

Porque

la salud NO es un negocio

Reducción de las plantillas.-

Esperanza Aguirre entiende que empleados públicos y funcionarios son sinónimo de "vagos y hambre". Su política es reducir las plazas públicas; sólo así se puede entender que, pese a los anuncios de nuevas OPEs, aún existan plazas convocadas en 2005 sin desarrollar, o que según los propios datos de la Seguridad Social, el número de trabajadores de la sanidad madrileña se ha reducido en el último año en cerca de 2.000 a pesar de la apertura de los nuevos hospitales de gestión privada.

Es decir, al contrario de lo que afirma Güemes, no se han creado más plazas con la apertura de los nuevos hospitales y, en cambio la población ha aumentado (un 3,1 % en 2008, según el INE).

Sobrecarga laboral, polivalencia y traspaso de funciones.-

Que afectará fundamentalmente al personal no sanitario, además del trasvase de tareas actualmente realizadas por personal facultativo hacia el personal de enfermería, matronas... Se persigue reducir el gasto en los profesionales más caros y la asignación a primaria de técnicas actualmente realizadas en especializada (ecografías...).

Porque

la salud NO es un negocio

ÁREA ÚNICA Repercusiones Laborales

A pesar de la campaña publicitaria lanzada por la Consejería de Sanidad, los decretos de "área única/libre elección" son una trampa para acabar con los derechos laborales:

Movilidad forzosa.- Aunque la Consejería lo niegue ahora, la creación de un área única y la ruptura de unas supuestas "trabas burocráticas" sólo persigue aplicar la **movilidad indiscriminada y sin justificación de los profesionales de cualquier categoría por toda la comunidad.** La Ley General de Sanidad¹ permite en la actualidad la movilidad forzosa dentro del área de nombramiento. **Si las 11 áreas desaparecen dando paso a una, la movilidad pasará a ser en toda la Comunidad.**



Si las 11 áreas desaparecen dando paso a una, la movilidad pasará a ser en toda la Comunidad.

¹ Art. 87 "El personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria, con respeto de todas las condiciones laborales y económicas dentro del área de salud".

ÁREA ÚNICA Repercusiones Laborales

A pesar de la campaña publicitaria lanzada por la Consejería de Sanidad, los decretos de "área única/libre elección" son una trampa para acabar con los derechos laborales:

Movilidad forzosa.- Aunque la Consejería lo niegue ahora, la creación de un área única y la ruptura de unas supuestas "trabas burocráticas" sólo persigue aplicar la **movilidad indiscriminada y sin justificación de los profesionales de cualquier categoría por toda la comunidad.** La Ley General de Sanidad¹ permite en la actualidad la movilidad forzosa dentro del área de nombramiento. **Si las 11 áreas desaparecen dando paso a una, la movilidad pasará a ser en toda la Comunidad.**



Si las 11 áreas desaparecen dando paso a una, la movilidad pasará a ser en toda la Comunidad.

¹ Art. 87 "El personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria, con respeto de todas las condiciones laborales y económicas dentro del área de salud".

Reducción de las plantillas.- Esperanza Aguirre entiende que empleados públicos y funcionarios son sinónimo de "vagos y hambre". Su política es reducir las plazas públicas; sólo así se puede entender que, pese a los anuncios de nuevas OPEs, aún existan plazas convocadas en 2005 sin desarrollar, o que según los propios datos de la Seguridad Social, el número de trabajadores de la sanidad madrileña se ha reducido en el último año en cerca de 2.000 a pesar de la apertura de los nuevos hospitales de gestión privada.

Es decir, al contrario de lo que afirma Güemes, no se han creado más plazas con la apertura de los nuevos hospitales y, en cambio la población ha aumentado (un 3,1 % en 2008, según el INE).

Sobrecarga laboral, polivalencia y traspaso de funciones.-

Que afectará fundamentalmente al personal no sanitario, además del trasvase de tareas actualmente realizadas por personal facultativo hacia el personal de enfermería, matronas... Se persigue reducir el gasto en los profesionales más caros y la asignación a primaria de técnicas actualmente realizadas en especializada (ecografías...).

Estructura aún más vertical de los EAPs.-

Cada vez son más los coordinadores interinos o eventuales, es decir, sujetos obedientes en manos de las decisiones discrecionales de los gerentes. La creación de la figura del **director de EAP**, con reducción o supresión de pacientes y más poder aún (no hay más que ver en algunos EAPs las relaciones entre parentesco y contratación), busca **imponer un aumento de la "productividad" y "exprimirnos"**.

Establecimiento de conceptos salariales variables en el salario mensual.-

Para **presionar** sobre todo a los que tienen capacidad para influir en el gasto (facultativos), y **crear una plantilla sumisa y sin criterio propio que obedezca las decisiones empresariales por encima de las necesidades sanitarias**.



Dependencia de los EAPs del hospital de su zona.-

Acabando con el actual modelo, que pese a sus limitaciones, en parte derivadas del proceso de asfixia económica que se ha ejercido sobre primaria desde hace años, ha demostrado altos grados de satisfacción entre los pacientes y solucionado la mayor parte de los problemas de salud. **Si primaria pierde su papel propio y pasa a depender del hospital de turno, cada EAP será un simple instrumento para reducir las derivaciones a especializada y por tanto el gasto sanitario.**

En Gran Bretaña la reforma de la primaria y la aplicación de la gestión privada deterioró las condiciones laborales, hasta el punto de que los médicos se vieron obligados a hacer horas extras "sólo para tener alguna oportunidad de seguir ganando el mismo sueldo que ganaban antes". Se introdujeron incentivos económicos ligados a la productividad y se redujo la autonomía clínica. La provisión de servicios pasó de basarse en la estimación del riesgo financiero (pacientes que necesitan mayor atención = mayor riesgo) en lugar de en las necesidades de la población.

Fuera las empresas de la sanidad

DEROGACIÓN de la LEY 15/97

Estructura aún más vertical de los EAPs.-

Cada vez son más los coordinadores interinos o eventuales, es decir, sujetos obedientes en manos de las decisiones discrecionales de los gerentes. La creación de la figura del **director de EAP**, con reducción o supresión de pacientes y más poder aún (no hay más que ver en algunos EAPs las relaciones entre parentesco y contratación), busca **imponer un aumento de la "productividad" y "exprimirnos"**.

Establecimiento de conceptos salariales variables en el salario mensual.-

Para **presionar** sobre todo a los que tienen capacidad para influir en el gasto (facultativos), y **crear una plantilla sumisa y sin criterio propio que obedezca las decisiones empresariales por encima de las necesidades sanitarias**.



Dependencia de los EAPs del hospital de su zona.-

Acabando con el actual modelo, que pese a sus limitaciones, en parte derivadas del proceso de asfixia económica que se ha ejercido sobre primaria desde hace años, ha demostrado altos grados de satisfacción entre los pacientes y solucionado la mayor parte de los problemas de salud. **Si primaria pierde su papel propio y pasa a depender del hospital de turno, cada EAP será un simple instrumento para reducir las derivaciones a especializada y por tanto el gasto sanitario.**

En Gran Bretaña la reforma de la primaria y la aplicación de la gestión privada deterioró las condiciones laborales, hasta el punto de que los médicos se vieron obligados a hacer horas extras "sólo para tener alguna oportunidad de seguir ganando el mismo sueldo que ganaban antes". Se introdujeron incentivos económicos ligados a la productividad y se redujo la autonomía clínica. La provisión de servicios pasó de basarse en la estimación del riesgo financiero (pacientes que necesitan mayor atención = mayor riesgo) en lugar de en las necesidades de la población.

Fuera las empresas de la sanidad

DEROGACIÓN de la LEY 15/97