

# Entrevista: Patricio Martínez, secretario general de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos

*Javier Granda Revilla*

“Las 65 horas semanales obligarían a que el médico no pudiera descansar ni conciliar vida familiar y laboral”



Barcelona (11-12-08).-

## **- La primera cuestión es verdaderamente preocupante: la posible aprobación de la Directiva Europea de tiempo de trabajo...**

- Es una regresión al siglo XIX. No se puede aceptar el aumento de la disponibilidad del médico para hacer una jornada por encima de 48 horas semanales. Las 65 horas semanales obligarían a que el médico no pudiera descansar ni un solo momento ni conciliar vida familiar y laboral. CESM y los sindicatos interautonómicos tenemos bastante interés en movilizar a los médicos y a la sociedad. Porque el médico es un perjudicado, pero el más perjudicado de todos, si esta directiva se modifica, va a ser el ciudadano: la calidad asistencial se va a poner en entredicho, porque un médico cansado va a cometer muchas más equivocaciones y errores. Estamos en estos momentos en una concienciación social y se está intentando llegar a los 393 europarlamentarios para que la directiva no se modifique. Por otro lado, se está organizando una llamada de atención para el 15 de diciembre, con el resto de las organizaciones de los médicos a nivel europeo, para hacer una manifestación en Estrasburgo y decir que esto no es ni lo que le conviene a ningún país de la UE.

## **- En el peor de los panoramas, si se aprueba la directiva ¿qué harían?**

- Esto llevaría un camino excesivamente largo: después de la aprobación cada uno de los estados miembros tiene que modificar sus propias leyes internas. Aquí, las Cortes, por unanimidad, han votado no a la modificación de esta ley. Por tanto, deberían ser posteriormente consecuentes con que la aplicación de esta directiva tendría muchísimos inconvenientes en poderse llevar a cabo. Pero siempre se queda al final una puerta abierta. Además, lo que no es bueno para el médico español, no lo es ni para el francés, ni para el inglés ni para el italiano. Y repercute en los ciudadanos: un médico que no ha descansado 48 horas está sometido a una situación de estrés y cansancio, con lo que podría cometer equivocaciones.

## **- Pasando a otro tema, respecto a la homologación en AP, acaba ahora el plazo de diez años del RD para homologar a los médicos de familia vía MIR y anteriores ¿qué va a pasar? ¿Quedará gente fuera de esta homologación?**

- La homologación sería mediante la vía que tenemos en este momento y todos aceptamos: la habilitación para el ejercicio profesional y no desde el punto de vista académico. Ésta es una medida injusta y un agravio comparativo con los médicos especialistas sin título oficial que intentaron ingresar a través de la vía de los mestos y no lo consiguieron, o los que han venido después, o toda la bolsa de los pre-95 que también están... Si se va a dar la posibilidad de que cualquier médico extracomunitario pueda habilitar sus títulos para esta situación, que no se cometa un agravio comparativo con el médico español. Hemos iniciado un censo de estas bolsas, se empieza también a sensibilizar a los partidos políticos para repescar a mestos y pre-95 y alguna solución de esta clase tendremos que tomar. La habilitación es un atajo legal que no lleva a ningún sitio, porque va a crear el problema de crear médicos habilitados y médicos homologados. No se puede habilitar a una serie de médicos extracomunitarios y olvidarnos de los médicos españoles que están ejerciendo.

## **- Recientemente, la policía descubrió una trama de títulos falsos procedentes de Perú. ¿Hay alguna manera de atajar este tipo de intrusismo?**

- Las organizaciones deberíamos exigir más rigor para que el médico a homologar venga con todas las credenciales de su país de procedencia y con la responsabilidad de las instituciones de su país. En este sentido, no debería plantearse la colegiación no obligatoria, con varias comunidades autónomas ya con este régimen de voluntariedad ¿Cómo alguien se va a someter a la colegiación si tiene los papeles mal reglados? Los médicos tenemos que defender nuestras instituciones: OMC, Facme, Sociedades

Científicas, la Academia y el sindicato, aunque nos llamen corporativistas. El delito nunca va a quedar controlado pero, si hay más medidas desde las organizaciones de los médicos, estas cosas no ocurrirán.

**- ¿Cuánto esfuerzo se dedica a la homologación? Porque pueden verse superados por la burocracia y el papeleo...**

- Cuando se estableció la vía de los mestos, Metges de Catalunya dedicó muchísimas horas. Pero el tiempo no sólo se mide por número de horas, sino por la cantidad de militantes y de voluntarios que afectados por el problema son capaces de organizarse para que saquemos entre todos otro nuevo decreto u otra fórmula de acreditación y homologación de estos médicos españoles. Además, normalmente, lo que se sabe del problema de los mestos es la punta del iceberg. El reconocimiento de que pertenece al grupo de los mestos por alguien que está en una situación de una práctica diaria en una determinada especialidad es más difícil, por lo que este voluntarismo y el hecho de dar un paso adelante es a veces más costoso. Desde la discreción y respeto a la intimidad profesional, se pueden hacer censos para saber cuántos médicos están involucrados.

**- Comienzan a proliferar nuevas formas de gestión como las EBAs, que otorgan al médico más responsabilidades ¿qué opinión tiene en este sentido?**

- Desde CESM tenemos claro que tenemos que defender el Sistema Nacional de Salud como está: universal, financiado a través de presupuestos generales del estado y con una equidad bastante asumible. Un SNS con distintas fórmulas de gestión: EBAs, red hospitalaria de utilización pública que conocemos en Cataluña, consorcios, entidades, modelo Alcira, nuevas fórmulas de gestión en Madrid, la situación de la gestión clínica en Andalucía... Todas son fórmulas que se pueden aceptar siempre y cuando: no se puede dudar del SNS, haciendo el sistema viable desde el punto de vista económico y de recursos humanos. La labor tiene que ser además a nivel de todo el estado español y, por tanto, ministerial. Como médicos, exigimos que se mantenga la calidad asistencial que tenemos en la actualidad y que el sistema mantenga la humanización asistencial. Si todas estas fórmulas de gestión, respetando estos criterios, pueden servir para que la viabilidad económica y la política de recursos humanos haga que el SNS no peligre, CESM estará a la expectativa y diremos sí o no a determinadas fórmulas con respecto a la libertad que le dejen a médico y ciudadano para seguir manteniendo el SNS. Si a mí me ofrecen que voluntariamente pudiera establecer determinadas fórmulas de gestión y soy libre para decir si lo hago o no lo hago, como pasa actualmente con la constitución de las EBAs, habrá que estudiar cada fórmula. Pero la gestión no es privatizar.

**- Ha comentado las diferencias entre comunidades autónomas en diferentes aspectos como colegiación, además de las existentes por carrera profesional, sueldo...**

- Ese es un conflicto que está ahí, que cada día genera más discrepancias y más distorsiones, pero que se ha de asumir. Se debería intentar cohesionar más el SNS por parte del Consejo Interterritorial y el MSC, sobre todo en política de recursos humanos, pero debe haber en este sentido un paso más adelante: ahora mismo CESM, tras el congreso de Toledo, es pionera en algunas novedades. Se dice que el médico es un capital añadido en el SNS pero estamos cansados de considerarnos capital-trabajo exclusivamente. El médico, cuando trabaja, ejerce una profesión. Y su ejercicio nos abre la puerta al nuevo profesionalismo del siglo XXI, en la que el médico es el depositario –no en exclusiva, pero sí el primer depositario– del conocimiento de esa profesión. Además, es el depositario de la confianza del ciudadano para cuidar de su salud. En estos momentos estamos en la dualidad capital-trabajo versus capital-conocimiento y nosotros enarbolamos la bandera del capital-conocimiento. Estamos deseando que se nos empiece a valorar el capital-conocimiento del que disponemos y que encontremos una vía de diálogo y de representación en que el médico pueda presentar sus problemas y ayude a resolver los del SNS. Esa mesa del conocimiento médico es por la que apostamos. Como consecuencia, al lado de la carrera profesional y de las políticas de recursos humanos de cada una de las comunidades autónomas debería haber algo que la LOPS avala: el reconocimiento del desarrollo profesional. El MSC y el CI deberían ser capaces de entusiasmarse con la idea de homogeneizar todo el sistema por arriba con la LOPS, dándole al médico el reconocimiento de su propio conocimiento de la materia.

**Ha citado al Foro de la Profesión Médica. Creo que tenían una entrevista pendiente con el ministro...**

- Hubo malentendidos en este aspecto: que si había sido como consecuencia de las declaraciones que el presidente de la OMC había hecho... La reunión estaba prevista y se suspendió 48 horas antes, cuando se habían dado los nombres de las personas que iban a ir al MSC. He pensado siempre que las declaraciones del doctor Sigüero pudieron intervenir, pero no debieron ser el hecho fundamental de este asunto. Desde mi punto de vista se presenta una mesa del conocimiento médico y la primera posibilidad de entrevista en el MSC sería darle reconocimiento expreso de que existe y de que puede ser, en adelante, como una solución o como un problema, tal como han visto los sindicatos de clase y las sectoriales de los partidos políticos... Tenemos un entusiasmo renovador para buscar nuevas guías de

participación y negociación que no pase por lo que no hacen el resto de las organizaciones médicas de Europa: unas elecciones sindicales en una situación de injusticia, porque nuestra posibilidad de representación por el número de médicos que tenemos en la plantilla general nunca suele pasar del 18 por ciento del total del electorado. Además, desde la Ley de Libertad Sindical, hemos estado, hemos participado y hemos ganado, pero esa no es la vía justa que el médico necesita, que es la mesa del conocimiento, que es lo que él aporta al sistema.

**- ¿Cree que ahora, más que nunca, es necesario el Pacto para la Sanidad?**

- Dada la situación crítica que en estos momentos hay: la situación económica, el aumento de la inmigración, de las expectativas de vida y con la situación alarmante del aumento del gasto en el SNS, ahora más que nunca es necesario. Seguimos teniendo esperanza en el pacto, pero yo estuve el día de su presentación y me pareció un poco pobre, porque no había ningún presidente de las comunidades autónomas a los que va dirigido el Pacto ni ningún miembro del Gobierno acompañando al ministro de Sanidad. Si se compara con el Pacto de Toledo, donde estaba la representación de Cortes, Gobierno y oposición, uno piensa que aquello fue un poco pobre y que no sabemos hasta qué punto tiene fuerza política del MSC, cuando podría ser catalizador de todas las necesidades que hay en estos momentos en los distintos sistemas de salud autonómicos.

**- ¿Qué opina del conflicto entre el Estatuto Marco y el Estatuto por la Función Pública?**

- El problema es que se han promulgado demasiadas leyes, acoplándose una encima de otra. Entre ambas leyes se crea, tras las elecciones, una mesa general de la Función Pública. Ahora se ha inventado otra mesa con muchísimas competencias en las que sólo podrán estar CC.OO, UGT y, en el mejor de los casos, ELA-STV, lo que lo convierte en un sindicalismo vertical que no considero correcto: es injusto y empezamos a pensar que esta no es la vía del conocimiento que el médico quiere desarrollar. Existen infinidad de interpretaciones que se ponen encima de la mesa ahora en los tribunales, porque no se sabe qué hacer cuando dos artículos coinciden en términos de personal sanitario. Desde CESM, nuestro mayor conflicto es que, cada vez que se han ido logrando las exigencias de representación, el Gobierno, CC.OO y UGT han dado un paso adelante para que esa situación sea más inalcanzable. Al compararnos con el resto de los médicos europeos, hay diferencias sustanciales en representación. Queremos volver al lema de la primavera de 2006 en Cataluña: la mesa de los médicos, con los médicos y para los médicos, que restituya el placer de hacer de médico y su prestigio social y profesional.

**- ¿Han sido acertadas las políticas para combatir la falta de especialistas?**

- Desde CESM y desde nuestra fundación intentamos hacer una primera aproximación a la demografía médica ya en 1999. Nadie contaba que la inmigración aportaría dos millones de ciudadanos más, aunque sí se podía prever que los niveles de envejecimiento iban a causar el 80 por ciento de la demanda asistencial. Como consecuencia, los médicos se formaban aquí y se iban al extranjero, mientras otros dejaban el ejercicio de la profesión para iniciar cualquier otra actividad. Nosotros empezamos a redefinir los nuevos parámetros de la demografía médica y apareció en 2004 una actualización del libro. En la actualidad se demanda un registro de médicos y por especialidades claro, que sitúe dónde y cuánto lleva trabajando cada médico, qué tiempo interviene en el SNS y en otras entidades como mutuas o medicina privada. Por otro lado, debería especificar de dónde proviene cada médico, porque hay quien dice que no faltan médicos, es que están mal distribuidos. Desde CESM, pensamos que los datos del MSC, de la catedrática Beatriz González, los de la OMC y los nuestros deben ser constatados con los de la OCDE y consensuarse la situación, porque no sabemos si se deben abrir más facultades o no o si es justo o no establecer numerus clausus. Tampoco puede ser que por la escasez puntual de médicos nos volvamos a equivocar en la política de recursos humanos. Hay muchos instrumentos para ajustarnos en esta situación de la demanda del número de médicos. Con voluntad política y dejando que los números hablen, se podría tener una situación más clara y más ajustada a la realidad. Nosotros seguimos actualizando el libro de la demografía y en cualquier momento tendremos que poner más datos y más realidades encima de la mesa. Y recordar el compromiso del MSC de que antes de que acabara 2008 debían hacer su propuesta del observatorio.

**- Otro de los temas que aparecen periódicamente son las agresiones a profesionales ¿Cree que su número ha disminuido?**

- Sí, se está mejorando, porque hay una mayor conciencia por parte del médico cada vez que se produce una situación de este tipo, que lo denuncia, al menos de manera verbal. Porcentualmente, con el número de actos y pacientes que se ven cada día en España, no es una situación alarmante. Es cierto que en algunas comunidades autónomas han empezado a legislar como un delito al funcionario público, por lo que hay una mayor concienciación. Cuanto más se pone el problema encima de la mesa y más conciencia se tiene, más fácil es intentar vías de solución porque el político empieza a pensar que le puede costar votos y se pone las pilas. En algunos colegios y sindicatos autonómicos se ha empezado a animar a denunciar y la propia CESM hizo un manual sobre qué hacer o no hacer porque violenta la

relación humana y la confianza de la relación médico-paciente. Y difícilmente se puede tener esa confianza en una situación de temor por parte del médico.

**- Un tema recurrente es el burn-out de los médicos**

- Estos temas aparecen y desaparecen, pero siempre quedan latentes. En las relaciones entre medios y profesionales hay intereses por los dos lados y estos temas son bastante recurrentes. Desde CESM, la secretaría de salud laboral y la presidencia tanto de primaria y especializada hemos desarrollado un trabajo de campo que está muy avanzado, con una encuesta por todo el país realizada por la facultad de Psicología de la Universidad de Extremadura. Debido a la presión asistencial y a la poca disponibilidad del tiempo que tiene el médico, se produce en ocasiones esta situación de intranquilidad y de falta de confianza, de insatisfacción profesional y de desmotivación. Pretendemos saber qué momentos, especialistas y situaciones sufren y causan mayor desgaste profesional.

**- ¿Cuánto balance hace de sus primeros meses al frente de CESM? ¿Qué retos ha 'heredado' de Carlos Amaya?**

- El doctor Amaya ha sido una institución dentro de CESM: llevaba muchísimos años y le tocaron algunas situaciones de conflicto destacadas, con huelgas importantes. Él tiene muchos méritos pero el principal fue adaptar los sindicatos autonómicos a una confederación estatal de sindicatos médicos, en donde el principio constitucional de las autonomías quedara reflejado. Y fue la primera organización que se adaptó a esta situación. Además, ha realizado el preámbulo de los traspasos sanitarios tras las transferencias de competencias a País Vasco, Cataluña y Andalucía. Y situarnos ante los medios de comunicación y buscar la representación a nivel de instituciones europeas. Ahora está en otros cometidos. Yo sigo el discurso que se aprobó en el congreso de Toledo: la mesa de los médicos y establecer a nivel de todo el Estado, junto o en paralelo a la carrera profesional, el desarrollo profesional, porque considero que la carrera profesional se está imponiendo y desarrollando en cada comunidad autónoma y la carrera profesional es el compromiso que el médico adquiere con la empresa que le paga, que está en la ley del Estatuto Marco. Pero la LOPS es donde se enclava el desarrollo profesional, lo que debería ser el conocimiento añadido que tiene el médico de su profesión que es, en definitiva, no el compromiso que adquiere con la empresa, sino el pacto que hace con la sociedad, que le ha depositado su confianza, que le tiene reconocido la capacidad del conocimiento de la profesión. Él, en contrapartida, necesita mantenerse con las habilidades y técnicas y la actitud para darle al ciudadano lo que éste le pide: calidad de la asistencia y defensa del SNS.

Médico Interactivo