

¿Qué son las peonadas?

«Peonadas»⁴ es el término coloquial en el sector sanitario para denominar la realización de actividad clínica, tanto en consultas como en quirófanos, fuera de la jornada diaria ordinaria del personal médico; es decir, una especie de horas extras por las tardes.

Esta actividad ha venido siendo realizada por diversas categorías profesionales de atención especializada, sobre todo por cirujanos, anestelistas, radiólogos, etc., con el supuesto objetivo de reducir las listas de espera. Se trata de un trabajo mejor remunerado que las horas de trabajo ordinario e incluso que las guardias, ya que por 5 horas de actividad en horario de tarde, pueden cobrarse alrededor de 300 euros (cantidad que en un mes podría elevarse a unos 2.000 euros si se realizan 8 módulos de tarde, cosa frecuente). Además, los incentivos son más elevados cuanto mayor es el nivel del profesional, es decir, los jefes de servicio por ejemplo, cobran más que los adjuntos.

La «justificación» de las peonadas ha sido la existencia de grandes listas y tiempos de espera para cirugía o diagnóstico, que al filtrarse a la prensa, o ante la proximidad de elecciones, han sido factores que han influido en la aprobación por parte de los políticos de presupuestos para financiar esta actividad a lo largo de los años.

Dicha existencia se debe a diversos factores: infrautilización y mala gestión de los recursos, déficit de plantillas ..., pero también a los intereses corporativos y económicos de algunos



profesionales, que a veces han provocado la disminución de la actividad en horario ordinario (la mañana) para desviarla a la peonada (la tarde).

Por lo general, las «peonadas» implican peor calidad asistencial, ya que se realizan con menos personal y en algunos casos sin especialistas que en

horarios ordinarios estarían presentes (por ejemplo, se realizan cirugías sin patólogo por lo que se opera sin saber si los márgenes quirúrgicos están bien o no), o interviniendo a pacientes de otros centros. También repercuten negativamente en la propia formación de los médicos residentes (que a veces se

quedan sin tutores, al estar estos haciendo «peonadas»).

En el estado español, independientemente del partido que haya gobernado, se han permitido y potenciado, tanto las «peonadas» como las derivaciones a centros privados² (que han asumido históricamente lo rentable y con menores complicaciones), con la misma supuesta intención de disminuir la lista de espera, cuando lo lógico hubiera sido crear turnos de tarde para los médicos de atención especializada que fueran necesarios para garantizar la atención en plazos razonables (el resto de categorías del sector sanitario si tienen establecidos turnos de tarde), lo que habría permitido utilizar los recursos al 100 por 100 (quirófanos, alta tecnología...); reducir el paro de categorías médicas y evitar su emigración; mejorar los resultados sanitarios (las intervenciones en centros privados son de peor calidad); y muy posiblemente ahorrar fondos públicos.

En el caso de Madrid hay que destacar que hemos pasado, de 25.000 pacientes a la espera de intervención quirúrgica en 2004 a más de 80.000 en 2016, a pesar de que durante esos años se han abierto 11 hospitales «privados» nuevos; ha disminuido la población; se han puesto en marcha sucesivas campañas de «reducción de la espera quirúrgica» a través de «peonadas» y se ha incrementado la CMA³. Es decir, las medidas tomadas no han reducido el sufrimiento de los pacientes afectados, ni han mejorado la calidad asistencial, pero con toda seguridad han incrementado cuentas corrientes de particulares y han provocado que tengamos 50.000 personas más esperando a una intervención.

Tenemos que destacar, que, en el caso de Madrid, la inexistencia de un régimen de incompatibilidades, permite que los mismos profesionales

que desempeñan su trabajo en los centros dependientes de la Administración por la mañana, puedan desempeñarlo por la tarde en la privada. El nivel de pluriempleo en algunos casos es insultante, más cuando existen profesionales de esas categorías sobreviviendo con contratos basura.

Los recientes «Pactos de Gestión» no solo refuerzan el modelo de «peonadas» sino al sector privado, ya que para cobrar, los médicos deben derivar a dos o tres pacientes por cada uno que operan en la «pública». El anunciado «Plan Integral de Mejora de las listas de espera quirúrgicas 2016-2019»⁴ también incluye «retribuciones variables», por lo que todo apunta a que este modelo va a perpetuarse si no se actúa contra las causas de la generación de las listas de espera. Por eso, proponemos:

— **Implantación de un turno de trabajo de tarde (no prolongaciones de jornada) para aquellas categorías medicas necesarias para utilizar al 100 por 100 de los recursos públicos.**

— **Derogación del artículo 90 de la Ley General de Sanidad: prohibición de las derivaciones a centros privados.**

— **Transparencia absoluta y en tiempo real para el acceso a los datos que permitan valorar la actividad de cada centro, de forma desagregada.**

Cas Madrid, marzo de 2016

¹ La Administración las denomina «autoconcertación».

² Legalizadas gracias al artículo 90 de la Ley General de Sanidad.

³ Cirugía mayor ambulatoria es un tipo de cirugía que no requiere ingreso hospitalario.

⁴ Introduce entre sus líneas estratégicas «Implantar sistemas de retribución variable en función de cumplimiento de objetivos».