más atención continuada) en cómputo semestral, pero se lo saltan cuando tienen necesidad, que es casi siempre. Según la disponibilidad de refuerzos no se exigen. También hay obligación en Asturias y Andalucía.

En Cantabria son voluntarias y graciabiles, pues las gerencias permiten que sigan haciendo aquellos que ya hacían antes de empezar el funcionamiento de los SUAP. Ya no conceden más, y se mantiene a los miembros del equipo que quieran hacer guardias la participación en módulos de atención continuada siempre que se adecue al régimen organizativo, con un máximo de 450 horas/año. Ni se libra al día siguiente ni se dan facilidades en agenda.

En Galicia es obligatoria la realización de guardias por la tarde pero no por la noche, aunque se contempla la exención por edad superior a 55 años, enfermedad y alguna otra contingencia especial. Actualmente se puede optar por la realización voluntaria, pero en la práctica y debido a la escasez de personal se está obligando de nuevo. Hay varios tramos horarios que se pueden escoger y que van de una a varias guardias al mes y que son con o sin noches desde aproximadamente 240 hasta 800 horas/año. Estos tramos que se escogen voluntariamente son de obligado cumplimiento por lo que si coincide alguna guardia en vacaciones, debe de cambiarse con algún compañero para otra fecha.

En Cataluña las guardias son obligatorias hasta los 50 años, de 50 a 55 años por necesidades de servicio si fuera necesario, y a partir de 55 años se concede la exención si así se solicita, salvo necesidades extremas.

En Valencia dada la carencia actual de médicos y la dificultad para cubrir las guardias por parte de la Dirección de Área, en el momento actual es obligatorio realizar guardias médicas por parte de todos los miembros del equipo. En general se impone un mínimo de 425 horas anuales y un máximo de 850 horas anuales, que se suele respetar. Si se hacen más de 3 al mes corresponde un día extra de vacaciones.

En Rioja hay obligación hasta los 55 años. El número máximo de las horas anuales es de 648 horas, que en general se respeta.

En Castilla León hay obligación, y son 771 horas anuales. Se respeta pero si no hay refuerzos, el resto las hacen los titulares.

En Canarias en los centros rurales sí es obligado hacer atención continuada, en los urbanos, al disponer de servicios de urgencias, no. Lo mismo sucede en Navarra.

En Murcia, Baleares y Castilla la Mancha no hay obligación. Tampoco en Euzkadi en donde las hace el SEU. En este existe la posibilidad según necesidades de hacerlas de forma voluntaria tanto en la misma zona de salud como en otra, sin derecho a libranza al día siguiente, y se conceden sólo si hay vacante.

En Madrid no es obligatorio, el Servicio de Salud Rural se hace cargo pudiendo hacer guardia los médicos rurales en hospitales, urgencias extrahospitalarias y otros.

En Navarra las 4 zonas consideradas urbanas no hacen guardias, y el resto, rurales, tienen obligación de hacerlas.

Exención de guardias

Tal como se ha comentado, en Aragón, al haber abundante paro médico se han aceptado exenciones de guardias a cualquier edad sin necesidad de justificar, pero esta tónica ya ha cambiado por el déficit actual de médicos. Sí se aceptan por edad (mayores de 55 años) pero en ningún momento se contempla la posibilidad de compensación para que no haya merma retributiva.

En Extremadura se aplica a los 55 años y por enfermedad con informe de la unidad de riesgos laborales, que no es vinculante pero le suelen hacer caso.

En Galicia a los 55 años y también por enfermedad, al igual que en Andalucía, Murcia, Canarias, Castilla León, Castilla la Mancha, Cantabria, Madrid, Euzkadi y La Rioja. En Navarra no se conceden por edad pero sí por enfermedad, pero sin compensación.

En la Comunidad Valencia se aplica la exención de guardias por enfermedad en determinados casos particulares debidamente justificados. Por otra parte, se ha optado por la denegación de todas las exenciones de guardias solicitadas por motivos de edad, alegando necesidades del servicio (aunque a partir de los 45 años se puede solicitar de forma voluntaria y se debería conceder obligatoriamente a partir de los 55). Aunque está previsto legalmente la posibilidad de realizar módulos de trabajo retribuidos complementarios y alternativos a la atención continuada, lo cierto es que hasta la fecha, debido a la denegación de la mayoría de las solicitudes, no se está aplicando de forma real. En algún caso la propuesta de la Dirección de Área al solicitante en particular ha sido ofrecerle reforzar algún punto conflictivo de atención continuada del Área (unas horas por la tarde) o realizar alguna consulta pediátrica vacante en otro centro, pagando por hora la misma cuantía que por hora de atención continuada, lo cual, evidentemente, hace muy poco atractiva esta opción.

En Canarias la exención de guardias por enfermedad se consigue después de pasar una evaluación por el tribunal de salud laboral. A los 55 años se puede solicitar la exención de guardias por edad. A las embarazadas se aplica según disponibilidad. Se contemplan unos módulos para compensar el descenso de las retribuciones.

En Cataluña, en caso de solicitar la exención a partir de 55 años, se retribuye con 3.000 €/año siempre que se haya hecho un mínimo de horas de guardia los años anteriores, y con el compromiso de apoyar al equipo cuatro horas a la semana.

Existe también actividad alternativa voluntaria en Castilla la Mancha, en donde por encima de los 50 años se compensa dos tardes a la semana con apoyo en programas, informatización, historias, etc, según el centro. Se paga el equivalente a cuatro guardias.

En atención primaria todavía no hay contemplada actividad alternativa en Aragón, Galicia, Extremadura, Rioja, Cantabria ni Castilla León.

La renuncia voluntaria a las guardias no se concede, al menos oficialmente, en Extremadura, Galicia, Rioja, Castilla y León y Canarias.

Recursos humanos

Con respecto al personal de apoyo de estos PAC, en Aragón solo los equipos grandes disponen de celador por las tardes. No hay conductores, ni vigilantes, ni ningún sistema de seguridad. En Cantabria tampoco, de nada, ni celador. En Navarra no hay celador pero se están instalando cámaras en los accesos y porteros automáticos donde no los había.

En Andalucía hay celador-conductor y sistema de seguridad (vigilante, alarma, cámaras,...) según necesidad, pero en general en el medio rural la dotación es menor que en el urbano.

En Extremadura todos los PAC tienen médico, enfermero y conductor, y celador sólo en los PAC situados en los centros de salud. En los últimos meses y **debido a la falta de profesionales, ha habido abierto algún PAC sin médico.**

En Galicia los PAC tienen celador, conductores en las ambulancias y algunos tienen personal de seguridad.

Castilla la Mancha tiene celador en los urbanos, no en los rurales, y personal de seguridad en centros problemáticos. En este tipo de centros también los hay en Cataluña.

En Valencia hay celador en la mayoría de centros de salud pero no en todos, pues algunos todavía carecen del mismo en horario de atención continuada, independientemente de la carga asistencial. En dicha franja horaria no hay auxiliares, administrativos ni tampoco guardas jurados ni otro sistema de seguridad. En la mayoría de casos solo hay un médico, un ATS y un celador por centro y guardia. En caso de necesidad la policía local suele acudir sin demora excesiva.

En La Rioja no hay celador, conductor en algunos lugares y ningún sistema de seguridad.

En Castilla León hay celador aunque no en todos y solo hasta las 9 de la noche. No hay auxiliar ni conductor, pero sí sistema de seguridad mediante alarmas conectadas con una unidad central. No suelen ser rápidos en acudir.

En Canarias no hay ni celador, ni auxiliar, ni conductor. Existe un sistema de cámaras de vigilancia instaladas en algunas zonas de los centros de salud (pasillos, unidad administrativa y sala de espera de urgencias) y conectadas a una central de alarmas. La intención es ponerlas en todos.

Equipos de protección individual (E.P.I.) y otros

Dentro de la actividad diaria del médico rural está el trabajo al aire libre y en el medio natural. Toca atender accidentes de tráfico, accidentes en el campo, con maquinaria agrícola, en montaña, etc y en todo tipo de condiciones meteorológicas. Nuevamente somos una excepción a la hora de recibir la ropa de trabajo precisa para esas condiciones adversas. Todo funcionario público recibe la ropa necesaria para ejercer su función. Nosotros no.

En Castilla León, proporcionan botas, chaquetón, chubasquero, etc. En este sentido no hay problemas. En La Rioja sucede lo mismo.

En Andalucía en general proporcionan ropa (pantalón, camisa, anorak) y calzado (incluidas botas) para las guardias.

En Aragón, a algunos centros, este último año se les ha dotado de un par de botas de montaña para las actuaciones que correspondan al aire libre o en el campo, y chaquetón de abrigo-lluvia para dichas situaciones, pero solo para aquellos equipos que lo han solicitado porque lo han creído imprescindible. El mejorar este equipamiento está visto desde las gerencias como gasto superfluo e intentan no llevarlo a cabo insistiendo en que la partida económica se detraerá de otros gastos previstos. Cualquier otro trabajador del Gobierno de Aragón dispone de todo el EPI y resto de ropa.

En Extremadura lo único que se ha recibido es un chaquetón impermeable, y solo en algunos centros. En Galicia dan un anorak impermeable y botas de montaña.

En Canarias nada de esto, si hay que salir por la noche en invierno lo hacen con zuecos blancos, pijama blanco de algodón y rebeca azul de algodón. En Cantabria solo los chalecos reflectantes.....y en Castilla la Mancha anoraks de talla única y uso comunitario para compartir los miembros del equipo.

En Murcia y Valencia de momento, no se han entregado equipos de protección individual para trabajar al aire libre, ni tampoco están pendientes de entrega, al igual que en Cataluña, Navarra y Madrid. En Euzkadi no se ha dado a los titulares pero sí al SEU.

En otro orden de cosas, por lo general los centros de salud en donde hay atención continuada

disponen de TV, video/DVD, cocina, microondas,..... lo mínimo para hacer un poco agradable la guardia, si bien tampoco es así en todos los centros. No hay Canal + ni otras “cosas de lujo”. En Aragón cada equipo puede mejorar mediante negociación directa con la gerencia por facturación a terceros, ahorro en contrato de gestión, etc.

Manutención en las guardias

En el medio hospitalario y en todas las empresas en donde haya trabajadores efectuando jornadas de trabajo superiores a las 8 horas, se facilita de una manera u otra la manutención. Hasta hace poco la excepción eran los sanitarios rurales, situación que se va corrigiendo pero todavía no por completo ni en todas partes. Son 24 horas de trabajo ininterrumpido, o 31 donde no se aplica el descanso tras la guardia, y al parecer no se genera este derecho reconocido en los demás colectivos.

Es el caso de Navarra, Murcia y Canarias, en donde no se proporciona nada. En esta última, en Navidad y Nochevieja se recibe un paquete con algunos turrónes y cava o vino para el equipo de guardia. No pagan ninguna comida. Ocurre de todo, hay quién se la lleva de casa, otros hacen que se la sirvan en el centro desde un bar o restaurante y otros, a riesgo de interrupciones, salen a comer a un bar cercano. Siempre a costa del trabajador.

En Extremadura antes se pagaba, y ahora hay un servicio de catering. La empresa adjudicataria del catering lo distribuye a todos los PAC. También hay catering en Castilla la Mancha, con menús aceptables.

En Galicia se paga un complemento de manutención de 6 € o dan la cena si la guardia es hasta las 8 h del día siguiente, ya que consideran que vienen comido de casa (saliendo a las 3 del centro y entrando a las 3 en el PAC, que está a 10-15 km de distancia). Si la guardia es de 24 horas dan la comida y la cena. En días especiales como Navidad, tienen un menú "especial". Es lo mismo que pasa en Aragón, durante la guardia se viene pagando una comida en día laborable y las dos en festivo. Alguna gerencia incluye desayuno. Se contrata directamente con un restaurante de la zona y facturan ellos. Al ser 9 € lo que se paga por comida hay sitios en donde no accede ningún restaurante y los profesionales tienen que abonar la diferencia. Como no hay nada regulado al respecto las gerencias lo resuelven a su manera, incluso negociando con cada equipo.

En Valencia se pagan dietas de manutención que se ingresan en nómina de forma periódica. Los días laborables son 11,31 €/guardia y los festivos 22,60 €/guardia.

Cataluña proporciona unos ticket-restaurante por valor de 5,21 € comida y/o cena.

En La Rioja durante los días laborables se suministra la cena y los fines de semana comida y cena.

Castilla León paga comida y cena mediante ticket al restaurante asignado. Se paga directamente al restaurante.

En Cantabria recientemente ha entrado en funcionamiento un sistema de catering que distribuye a los centros de salud (al SUAP), o bien se contrata con restaurantes de la zona al precio de 10 €/día, independientemente de que sea laborable o festivo.

En Andalucía está concertada la manutención con algún restaurante de la zona.

Retribución en las guardias

Para ver como se retribuye la atención continuada, remito nuevamente al estudio del Dr. Matas de Granada que está en permanente actualización.

En Aragón el precio de la hora de guardia se ha incrementado desde el 1 de octubre, igualándonos a especializada. A partir del 1/1/09 el precio será de 20,50 € y 22,25 en festivo. El 24 y 31 de diciembre se pagan doble las 24 horas. Todo esto es según el Acuerdo Profesional Sanitario de 13/11/07 (BOA de 7/12/07). La localizada sería a mitad de precio, pero en primaria no se ha puesto en práctica hasta la fecha.

Extremadura 20,88 € en todos los sitios y todos los días.

En Galicia son 19,65 € actualmente y 24,48 € a partir de la firma de la nueva negociación. Hay un incentivo por realizar hasta 305 horas que son 1.475 €/año, y por llegar a 600 horas 2.900 €/año.

En la Comunidad Valenciana se incrementa el precio según se hagan más horas, y la guardia en festivo tiene un día de compensación.

En La Rioja en Nochebuena, Navidad, Nochevieja, Año Nuevo y Reyes se duplica el precio.

En Castilla León los días especiales a 26 €.

En Canarias la localizada es a 9,69 €/hora y sábados, domingos y festivos a 15 €. De presencia física 1, 5 y 6 de enero y 24, 25 y 31 de diciembre a 38,76 €/hora y la localizada esos días a 19,38 €.

En Murcia si es fuera de su gerencia se paga a 38 €/hora, y la mañana de los sábados a 40 €/h.

En Asturias más de 3 guardias se pagan como festivos.

En Euzkadi a partir de la tercera guardia se incrementa el precio un 10%.

En Madrid las guardias de atención primaria se hacen en hospitales u otros servicios de urgencias de forma voluntaria.

En Andalucía hay distinto precio en zonas de especial aislamiento y dificultad de cobertura, en donde se paga a 21,23 €/hora y 23,73 los festivos.

C.A.	LABORABLE	FESTIVO
ANDALUCIA	17,69	19,77
ARAGON	20	21
ASTURIAS	22	24
BALEARES	23	24
CANARIAS	19,38	30
CANTABRIA	23,51	26,72
CASTILLA LA MANCHA	24	26
CASTILLA y LEON	19	21
CATALUÑA	24,11	27,25
EXTREMADURA	20,88	20,88
GALICIA	19,65	19,65
LA RIOJA	21	22
MADRID	21	23
MURCIA	27	30
NAVARRA	23,15	23,15
PAIS VASCO	21,89	24,08
COMUNIDAD VALENCIANA	22,44	24,44
MEDIA	21,75	23,94

Basado en Vicente Matas, excluidas Ceuta y Melilla, y actualizado a 1/10/08.

En Cantabria, Aragón y Euzkadi el sábado no se considera festivo.

Las guardias entre semana son en general de 16-17 horas, pero no siempre tal como se ha dicho antes.

LIBRANZA TRAS LA GUARDIA

Está comprobado que disminuye el rendimiento laboral tras un exceso de horas de trabajo, con el riesgo de los errores médicos siempre en el horizonte. Hay una normativa de tiempos de trabajo máximos, pero nuevamente los sanitarios rurales somos la excepción. Se obliga a hacer 31 horas de trabajo ininterrumpido.

La libranza tras la guardia no está autorizada en Baleares, Madrid, Murcia, Navarra, Cantabria, Cataluña, Castilla la Mancha ni Euzkadi. Lógicamente ahí donde las guardias son voluntarias es más difícil justificar esa libranza.

En Aragón está autorizada la libranza postguardia desde el 1/1/08 pero con cobertura por parte del equipo sin compensación por el momento, pues esta queda supeditada a lo que finalmente indique el documento AP XXI todavía no concluido. Debido a estas circunstancias son pocos los equipos que hacen uso de ese derecho pues no siempre es posible acoplarse.

En Galicia es lo mismo, existe pero la mayoría de las veces no se disfruta, así como en Castilla y León en donde legalmente está concedida pero es a cargo del equipo y no retribuida.

En Andalucía la libranza se ha implantado de diferentes formas, pero la suelen cubrir médicos de apoyo del Distrito, que cumplen su jornada anual entre salientes de guardia, pequeñas sustituciones y algunas guardias. Están contratados todo el año y algunas de estas plazas ya se han adjudicado en propiedad.

En Extremadura solo están reconocidas unas horas (media jornada). Se deben realizar las actividades no diferibles al día siguiente. Esto solo es posible en los centros con más de un médico, y hay muchos consultorios en los que es inviable. En los centros urbanos, se realiza acumulando la consulta del que descansa al resto del equipo.

En Valencia se aplica, y si es en sábado genera derecho al descanso el siguiente sábado que le correspondiera, y si es en festivo hay un día adicional de compensación. En Valencia en general, se respeta en todos los casos la libranza post-guardia. En la mayor parte de los casos, la libranza no se sustituye, salvo en centros muy pequeños o en consultorios auxiliares. Se cierra la agenda del médico que libra con la suficiente antelación y el trabajo no demorable que se presenta ese día es asumido por el resto del equipo. No se retribuye económicamente ni se recompensa al equipo por el trabajo extra realizado ese día correspondiente al compañero ausente. En consultorios auxiliares y centros con menos de cuatro médicos, por regla general se trata de sustituir todas las libranzas pero depende de la presión que puedan ejercer los coordinadores.

En Canarias existe la libranza de guardias, retribuida y se contrata a un profesional para que pase esa consulta. Esto sucede de lunes a jueves no festivos. La consulta del saliente de guardia la pasa un facultativo de refuerzo. En ocasiones, y voluntariamente, el médico saliente de guardia pasa una consulta corta de su cupo y se le retribuyen las horas como horas de atención continuada. Si se tiene guardia la víspera de un festivo entre semana, se pierde la libranza de guardia. También se tiene

derecho en localizadas con 3 h de trabajo efectivo entre las 22 y las 8 en laborable o cualquier tramo festivo.

En La Rioja están pendientes de resolución jurídica al respecto, mientras que en Asturias hay ya sentencia favorable.

TRANSPORTE SANITARIO

Es notorio el desinterés que el medio rural provoca a las autoridades políticas, e incluso a los medios de comunicación. El medio urbano, las grandes poblaciones son más atractivas para ambos. Al rural llegan menos recursos en todas las esferas sociales. A la hora de distribuir el transporte sanitario urgente hay también una evidente discriminación en líneas generales, y así lo muestran desde las distintas CCAA con alguna excepción.

La ambulancia convencional fue siempre un gran apoyo para el médico rural, incluso sin personal sanitario o escasamente preparado (soldados de la Cruz Roja). En la actualidad, **tenemos ambulancias mejor dotadas tanto en recursos materiales como humanos pero no siempre están disponibles** cuando se solicitan. La demanda se ha multiplicado así como la dependencia que hay de los hospitales, no siempre justificada.

En Aragón hay UVI móviles distribuidas por todo el territorio, si bien hay zonas rurales que tienen la más próxima a una hora de distancia. Con respecto a las medicalizables, es norma habitual enviar desde las bases al medio rural ambulancias únicamente con el conductor reservando al técnico en transporte sanitario para una posible urgencia en la capital. Siempre se da preferencia al medio urbano con respecto al rural que queda discriminado. El programado es claramente insuficiente y difícil de organizar por la dispersión y poca población, y no se contemplan otras fórmulas para dicho fin.

En Extremadura en zonas de salud rurales, el transporte es manifiestamente mejorable, las urgencias se trasladan bien, pero los traslados programados son un verdadero suplicio para el paciente (como ejemplo el caso de un enfermo que hace 200 km, saliendo a las 5 de la madrugada y volviendo a las 5 de la tarde, para una consulta de 20 minutos).

En Galicia solo está el 061. Cuando se necesita un transporte se les llama y lo envían normal (solo el conductor), medicalizada (con técnicos) o bien ya envían un equipo médico completo incluso en ocasiones especiales el Helicóptero. Los tiempos de espera son variables y no siempre dependen de la distancia.

En Navarra hay 4 UVI móviles localizadas 2 en Pamplona y una en Tudela y Estella, lo que hace que haya zonas muy alejadas de todas ellas.

En Andalucía las UVI móviles están localizadas en los núcleos grandes, teniendo en los puntos de urgencia ambulancias con conductor.

En Madrid hay muy buena cobertura en el medio rural, mejorando constantemente, y se está llegando a los 10 minutos, e incluso se están desarrollando unidades hospitalarias intermedias de traslado al hospital. En ocasiones se da cobertura a Castilla la Mancha. Cataluña también tiene buena cobertura, aunque todo pueda ser mejorable.

En Valencia el problema principal con el que se encuentran suele ser la demora excesiva en la recogida de los pacientes, que en ocasiones supera más de dos horas de espera (ambulancias ocupadas, pocas ambulancias...). Hay escasez y mala distribución de unidades, con infradotación de

SVB y falta de personal cualificado en ocasiones. Otro problema es la exigencia por parte de la empresa de ambulancias de la correspondiente hoja firmada en el domicilio del paciente previo al traslado del mismo. No vale con un aviso verbal a la compañía de transporte sanitario. Ello obliga a salir del centro en muchos casos, o bien que se tenga que desplazar un familiar del paciente al centro para recoger la correspondiente hoja de transporte, aún sabiendo de antemano que dicho paciente se tendrá que trasladar necesariamente al centro de salud o al hospital de referencia por las características del problema de salud que presenta. Muchas veces no se respetan las indicaciones específicas del transporte sanitario (realizar transporte colectivo de pacientes encamados en malas condiciones clínicas, sin respetar las indicaciones referidas por el médico en la hoja de transporte sanitario...), o bien se cuestiona la indicación de transporte sanitario del profesional por parte de los conductores. Se debería valorar la posibilidad de gestionar vías alternativas de transporte (no ambulancias) como por ejemplo taxis, en determinados casos, por su rapidez, y que estuvieran financiados por el sistema de salud público.

En Euzkadi hay escasez de UVI móviles y eso hace que haya que acompañar durante muchos kilómetros al paciente hasta el punto de encuentro con ellas para el intercambio.

En Cantabria hay 4 UVI móviles además de ambulancias de SVB y SVA que en ocasiones excepcionales son medicalizadas con los médicos del centro o del SUAP. En Liébana y en Los Valles, la UVI móvil no sube, teniendo que ser el médico el que baje con el paciente hasta una zona de más fácil acceso donde hace el intercambio del paciente con la UVI móvil.

En Castilla y León el 112 tiene soporte básico en la mayoría de los centros de salud. La cobertura de UVI móvil depende de las provincias, en Segovia por ejemplo hay una. Suele haber una o dos por área de salud. Es insuficiente, a veces la espera es larga.

En Canarias con respecto al transporte sanitario colectivo rural, reseñar que las distancias y las carreteras sinuosas hacen que al pretender optimizar su utilización, se someta a los pacientes a una larguísima y desagradable excursión desde su domicilio a su destino y viceversa. Esto es menos acusado en el medio urbano porque las distancias son más cortas, las carreteras mejores, el volumen de usuarios es mayor y el radio de acción de cada vehículo es menor (se completan con pacientes que viven más próximos y se organizan con destinos también más próximos). Por todo esto, no es raro que un paciente salga de su domicilio a primera hora de la mañana y regrese a media tarde. Las Ambulancias medicalizadas (UVI móviles) las gestiona el 112, se distribuyen en puntos estratégicos de las islas, y en ocasiones en el medio rural están incluso a 45 minutos de distancia. No es inusual el tener que trasladar a un paciente grave en Ambulancia Convencional, dejando el centro de salud sin facultativo ni enfermero ese tiempo, y hacer el trasbordo a la medicalizada en un punto medio o en otro centro de salud más cercano a la capital. Existen las Ambulancias Sanitarizadas, que disponen de un técnico y un enfermero.

El caso de tener que subir a la ambulancia para acompañar a un paciente no es excepcional. En Aragón depende de cada zona de salud, pero es poco frecuente, al igual que en Galicia, Rioja, Murcia, Extremadura o Valencia. En Canarias o Euzkadi es más habitual y en Castilla León se puede dar con relativa frecuencia en alguna zona. En definitiva puede ser muy variable influenciado por apreciaciones personales, zonas, dotación de ambulancias, epidemias, distancias al hospital, etc.

Helitransporte sanitario

Es un sistema de transporte urgente de apoyo al transporte urgente por carretera, que se ha ido implantando en los últimos años y cuando hay posibilidad de vuelo ahorra tiempo en casos graves.

No siempre es posible pues su operatividad depende de la luz, la visibilidad y condiciones atmosféricas, lo que le limita durante la noche, lluvia, niebla, viento, etc.

En Aragón, dada la orografía de esta C.A. y la proliferación de actividades y deportes de aventura, hay un servicio de medicina de urgencia en montaña (061 de montaña y Guardia Civil) con doble base, haciendo turnos en la UVI móvil de Sabiñánigo (Pirineo occidental) y en la base del helicóptero de Huesca. En verano se establece otra base en Benasque (Pirineo oriental). Dadas las limitaciones operativas citadas muchos de estos rescates o asistencias en el medio difícil, aislado y hostil corresponde hacerlas al final a los profesionales de los equipos, con el añadido de dificultad que suponen estas actuaciones, la falta de equipamiento y la ausencia prolongada del centro de salud.

Hay además otros helicópteros, estos ya puramente de transporte sanitario dependientes de Protección Civil (112) con bases en Zaragoza y Teruel, con las mismas limitaciones técnicas de vuelo que el de la Guardia Civil. Al margen de estas limitaciones, la petición de helicóptero desde primaria se atiende sin problemas.

En Extremadura hay dos helicópteros que vuelan si hay luz natural y si las condiciones meteorológicas lo permiten, que no ocurre con cierta frecuencia.

En Galicia sí lo hay, pero solo en situaciones excepcionales y su envío lo decide directamente el 061, no el médico de primaria.

En Valencia en casos necesarios, a través del CICU podemos solicitar traslado del paciente en helicóptero (casos de politraumatizados), pero suele ser excepcional, puesto que en la mayoría de los casos, es el propio SAMU, quien se encargará de la gestión de dicho transporte.

En Castilla León hay helicóptero sanitario, cuya base está en Valladolid y se accede a través del 112.

En Canarias los helicópteros los gestiona la sala del 112. Es más rápido que la ambulancia pero muy limitado por la climatología, la falta de campos de aterrizaje adecuados, iluminados para su uso nocturno y seguros (cables de conducción de energía eléctrica).

En Cantabria también, y en ocasiones se trabaja conjuntamente con la Guardia Civil de Montaña.

También los hay en Cataluña, Madrid, Euzkadi (fácilmente accesible desde primaria), Andalucía, Castilla la Mancha y Navarra.

No hay helitransporte sanitario en La Rioja.

OTROS CONCEPTOS RETRIBUTIVOS

Con lo visto hasta ahora, hay que mirar si el médico rural tiene posibilidades de incrementar sus ingresos de alguna forma tal como sucede en los hospitales e incluso en la primaria urbana. El sueldo del médico tiene una serie de componentes comunes y luego un sinnúmero de parcelas, que cada servicio de salud aborda según su criterio. Para información más completa de este capítulo remito nuevamente al Estudio de retribuciones del médico rural, pero aquí se hará un repaso a otras retribuciones atípicas además de las ya comentadas con anterioridad.

Aragón, en los acuerdos de 2005 introdujo el complemento específico B de ampliación de jornada, voluntario, que sería por hacer una tarde a la semana además de la jornada de mañana, pero

en atención primaria no se ha ofertado y se está usando para pagar a coordinadores del medio urbano. Su importe es de 595,73 € mensuales por una tarde a la semana. En primaria no se ha ofertado para actividad médica como debería haberse hecho. Por otro lado está el de actividad quirúrgica (837,76 €) que hasta ahora solo se ha ofertado en hospitales. Los programas que se van implantando no tienen repercusiones retributivas.

El específico C que corresponde a jornada deslizante (195,45 € por deslizar un día a la semana) tampoco ha sido ofertado en el medio rural. A ambos, tanto al B como al C se sumarán los 202,19 € correspondientes al D (exclusividad).

En Extremadura existe el Complemento de jornada de tarde, por realizar una jornada deslizante a la semana, y en los consultorios de un solo médico le llaman actividades complementarias (educación para la salud, charlas en colegios, grupos). La jornada de tarde es voluntaria, puede acceder todo aquel que quiera y supone 221 €/mes.

En Galicia no hay ningún otro complemento, solo la retribución por productividad variable y los de dispersión ya comentados.

En Canarias no existen este tipo de complementos. Los nuevos programas no tienen repercusión económica. En otro orden de cosas el complemento de residencia en Canarias es de 1.877,40 € año en Tenerife y Gran Canaria (156,45 x mes) mientras que en el resto son 6.257,28 (521,44 x mes) más 36,57 € por mes y trienio. El complemento de residencia en Baleares es de 1.056,96 €/año.

En Valencia tampoco existe ningún complemento de estas características para poder aumentar las retribuciones ordinarias, excepto el específico C por deslizante. En todo caso, existe la posibilidad de aumentar el número de horas correspondientes a guardias médicas de forma voluntaria, siempre y cuando no interfiera en la jornada ordinaria a través de la libranza que se genera y que no se cubre. En IT de más de 30 días se cobran 54 h de guardia.

En La Rioja, debido a la escasez de médicos se ha implantado el complemento por ampliación de jornada (150 horas/año), y se valora la posibilidad de disfrutar más días de vacaciones si se hace atención continuada en fines de semana y festivos.

En Castilla León se habla de retribuir los programas de cirugía menor, pero todavía no hay nada firme.

En Murcia la deslizante son 25 €/tarde, el turno de tarde 600 €/mes y los sábados se pagan a 40 €/hora, lo que hace 280 € brutos por la mañana del sábado.

En Castilla la Mancha se abonan 478,14 €/mes por participar en los programas que se pacten en la cartera de servicios.

Andalucía tiene un complemento por responsabilidad-penosidad para todos los médicos (92,81 €/mes), y en zonas deprimidas el importe de las tarjetas se incrementa un 20% como ya se ha comentado.

En Cataluña está el complemento de docencia, el complemento de dirección de programas (2.089,08 €/año) y el complemento de coordinación de programas específicos (5.710,04 €/año).

En Cantabria tras la huelga del 2007, se cita textualmente *“queda propuesto para negociación en la mesa sectorial la revisión del complemento específico destinado a retribuir e incentivar situaciones que impliquen especial dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad y/o penosidad a fin de posibilitar que el personal en quién concurran dichas situaciones, tenga o no dedicación exclusiva, sea retribuido por su mayor dedicación horaria o participación en programas concretos, mediante el complemento específico que se determine”*. Está previsto pero hoy por hoy no hay ninguna posibilidad de mejora de retribuciones.

PRODUCTIVIDAD VARIABLE

La incentivación o productividad variable también es tratada de distinta manera según las CCAA. Los planteamientos son muy similares y difieren las cantidades ofertadas. **En todos los casos son inferiores a las ofertadas en hospitales y con criterios más estrictos a la hora de alcanzar el objetivo.**

En Aragón en concepto de productividad variable por cumplimiento de la cartera de servicios se ofertan 1.200 € anuales, que van disminuyendo según el grado de cumplimentación de los ítems que solicita la gerencia. Quien cumple los parámetros marcados en ahorro farmacéutico percibe además 600 € cuatrimestrales, si bien 2008 será el último año en que se oferte esto. Las cantidades ofertadas a atención primaria son inferiores a las de especializada y los requisitos exigidos mayores.

En Extremadura se percibe el 1% del presupuesto de farmacia, si no se sobrepasa. El objetivo es accesible, aunque no fácilmente. En los centros urbanos es mucho más fácil.

En Galicia la retribución por productividad variable, sigue siendo de 2.400 euros/año desde hace más de 13 años, ya que no está sujeta al incremento del IPC y que cada año para poder cobrarla hay que aumentar en mucho el rendimiento, con nuevos programas, etc. En realidad supone que cada año tienes que trabajar más para cobrar un 3-4% menos que el año anterior. Debido a la dotación informática y otras cuestiones, todavía hay centros que en la práctica no tienen acceso a nuevos objetivos.

En Valencia son unos 700 € anuales. La cantidad es irrisoria, el objetivo accesible pero el problema fundamental es que no se especifica concretamente qué indicadores son los que se han conseguido alcanzar y por tanto, recompensados. La cuantía es similar para todo el mundo, sin diferencias entre profesionales ni centros de trabajo.

C.A.	PRODUCT. VARIABLE	
ANDALUCIA	4.762	
ARAGON	1.202	
ASTURIAS	512	
BALEARES	1.202	
CANARIAS	3.061	
CANTABRIA	4.432	Máximo.
CASTILLA LA MANCHA	1.200	
CASTILLA y LEON	1.800	
CATALUÑA	5.622	Máximo.
EXTREMADURA	1.000	
GALICIA	1.247	Otros 1.247 fijos a cuenta.
LA RIOJA	1.000-1.500	
MADRID	2.707	
MURCIA		No existe.
NAVARRA		No existe.
PAIS VASCO		No existe.
COMUNIDAD VALENCIANA	3.000	Máximo. Normal 700

Basado en Vicente Matas.

Los incentivos en La Rioja son diferentes en primaria que en especializada. La productividad variable se basa en objetivos de cartera de servicios. Las cantidades oscilan mayoritariamente entre 1.000 y 1.500 € y son accesibles.

En Castilla León en hospital pagan más incentivos. En primaria depende de los objetivos, índice sintético, cartera de servicios, calidad de historias,...

ACUMULACIÓN DE CUPOS

La inadecuada distribución y mal aprovechamiento de los médicos existentes en este país hace que cada vez con mayor frecuencia salten las alarmas por la carencia de ellos incluso para realizar la actividad ordinaria. En casos de ausencia de los titulares sin haber podido cubrir esa baja, finalmente hay que optar por la autocobertura, es decir que entre los miembros del mismo equipo asuman las funciones del ausente. Es increíble pero ¡lo que está costando que paguen ese trabajo extra!

En Aragón, ante la falta de sustitutos, la autocobertura por parte de los miembros del equipo se compensa con el 100% de las retribuciones totales (excluyendo atención continuada y trienios) si se supera en dos horas la jornada ordinaria, o con el 75% si se hace dentro de la misma jornada (Acuerdo Profesional Sanitario de 13/11/07).

En Extremadura se abonan 91,8 € diarios para cupos de menos de 1.200 tarjetas sanitarias y 122,4 € para los de más de 1.200 tarjetas o si deben atender a más de una localidad.

Si se acumula en Galicia el cupo de otro compañero se retribuye con el Complemento "J", que ahora se ha aumentado a unos 18 €/día. En ocasiones se concede la Prolongación de jornada, que significa que hay que trabajar por la tarde para atender dicho cupo y que puede ser de 15 a 17 h ó de 15 a 19 h y esas horas salen a casi 24 €/hora. Se pagan en la nómina, dos meses después.

En Valencia no existe una compensación económica específica para el equipo ni tampoco se cubre la ausencia de un compañero por días de permiso, libre disposición, congresos o libranzas de guardias. En caso de enfermedad, en principio, se intenta la sustitución por parte de la Dirección de Área, en función sobre todo de la duración prevista de la baja y de la repercusión que tenga la misma sobre el funcionamiento general del centro. De no encontrar sustituto, la Dirección autoriza al equipo para que asuma el cupo del compañero ausente, a ser posible en distinto horario de trabajo, pagándose cada jornada de trabajo realizada a razón de 20 €/hora brutos (son 140 €/jornada).

En Rioja son 75 € por acumulación y en Asturias 100.

En Castilla León la acumulación de cupo se retribuye el 60%, 62,43 €/día (máximo 1.872,90 al mes).

Canarias contempla el PEGCAS (Programa Especial de Garantía de la Cobertura en Asistencia Sanitaria. Instrucción 8/2006 de la Dirección del Servicio Canario de la Salud), que permite retribuir la realización de la actividad de otro profesional por haber sido imposible su sustitución. Los importes aprobados en este programa son los siguientes:

- Mismo horario laboral: mes completo 1.800,00 euros (78,26 €/día).
- Distinto horario laboral: mes completo 2.800,00 euros (121,73 €/día).

Si la actividad del compañero ausente ha sido cubierta por más de un profesional, los importes correspondientes se distribuyen entre éstos.

En Murcia son 142,85 € brutos al día, y si es fuera de horario hasta 3.000 €/mes.

En Andalucía son 75 €/día en mismo horario (1.500 €/mes) o 100 si es en distinto tramo horario

(2.000 €/mes), mas las tarjetas, con problemas para su cobro pues se procura abonar solo el importe de estas sobre todo si se hace entre varios.

Castilla la Mancha y Cantabria abonan el sueldo excepto complementos personales (acuerdo tras huelga 11/9/07). En esta última, y aunque está firmado en el documento de salida de huelga, no están pagando por la acumulación de cupos cuando se hacen dentro del mismo horario laboral. Sólo lo hacen si se ha de quedar por la tarde y a razón de 23 € la hora (igual que la hora de guardia). No se han sentado con el Sindicato Médico a fijar las cantidades. De todas formas, en la mayor parte de los casos prefieren lo que ellos llaman la “autocobertura” (repartir el cupo del ausente entre el resto de compañeros) para no tener que pagar nada.

En Madrid viene a ser el 75% de las retribuciones, lo que sería entre 1.600 €/mes o 2.600 en distinto turno, y en Cataluña si se dobla se paga como atención continuada, 23,63 €/h.

Euzkadi es la que tiene una sistemática diferente, abonando por paciente atendido; son 5 € por paciente visitado en el mismo horario, 7 si es otro horario y 14 € por paciente domiciliario.

CARRERA PROFESIONAL EN EL MEDIO RURAL

Hasta hace poco no existía ninguna posibilidad de promoción profesional para el médico rural. Con la implantación progresiva de la carrera profesional esto queda, cuando menos en parte, solventado. **La carrera debe ser un estímulo para los profesionales.**

Volviendo a la falta de profesionales ya citada, donde primero se ve es en primaria, y dentro de ella en el medio rural. La clásica relación que existía médico-paciente, incluso ese confundirte con el medio en que trabajabas se acaba por la poca incentivación y el desinterés que hay por el medio rural. Ejemplo claro es la carrera profesional. La discriminación existente en los profesionales del medio rural para acceder a los criterios exigidos en la misma es unánime en todas las Autonomías. En todas ellas los pilares de la carrera profesional son la formación, docencia e investigación, unido a la actividad diaria. En los tres casos el profesional que ejerce en el medio rural está en franca inferioridad con el resto de médicos, pues no tiene las posibilidades de acceder en igualdad a las mismas.

Nuestro Vocal Nacional presentó una propuesta para compensar estos temas en el medio rural y se suplieran por educación sanitaria, charlas a la población y sesiones de autoformación en el centro de salud, y aunque la acogida fue en general muy buena en casi todas las CCAA, luego no se ha llevado a la práctica. Esto será un motivo más para que las plazas de medicina rural sean de paso y no se consoliden profesionales en ese medio.

En Extremadura realizar actividades de formación, docencia e investigación para los médicos rurales supone un gran esfuerzo personal, ya que no se da ningún tipo de facilidad para compensar las dificultades que tienen, las distancias a realizar son largas y dificultosas, normalmente fuera del horario laboral y la oferta no es suficiente. A pesar de la buena disposición hacia nuestro Vocal Nacional, no se ha tenido en cuenta su propuesta.

En Galicia la accesibilidad a la formación es escasa, ya que la mayoría de los cursos son centralizados y muchos casos quedan a mucha distancia, con lo que hay que salir antes de la consulta, sin comer, con la sobrecarga para los que se quedan, desplazamiento de hasta dos horas, estar cinco horas en el curso y luego otras dos horas para volver, con lo que se acaba la jornada a las 23 h, para retomar la consulta a las 8 y así durante varias semanas. Evidentemente los de las zonas

urbanas tienen más ventajas, ya que además de tener más opciones de formación, también pueden optar a docencia e investigación, que a nivel rural no hay.

En la Comunidad Valenciana en el medio rural es mucho más difícil poder acceder a los cursos de formación continuada, en comparación con los compañeros de los centros urbanos. Las causas son la distancia a recorrer, puesto que la mayoría de los mismos se suelen realizar en la capital de la provincia, en las dependencias del Colegio, o bien en los hospitales de referencia, y también la falta de ayudas económicas institucionales para financiar los cursos y los desplazamientos, la falta de tiempo material y de medios y la escasez de personal que hace más difícil realizar actividades de formación continuada e investigación en los centros rurales.

En Cantabria docencia e investigación son difíciles en los rurales pues no están acreditados, y la propuesta fue bien acogida pero no se ha llevado a la práctica. Actualmente la Carrera profesional que se aplica en Cantabria impide de hecho pasar de un nivel 2 a cualquier profesional de primaria o de hospital comarcal con su actividad habitual y los recursos de docencia, investigación y formación que tiene a su alcance.

Con respecto a estos requisitos, en Canarias el apartado 5-B del Artículo 5 del Decreto 278/2003, de 13 de noviembre, por el que se aprueba y desarrolla el modelo de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Canario de la Salud, establece que: *“La formación continuada, la docencia y la investigación (máximo de 45 créditos) se valorarán a partir de criterios objetivables y cuantificables, a través del oportuno baremo, y con los máximos que se determinen para cada criterio por las Comisiones de Evaluación de carrera profesional. Los cuarenta y cinco puntos establecidos en este apartado se distribuirán, para los facultativos que presten sus servicios en Centros de Salud y Hospitales sin docencia, exclusivamente entre los factores de formación continuada e investigación”*. Aquí cuando menos se contrarresta la docencia.

Las Gerencias tienen programas de formación continuada y se intenta facilitar el acceso a todos los profesionales del medio rural, aunque indudablemente los compañeros de los centros urbanos lo tienen más fácil porque el tiempo invertido en el desplazamiento es mucho menor y porque generalmente los centros de salud urbanos son mayores y el trabajo de más generado por la ausencia de un facultativo representa menos carga sobre el resto de compañeros, al ser repartida entre un mayor número de profesionales.

Tanto en Madrid como en La Rioja en general hay discriminación con los centros urbanos, y no se da ninguna facilidad para compensar. No se ha tenido en cuenta la propuesta de nuestra vocalía.

En Castilla León en alguna zona puede ser equiparable a los urbanos pero en general no se da ninguna facilidad para acceso a cursos y otros requisitos.

En Euzkadi se ha atendido en parte la propuesta y en Andalucía confían que se contemple algo en los futuros baremos aún por publicar.

En Murcia hay incluso dificultades para poder coger los días de formación por la falta de sustitutos.

Es Aragón la última C.A. en desarrollar la carrera profesional, y todavía no están concretados los criterios a valorar, pero de los borradores se deduce fácilmente que los profesionales rurales van a tener mucho más difícil el acceso a los niveles superiores pues se va incrementando el peso específico en docencia e investigación disminuyendo el de la actividad asistencial. El acceso a la formación queda también en franca desventaja frente a los compañeros del medio urbano a pesar de que se intenta favorecer por medio del FOCUSS (programa de formación propio del Salud) a los más alejados, pero es insuficiente.

PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Si hace unos años nos encontrábamos solos en nuestro ejercicio profesional, ahora tenemos que compartir funciones, espacio físico e incluso pacientes con otros especialistas con los que formamos equipo en los centros de salud. Merece la pena tocar un caso especial como es el de la pediatría en atención primaria, especialidad que en el medio rural ha devenido en especialistas para atender niños sanos pues los enfermos es difícil que coincidan con los horarios establecidos para ellos, en ocasiones un día de consulta cada semana o incluso cada quince días. Además **al no haber suficientes pediatras, parte de esas consultas son atendidas por médicos de familia** distintos a los que atienden al resto de la familia. Se han buscado soluciones diferentes a cada caso concreto, pero al final en aquellas zonas que deben compartir pediatra con otras por el insuficiente número de tarjetas en edad pediátrica ninguna deja contentas a las partes implicadas. Además salvo algún caso en que el pediatra participa en la atención continuada, esta recae igualmente sobre los médicos de familia. No está claro que todo esto fuera el objetivo inicial.

En Aragón no se ha duplicado el pago de las tarjetas pediátricas, y las cobra el pediatra, quedándole al de familia un complemento personal, fijo y transitorio. Sus ausencias no se sustituyen y el peso real de la asistencia infantil en los equipos que no tienen pediatra propio recae mayormente en el médico de familia.

En Cantabria sucede algo similar y la mayor parte del día son atendidos por médicos de familia, y parte de las plazas de pediatra las ocupan también ellos.

En Extremadura no parece de recibo con la situación que sufrimos, que existan plazas de pediatría en todos los centros, ocupadas por médicos de familia. Afortunadamente en la mayoría de los casos colaboran en las guardias y sufren las acumulaciones del resto de personal del centro.

En Galicia en realidad lo único que solucionan es el seguimiento del niño sano, ya que acude un día a la semana, media jornada y el resto de los días tiene que atender el médico de familia a los pacientes en edad pediátrica. Cuando se ausentan no se cubre su vacante. No supone merma económica porque se siguen atendiendo esos pacientes durante casi toda la semana y se mantiene el complemento de pediatría.

En la Comunidad Valenciana la mayor parte de los pediatras formados vía MIR no quieren trabajar en primaria, y a pesar de aprobar las oposiciones y obtener plaza en un determinado centro de salud, la mayoría al final acaban obteniendo comisiones de servicio para poder trabajar en un centro hospitalario. Esto genera un gran número de vacantes en pediatría de atención primaria, que forzosamente se tienen que cubrir con médicos de atención primaria (generalmente médicos de familia con formación específica MIR). El problema es que no existen médicos de familia disponibles o que muchos de ellos no quieren dedicarse exclusivamente a la pediatría. Al final es el propio equipo el que tiene que asumir la ausencia de los pediatras, al igual que la de cualquier otro compañero, con la misma sobrecarga de trabajo y en última instancia, en casos excepcionales, con las mismas condiciones retributivas (20 €/hora y 140 €/jornada). Los pocos pediatras que todavía quedan en primaria se niegan a realizar atención continuada en la mayoría de casos, alegando no

estar lo suficientemente capacitados para atender a adultos, generando lógicamente un problema añadido para cubrir guardias.

En Murcia los centros de salud tienen pediatra y se cubren las vacantes.

Tanto en La Rioja como en Castilla y León los pediatras en atención primaria en sí solucionan el problema, resolviendo muchas situaciones aunque sigamos teniendo que tratar los problemas agudos. Hay alguna sobrecarga cuando no están, pero no en exceso pues los niños los vemos los médicos de cabecera también.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Vista esta exposición de datos hay que ver qué posibles soluciones tenemos, por donde se puede mejorar y facilitar la actividad del médico rural. Ello facilitaría la adecuada asistencia a la población que, no lo olvidemos, es el objetivo final de nuestra actuación, y la herramienta idónea para este fin es la Atención Primaria. Alrededor de esta debe girar todo el sistema sanitario, y este debe abandonar la dinámica creciente de tratar enfermedades y así el médico de familia recupere el papel perdido de **tratar a la persona enferma**. En el medio rural todavía se impone más esta necesidad debido a su proximidad frente a la lejanía de los servicios especializados.

Haremos las propuestas por partes, y en primer lugar se plantean una serie de necesidades sanitarias globales, imprescindibles, para continuar con puntos relacionados con la actividad diaria profesional y finalizar con mejoras retributivas que se pueden aplicar.

Necesidades básicas

- Cuanto más grandes se hagan las diferencias entre los servicios autonómicos de salud más difícil será luego lograr la necesaria coordinación entre todos ellos, en cuanto a políticas de recursos humanos, retribuciones, organización y gestión sanitaria. Se impone cuando menos esta coordinación. Es una condición necesaria que afecta a todo el sistema sanitario.
- Los tiempos actuales imponen la informatización de todo el medio rural, pero con utilidades adaptadas a él, y sistemas compatibles y válidos para todo el territorio nacional. Esto exige la flexibilización en su uso y la adaptación a la realidad de cada rincón rural. No nos vale el modelo de agenda urbana.
- Como parte integrante de la atención primaria, el médico rural más que nadie, necesita ser resolutivo. Para ello hace falta acceso a pruebas diagnósticas complementarias de una forma real y efectiva, con agenda propia gestionada en base a las posibilidades del transporte y desplazamiento de la población.
- Coordinación con los servicios de urgencias, con protocolos consensuados, no impuestos por una parte, y acorde a las posibilidades del medio específico.
- Coordinación primaria-especializada: trabajo conjunto con atención especializada mediante protocolos y guías clínicas consensuadas, con actualización permanente, para mejorar los resultados en salud en patologías crónicas y las de elevada prevalencia. Si hace falta se recurre al “paciente compartido”, pero bajo la gestión clínica del médico rural o de atención primaria que es quien le trata de forma global. Lo ideal es que el apoyo del especialista se haga por relación directa y a ser posible con uno fijo de referencia.
- Pediatría en atención primaria: la administración debería ser más sincera e informar claramente a la población de que la pediatría en primaria será atendida por médicos de familia con formación específica en este campo, pero no necesariamente por pediatras titulados. El Ministerio de sanidad y la Comisión Nacional de Especialidades deberían contemplar esta posibilidad y regular una formación específica en pediatría de atención primaria para médicos de familia (como subespecialidad, área de capacitación o segunda especialidad).
- Transporte sanitario urgente sin discriminación en el medio rural, accesible desde atención primaria, con dotación humana propia, que obligue lo menos posible a acompañar al paciente por el vacío que queda en la zona.

Calidad asistencial

- Entender la realidad de los cupos pequeños como una necesidad social. Supone un esfuerzo mantener estas plazas, pero que el sacrificio no recaiga sobre los sanitarios. Hacerlas rentables requieren soluciones individualizadas en donde tienen cabida la salud pública, educación sanitaria, etc.
- En las poblaciones grandes hay que evitar la masificación de las consultas estableciendo cupos máximos que no excedan las 1.300 tarjetas sanitarias bajo ningún concepto (siguiendo las recomendaciones europeas) y unas agendas de trabajo reales, que no permitan forzar citas, o en todo caso se respete un mínimo de tiempo asistencial real por paciente y un máximo de pacientes atendidos por día.
- Dotar a los centros con el material y los medios adecuados para realizar el trabajo de forma efectiva y eficiente (valorando las peticiones específicas realizadas por cada centro).
- Mantener solo aquellos consultorios locales con unos mínimos dignos para el ejercicio de la medicina. Donde sea preciso, habilitar medios para el traslado de la población. Debemos convencernos todos de que la calidad no la da el mayor número de locales sino las posibilidades reales de resolución que proporcione.
- Además de la dotación de material médico, proporcionar como a los demás trabajadores los equipos de protección individual (EPI) y ropa de trabajo.
- En atención continuada, garantizar la seguridad de los trabajadores, en muchas ocasiones desamparados ante agresiones. Es asimismo imprescindible proporcionar vehículo y teléfono móvil sin restricciones para esta franja horaria.
- Reducir al máximo las tareas burocráticas de la consulta, que dificultan la principal labor del médico que es la de atender a sus pacientes, mediante herramientas informáticas adecuadas así como la intervención de otros profesionales no sanitarios.
- Reducir la autocobertura a situaciones puntuales, acorde a las características de la zona, voluntarias y retribuidas al 100%.
- Cubrir las vacantes y sustituciones de forma obligatoria en todos los casos para no comprometer la calidad asistencial. Se incluye en su caso la libranza tras la guardia.
- Acceso en igualdad de condiciones a los requisitos de carrera profesional. Compensar la formación, docencia e investigación con actividades en el medio rural. Sesiones de autoformación acreditadas en el centro.
- Priorizar en atención Primaria las actividades de salud pública, educación sanitaria y de promoción de hábitos saludables en la población de forma grupal o en sesiones específicas con la colaboración de otros profesionales sanitarios. Que sean méritos para carrera profesional.
- Contratos de gestión con objetivos definidos, especificados y reales con arreglo a cada puesto de trabajo.
- Jornada flexible con deslizante y ampliación de jornada voluntarias y retribuidas, y otras alternativas adaptadas al medio.
- Posibilitar unas horas al año para formación, cursos, talleres, rotatorios en servicios hospitalarios, todo ello remunerado.
- Cumplir los acuerdos respecto a la exención de guardias por edad y otros motivos. Habilitar las fórmulas de compensación.
- Contratos dignos para el personal de sustituciones con los mismos derechos y sueldos que el personal fijo.

- Mantenimiento del médico en su lugar de trabajo de forma estable para facilitar la continuidad en la atención sanitaria. Consolidación de empleo frente a la interinidad.
- Optimizar el trabajo y el rendimiento del médico rural en el medio aislado y extremo con baja actividad asistencial, incluso recuperando funciones sanitarias que otrora le correspondieron.

Incentivación y retribuciones

- El acceso al terreno laboral en medicina no se produce al tiempo que en otras profesiones sino que es bastante posterior, ya a los 30 años, habitualmente ya con una estabilidad familiar. Pasar al ejercicio profesional en el medio rural supone un esfuerzo añadido para los profesionales que además del problema familiar se traduce en pérdida de oportunidades en el campo laboral. La realidad actual es que las plazas más alejadas de las capitales, con los componentes de dispersión y despoblación conllevan una penosidad no recompensada. El problema va a más y se impone una incentivación que garantice la estabilidad en el puesto de trabajo y una planificación de varios años. No se deben solventar con un pequeño complemento.
- En toda la primaria se debe hacer una revisión de los sueldos actuales, para que de forma progresiva se acerquen a la media europea. Esta retribución no puede basarse ni en el número de tarjetas asignadas ni en el precio de la hora de guardia.
- El precio de la hora de guardia tiene que dejar de ser motivo de disputas entre CCAA para “robarse” los profesionales unas a otras. Si ha de ser una parte obligatoria de nuestra actividad no puede ser elemento distorsionador.
- En atención continuada no es ningún lujo proporcionar las dietas de manutención en igualdad con el resto de empleados públicos cuando superan las jornadas de 8 horas. Las fórmulas son múltiples, catering, concertación con restaurantes locales, ingreso directo en nómina, ...
- Está demostrado que los errores médicos aumentan tras jornadas laborales prolongadas. La libranza postguardia se debe imponer y regular, en lugar de dejar la solución en manos de cada equipo. Son igualmente distintas las soluciones aplicables.
- La obligatoriedad de usar el vehículo propio al servicio de la empresa sin compensación, llega a ser denigrante. No puede demorarse más el abono por kilometraje real. La cuantificación previa del kilometraje por cada plaza conllevaría el ingreso correspondiente en nómina exento de IRPF. Las compensaciones actuales heredadas del INSALUD podrían compensar los desplazamientos extras que pudieran surgir o la disponibilidad de vehículo en casos puntuales, lo que facilitaría un sistema más ágil que la constante justificación de cada aviso utilizada en alguna C.A.
- Además el uso de nuestro vehículo debe llevar aparejado un seguro de accidentes que cubra incidentes durante nuestra actividad, y/o facilidades para adquisición de vehículo.
- Los complementos de productividad deben dejar de ser limosnas y cumplir realmente con su función de incentivación sobre objetivos claros y concretos.

Huesca/Madrid, 19/12/08