

# **Reforma del Estatuto Marco: Entre la Reivindicación Profesional y la mejora de la Salud Pública**

## ***Una Visión de OSALDE sobre la Reforma Estatutaria***

La sanidad pública en España atraviesa una de las más profundas crisis de identidad desde la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS). Lo que emprendió el Ministerio de Sanidad (MS) como una necesaria actualización técnica de la Ley 55/2003 (el Estatuto Marco) se ha transformado en un desencuentro profundo que amenaza con fracturar definitivamente la cohesión de los equipos asistenciales. Mientras el MS celebra preacuerdos con los sindicatos de clase, las organizaciones médicas han llevado el conflicto a la calle, exigiendo un "Estatuto del Médico" propio que reconozca la singularidad de su función.

## **El Resumen del Conflicto: ¿Por qué estalla ahora?**

Tras dos décadas, el Estatuto Marco (EM) de 2003 se ha revelado incapaz de gestionar la realidad de un sistema tensionado. Los motivos del estallido actual se agrupan en tres ejes fundamentales:

1. **La Crisis de la Jerarquía Académica:** La implantación del Plan Bolonia y el aumento de doctorados de enfermería ha llevado a la administración a establecer una equiparación funcional basada en el nivel académico (MECES 3). El colectivo médico percibe esta equiparación "plana" como una "laminación" de su especificidad. Argumentan que el trabajo en equipo, aunque esencial, no puede diluir la responsabilidad clínica y legal del médico, que es única e indelegable y debe blindarse en una categoría diferente y superior. Esta exigencia requeriría una modificación normativa que no es competencia del MS.
2. **La Jornada Complementaria y las Guardias:** El sistema actual de guardias obligatorias y jornadas maratónicas los sindicatos médicos califican de anacrónico y de "esclavitud moderna". No es solo cansancio, argumentan, es seguridad: un médico exhausto tras 24 horas de presencia física es un riesgo para el paciente. La exigencia de una jornada ordinaria de 35 horas y la voluntariedad e incentivación de cualquier exceso es la base mínima para el acuerdo. Reclaman un factor de corrección para que se les reconozca las guardias como tiempo de servicios prestados a efectos de jubilación anticipada. El MS propone que el límite máximo posible de trabajo semanal sea de 45h alegando que la directiva europea dispone 48h/sem y que una guardia entre semana, con el nuevo EM, serían 38h. Con respecto a la exigencia de "hora trabajada, hora cotizada", las guardias sí cotizan a la Seguridad Social como contingencias comunes.

3. **La Fuga de Talento y la Competencia del Sector Privado:** La pérdida de poder adquisitivo, sumada a "contratos basura" y la falta de incentivos en puestos de difícil cobertura, ha provocado que la sanidad pública deje de ser el destino preferente. SESPAS (2024) señala que el **30% de los médicos en ejercicio ya trabajan exclusivamente en el sector privado**. Se da la paradoja de que tenemos una de las densidades de médicos más altas de la OCDE (casi 5 por cada 1.000 habitantes), pero una percepción de escasez sistémica.

La mesa de negociación se ha dividido en dos bloques cuyos argumentos difícilmente encuentran un punto medio. Por una parte, el Comité de Huelga de la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM) y el Sindicato Médico Andaluz (SMA), así como el Sindicalismo Médico en general, exigen un **Estatuto del Médico independiente y una representación en una mesa sectorial propia**. Sus muchas reivindicaciones incluyen la declaración de la Medicina como profesión de riesgo. Su premisa es que la especificidad del médico (responsabilidad penal, riesgo biológico, psicosocial, etc) no puede disolverse en el "obrerismo sindical" de una negociación generalista.

Por su parte, el MS y los sindicatos mayoritarios (SATSE-FSES, FSS-CCOO, UGT, CSIF y CIG-Saúde) defienden la unidad del equipo. Su preacuerdo de diciembre de 2025 incluye, entre otras muchas cosas, la jornada de 35 horas aplicable según necesidades organizativas, límites de guardias a 17 horas y OPEs bienales. La posición del MS negándose a la negociación independiente se puede entender como una defensa de la estructura del Estado y de la cohesión del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio defiende el Estatuto Marco único como la garantía de paz social interna, evitando lo que ellos llaman "privilegios corporativos" que podrían incendiar al resto de las categorías sanitarias.

Por otra parte, la necesidad de realización de las guardias se deriva del deber de servicio y disponibilidad del Empleado Público, como función esencial, no como opción. Y la reclasificación profesional, la eliminación de la obligatoriedad de las guardias y el aumento de plantillas consecuente suponen un impacto económico sobre los servicios de salud regionales que el Ministerio de Hacienda considera inasumible. Desde la óptica ministerial, el compromiso es con el conjunto de la ciudadanía, con la estabilidad de las cuentas públicas, y con la gobernanza y sostenibilidad del sistema único.

### **Omisiones, exageraciones y medias verdades**

Como es habitual, en el énfasis retórico de una negociación de esta entidad, bajo la observación de la opinión pública, se soslayan algunas singularidades a la vez que se prodigan exageraciones y medias verdades, por ambas partes.

El Ministerio se siente legitimado por su preacuerdo con los sindicatos mayoritarios, pues, desde su perspectiva, ha negociado con la representación legal de la mayoría de los trabajadores. Los sindicatos de clase y de enfermería acaparan la mesa debido al volumen total de votos de otros colectivos. Si el acuerdo está firmado en la mesa del Ámbito de Negociación con los sindicatos que representan a la mayoría del personal estatutario, el conflicto se consideraría resuelto en el plano del derecho laboral, independientemente de la presión en las calles.

Sin embargo, existe una marcada heterogeneidad en las condiciones del personal del SNS en gran medida debido a que las competencias están transferidas a las Comunidades Autónomas: las diferencias retributivas, la organización del trabajo, las plantillas, el número de guardias, los recursos de los que dispone un centro, los presupuestos y capacidad de gasto, o a qué destina cada Consejería las transferencias del Estado que no son finalistas, todo ello influye directamente en las condiciones laborales y el bienestar. En España, el derecho a la exención de guardias médicas para mayores de 55 años está reconocido de forma general, pero la posibilidad de cobrarlas (mediante módulos de actividad adicional o sin ellos) depende de la regulación específica de cada Servicio Regional de Salud

### **El Riesgo de una "Sanidad de Beneficencia"**

Uno de los puntos más espinosos es el de la **exclusividad**. A nivel estatal, el 40 % de los médicos trabajan simultáneamente en el sector público y privado, y un 30% ejerce ya exclusivamente en la red privada, pues el sistema actual no es capaz de retenerlos. Asimismo, el informe SESPAS de abril de 2024 sobre escasez y desequilibrios de profesionales sanitarios evidencia que España tiene una de las tasas de médicos por habitante más altas de la OCDE, pero ignorando que numerosos médicos en la pública no trabajan al 100% de su capacidad. La planificación se ha hecho tradicionalmente por recuento de "cabezas" (número de colegiados), pero los datos demuestran que lo que realmente cuenta es la jornada efectiva y su productividad. La escasez es, por tanto, "territorial y de especialidad" (especialmente en Medicina Familiar y Comunitaria),

Sectores de la izquierda y plataformas ciudadanas ven con sospecha la exigencia de un estatuto propio que podría relajar la exclusividad. El temor es fundado: si se permite "práctica dual", que el médico cobre el sueldo completo en la pública mientras mantiene su actividad privada por las tardes, se incentiva un "conflicto de intereses" y se generan tensiones éticas: si el médico tiene "un pie en cada lado", el incentivo para reducir las listas de espera en la pública puede verse comprometido. Si el nuevo marco legal no blinda la dedicación exclusiva a lo público mediante incentivos potentes y la sanidad privada sigue creciendo, se corre el riesgo de que la pública se convierta en una "sanidad de beneficencia" para la población con ingresos más bajos, mientras que las clases medias y altas huyen a la privada.

## El Estatuto Marco como herramienta de Salud Pública

Desde la perspectiva de OSALDE, resulta desolador observar cómo esta negociación se ha conducido de forma endogámica de espaldas a la Comunidad. El Ministerio de Sanidad se centra en la "fortaleza administrativa" y la "defensa del presupuesto", mientras que los sindicatos médicos a veces parecen refugiarse en un "corporativismo de élite" que los distancia del resto del equipo. Entre ambos actores la Salud Pública queda huérfana. Las propuestas actuales omiten un principio fundamental: los instrumentos de gestión sanitaria deben priorizar el bienestar colectivo y la excelencia en la atención. Si bien es legítimo que cada actor defienda sus intereses, la relevancia del servicio público exige una norma básica (EM) que permita definir objetivos claros y asegure la rendición de cuentas. ¿En qué punto se garantiza la calidad del desempeño y los resultados? Sin mecanismos de evaluación, las mejoras laborales corren el riesgo de encarecer el sistema sin transformar el modelo, ofreciendo más de lo mismo a un mayor coste.

### Consideraciones finales

El conflicto del Estatuto Marco es el síntoma de un sistema que puede haber perdido su brújula moral. El Ministerio de Sanidad puede ganar la batalla administrativa apoyándose en su "fortaleza" y en los acuerdos con los sindicatos de clase, pero si pierde el alma y el compromiso de sus facultativos, la victoria será pírrica. Los médicos piden legítimamente dignidad y responsabilidad; pero la Administración tiene razón al temer que el corporativismo rompa la unidad del sistema. Sin embargo, ambos bandos están fallando a la ciudadanía al no situar la Salud Pública en el centro. Necesitamos una legislación que:

1. **Planifique por Necesidades Reales:** Atendiendo a la carga de trabajo y no solo a las "cabezas" disponibles.
2. **Reequilibre el Equipo Asistencial:** Fomentando la cohesión y el consenso en los equipos de trabajo.
3. **Proteja al Cuidador:** Reconociendo los riesgos psicosociales y eliminando las jornadas que enferman (como las 24 horas continuadas).
4. **Dignifique la Exclusividad y la Primaria:** La "exclusividad" debería ser el pilar de un sistema público fuerte, recompensada con salarios dignos y tiempos de investigación, haciendo que la dedicación al SNS sea la opción más atractiva profesional y vitalmente. La Atención Primaria es el "pariente pobre" de la negociación, eclipsado por el peso político de las especialidades hospitalarias.
5. **Incorpore la Salud Comunitaria y la Salud Pública.** Es imperativo un EM con rendición de cuentas que vincule mejoras laborales a resultados evitando encarecer un modelo sin calidad

El Nuevo Estatuto Marco no debería ser un mero procedimiento de resolución de conflictos o un manual de gestión de personal. Debe ser el motor de una sanidad

que cuide a quienes cuidan, protegiendo el interés común por encima de los intereses particulares o las cuotas de poder de los diferentes actores, y que entienda que la Salud Pública es un pilar fundamental y una inversión prioritaria para una sociedad justa.

***OSALDE***