

## Estatuto Marco

A. Gallego i Zurdo

Médico de Cabecera.  
CAP Sardana. Badalona (Barcelona). Institut Català de la Salut.

El día 18 de diciembre de 1997 el Pleno del Congreso de los Diputados aprueba el Acuerdo Parlamentario para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la sesión plenaria del 21 de julio de 1997 adopta dicho acuerdo.

Se crea un Grupo de Trabajo sobre el Estatuto Marco vinculado a la Comisión de Gestión del Consejo Interterritorial del SNS.

Los objetivos de ese Grupo son:

- Establecer una norma básica estatal de ordenación de recursos humanos.
- Proponer un nuevo modelo de relaciones laborales basado en un concepto global de coordinación general sanitaria.
- Adecuar los principios generales de la función pública a los principios organizativos del SNS.
- Considerar el Estatuto Marco como elemento impulsor de la dinámica de evolución y consolidación del SNS.

El primer borrador del nuevo Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud ve la luz en abril de 1998. El nuevo Estatuto Marco vendría a sustituir a los tres Estatutos que en este momento regulan dichas relaciones laborales: el mencionado para el personal facultativo, el estatuto del personal sanitario no facultativo y el del personal no sanitario.

El marco jurídico actual que determina las relaciones laborales de los médicos del Sistema Nacional de Salud es el Estatuto Jurídico del Personal Facultativo de la Seguridad Social. Fue aprobado por Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre. Es por ello una norma preconstitucional y es una buena razón técnica para modificarla.

Los interlocutores sindicales han sido escuchados y queda muy claro el enfrentamiento entre el proyecto ministerial y los posicionamientos de la parte social. Los argumentos utilizados por estos últimos han obligado a presentar dos modificaciones al proyecto, la última de las cuales se realizó en mayo de 1999.

Desde la perspectiva de nuestra sociedad, hay una serie de puntos introducidos en los sucesivos proyectos que nos preocupan:

- Movilidad geográfica (Artic. 10), primero voluntaria y si no se cubre, forzosa.

- Movilidad funcional, desempeñando funciones de rango inferior (temporalmente hasta 6 meses [Artic. 11]).

- Inseguridad laboral mayor en los médicos interinos (Artic. 6), contratos “basura”.

- Superada la oposición a la plaza se puede obligar a realizar “prácticas” no definidas (Artic. 15.5).

- Se introduce el concepto de “capacidad funcional necesaria” y el de “jubilación incentivada” (Artic. 22). El director decide ambas cosas, se pierde la voluntariedad.

- Jornada máxima de 40 horas a la semana (Artic. 34).

Todas estas modificaciones representan un nuevo factor desestabilizador en el sistema de valores que motivan a un ser humano a escoger nuestra profesión. Se añade a los otros factores conocidos:

El continuo aumento de la población acogida tras la universalización de la asistencia, el incremento de población migratoria indocumentada, las migraciones interiores de los abuelos “golondrinas”, los traslados provisionales de población en vacaciones, la epidemia de sida y el incremento de las listas de espera, con la consiguiente repercusión en atención primaria, someten a este médico de cabecera a una presión psíquica que determina esa fatiga reconocida por múltiples autores.

Así pues, las modificaciones introducidas en el proyecto no son vistas por ese médico como herramientas de mejorar sino de desestabilizar, aún más, su ya precario equilibrio.

Todos esos nuevos “factores de riesgo” que se introducen en la salud ya precaria de ese médico de cabecera, sumados, no equivalen al otro que vamos a comentar y que, por sí solo, supera en riesgo a todos los demás; se trata de la modificación introducida en el Artículo 23 por el cual se regula la revocación del nombramiento.

“Procederá la tramitación del expediente para la revocación del nombramiento, cuando el interesado no conserve debidamente actualizados los conocimientos, las técnicas, las habilidades, las aptitudes necesarias para ejercer adecuadamente la profesión. Un gerente decidirá cuando te falten algunas de esas virtudes. Preguntas que surgen: ¿quién le ha dado esas luces a un gerente para evaluar la capacitación de un médico en el ejercicio de sus funciones? ¿Qué vara de medir usará ese gestor? ¿Cuáles son los criterios de referencia que determinarán la buena o la mala praxis?

Los médicos de atención primaria estamos en un momento de absoluta revisión de los conceptos relacionados con la capacitación del médico: formación continuada, acreditación, acceso excepcional al título de médico de familia, etc. y de otros conceptos ligados como: gestión de la invalidez temporal (IT), contrato programa, carrera profesional, precios de referencia, medicamentos genéricos, incentivos ligados a la prescripción, etc. En ningún momento se ha pedido a la Sociedad Científica Semergen, ni a ninguna otra, que participara en la redacción del proyecto.

En el tercer borrador de proyecto se introduce la posibilidad de ser oídos como sociedad científica pero hasta hoy no hemos sido citados a participar en ninguna comisión de trabajo.

Semergen ha denunciado y sigue denunciando esa incoherencia. Nos oponemos por todos los medios a que sea publicada una norma que permita "juzgar" y condenar a médicos con la ligereza que se permite en el articulado. No recordamos ninguna otra profesión universitaria que tenga ya tantos controles internos y externos.

Hemos unido fuerzas alrededor de una mesa de consenso con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos

y con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria con el fin de hacernos oír en un momento particular de la atención primaria, en donde el concepto calidad ligado al de servicio público tiene que volver a primar por encima de otros menos importantes.

¿Quiénes son los responsables de las horas de citas "forzadas" en el ordenador?, ¿y de la restricción de partidas presupuestarias para prótesis de rodilla que alargan los días de baja de trabajadores en activo?, ¿o de los centros de rehabilitación en que la demora es tal que el paciente se rehabilita cuando la atrofia es irreversible perdiendo, además, días de trabajo en esperas indignas? ¿Cuántas mas atribuibles al capítulo económico?

No está articulado en este proyecto de Estatuto Marco ningún artículo que regule las sanciones por incompetencia aplicables a gestores en el ejercicio de sus funciones.

Semergen, sociedad científica y reivindicativa según recogen sus estatutos, no puede mantenerse al margen de un cambio de tal magnitud en las relaciones profesionales de los médicos de cabecera con el Sistema Nacional de Salud. Os aseguramos que no lo vamos a hacer.