



el Megáfono **mats**

Un Boletín hecho por trabajadorxs para hablar de lo que nos pasa a lxs trabajadorxs

PRIVATIZACIÓN
PRECARIEDAD
ESTATUTO



**ESPECIAL
ESTATUTO MARCO**

PRECARIEDAD · PRIVATIZACIÓN · PROPUESTAS
· MOVILIZACIÓN · URGENCIAS

ESTATUO MARCO: 20 AÑOS FACILITANDO LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA

¿Qué relación hay entre la normativa laboral del personal de los servicios de salud y los procesos de privatización ejecutados en estos 20 años por los gobiernos autonómicos, con la ayuda o la pasividad de los gobiernos centrales?

Es habitual que al hablar de privatización de la sanidad se haga referencia sobre todo a las formas de gestión que la permiten, y apenas se hable de las condiciones laborales para que esta se lleve a cabo. Así, se habla mucho de la ley 15/97, y casi nada de la ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (EM). Debe ser un reflejo de la ideología neoliberal para la que las empresas lo son todo y el trabajo nada.

Al menos hay cuatro aspectos que explican esta relación.

En primer lugar, cualquier actividad sanitaria, sea pública o privada, necesita de trabajadoras y trabajadores cualificados y muy cualificados, que no son excesivamente abundantes. Este personal será atraído allá donde goce de mejores condiciones laborales y tenga garantizada una mayor proyección profesional. Y el EM ha tenido como objetivo (y resultado) la precarización y el deterioro de dichas condiciones laborales en la sanidad pública: largas jornadas, bajos salarios, temporalidad excesiva, dificultades para la conciliación familiar, falta de consideración y trato adecuado y ausencia de mecanismos de participación en la marcha de los centros.

De esta forma, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha ido dejando con el paso de los años de ser un **polo de atracción de mano de obra cualificada, o, mejor, de retención de esta**, puesto que en gran medida dicha mano de obra se ha formado en centros educativos y sanitarios públicos, para dar paso a una huida a otros países y a la sanidad privada.

En segundo lugar, la precariedad laboral impuesta gracias al EM no solo ha permitido atraer a ese personal cualificado y muy cualificado, sino que puede hacerlo con **menores gastos** que si las condiciones laborales en la sanidad pública fuesen las adecuadas.

En tercer lugar, no solo el deterioro laboral generado por el EM empuja a muchas y muchos trabajadores

a irse de la sanidad pública; el EM dota a las administraciones públicas de **mecanismos específicos**, sin condicionamientos, para favorecer, e incluso, impulsar el trasvase de profesionales hacia las empresas sanitarias. En ese aspecto destacan figuras como "los planes de ordenación de recursos humanos" la "creación, modificación y supresión de categorías", "movilidad por razón de servicio" (traslados forzados) o, en el apartado de "Situaciones del personal estatutario", las figuras de "Servicio bajo otro régimen jurídico" o "servicios de gestión clínica".

En cuarto lugar, las malas condiciones laborales generan las condiciones para que la calidad asistencial se deteriore (listas de espera, colapsos en urgencias, tardanza en las citas en centros de salud...). Lo cual empuja a que quienes puedan se hagan pólizas de salud privadas.

En resumen, el EM es un compendio de mecanismos de precariedad y flexibilidad laboral, que han permitido a lo largo de 20 años que las empresas sanitarias hayan dispuesto de trabajadoras y trabajadores formados en cantidad suficiente, a un precio reducido, y, a la vez, de una afluencia de pacientes que no para de aumentar. Todo ello, como no podía ser de otra manera, no ha redundado en mejoras para la población o las y los trabajadores sino en notables incrementos en la cuenta de resultados de estas empresas.

La legislación que permite formulas de explotación privada de la asistencia sanitaria (Ley 15/97, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud; Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público, o, la Ley 12, 2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, para dicha Comunidad) supone un mecanismo fundamental para avanzar en la privatización sanitaria, pero sus efectos serían muy limitados sin la existencia del actual EM.

Resulta llamativo que nadie de quienes están negociando un nuevo EM en ningún momento pongan en relación EM y privatización sanitaria.

ESTATUTO MARCO Y PRECARIEDAD LABORAL

Las condiciones laborales de las y los trabajadores de la sanidad pública son muy deficientes y con importantes diferencias entre comunidades: en unas comunidades son malas y en otras muy malas como en la de Madrid.

Lo común es la alta temporalidad, la falta de personal y las excesivas cargas de trabajo. Las diferencias entre unos servicios de salud y otros afectan sobre todo a los salarios y la jornada, como consecuencia de las diferencias en el gasto por habitante y en el porcentaje de dicho gasto dedicado a personal.

En el caso de la Comunidad de Madrid los sueldos comunes son de los más bajos y trabajamos 16 días más que en la mayoría de las Comunidades.

La base legal fundamental de nuestras condiciones laborales se encuentran en el Estatuto Marco (En adelante, EM), es decir en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud). Dicha ley ha dado armas muy poderosas a los gobiernos autonómicos en materia de regulación de las condiciones laborales del personal de la sanidad pública a su cargo, lo que ha ocasionado:

Altas tasas de personal temporal

Dentro de las plantillas: no existe en el EM ninguna obligación sobre convocatorias de OEP, ni sobre porcentaje de plazas a sacar cuando dichas convocatorias se produzcan.

Plantillas reducidas

No existe ninguna obligación en el EM sobre ratios de plantillas

Flexibilización de la jornada

Entre otras cosas, mediante el uso de la falsa distinción entre "jornada ordinaria", "jornada extraordinaria" y "jornada especial".

"Por necesidades del servicio"

Este concepto se ha utilizado de forma escandalosamente abusiva y ha sido un arma de destrucción masiva de todo tipo de derechos (vulnerando el derecho a la salud laboral, suprimiendo descansos y libranzas y dejando en papel mojado el derecho a la conciliación familiar en todas sus formas).

Bajos salarios

El gobierno central decide sobre una parte del salario y la respectiva Comunidad sobre otra parte, y no existe ninguna garantía de recuperación del poder adquisitivo a causa de las subidas de precios.



¿QUÉ ESTATUTO MARCO NECESITAMOS?

Después de un año de negociación de un nuevo Estatuto Marco, no ha habido por parte de los sindicatos negociadores ni un mínimo atisbo de abrir un intercambio de opiniones entre las y los trabajadores sobre qué EM necesitamos.

Ello nos lleva a hacer una propuesta intentando que, aunque tarde, se produzca este intercambio de opiniones sobre la ley básica que regula nuestras condiciones laborales.

A la hora de elaborar un nuevo EM habría que partir de cuatro criterios básicos:

- Las condiciones laborales en el sistema público deben garantizar una asistencia de calidad.
- Para lograr lo anterior deben contar con profesionales suficientes y acabar con la falta de plantillas actuales y la temporalidad.
- La calidad asistencial debe ser similar en todas las comunidades autónomas. Lo que exige, como mínimo, igualdad en las condiciones laborales.

PARA LOGRAR ESTOS OBJETIVOS CONSIDERAMOS IMPRESCINDIBLE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

1 Para que haya **plantillas suficientes**, que eviten la sobrecarga de trabajo, como garantía fundamental para ofrecer unas prestaciones asistenciales de calidad, sería necesario que el EM obligase a las Comunidades autónomas a cumplir con unos ratios profesionales/población por categorías y cubrir inmediatamente las ausencias.

2 Para acabar con la temporalidad, que divide y flexibiliza las plantillas, el EM debería exigir a las Comunidades autónomas **convocatorias anuales de ofertas de empleo públicas** (OEP) sacando el 94% de las plazas y dar una solución a las y los trabajadores en fraude de ley, a través de un concurso de méritos.

3 Jornada no superior a las 35 horas semanales, a las 7 diurnas y a las 10 nocturnas.

4 Subidas salariales con el IPC y recuperación del poder adquisitivo perdido desde 2012.

5 Jubilación parcial con relevo y jubilación voluntaria desde los 60 años.

6 Las “necesidades de servicio” no pueden ser la excusa para vulnerar los derechos laborales y sobre todo el derecho a la salud en el trabajo. Este criterio solo debería poder mantenerse para situaciones excepcionales, como pandemias o desastres naturales.

7 La potestad organizativa de las direcciones

no puede anular los derechos laborales, como tantas veces sucede. La potestad organizativa debería estar en órganos colegiados de dirección formados por la administración, representantes elegidos por las y los trabajadores y por las y los usuarios.

8 Las negociaciones sobre opes, ratios, salarios ... se deben **negociar en un marco estatal**, como el Consejo Interterritorial Nacional de Salud.

9 **Comisiones de participación mixtas:** administración, profesionales y usuarios. Presupuestos participativos en los centros, en las fases de elaboración y ejecución.

10 **Supresión de la potestad de los gobiernos comunitarios** para anular o crear categorías o decidir cierres de servicios y privatizaciones.

11 Incompatibilidad para trabajar en la sanidad pública y la privada.

12 **Servicios mínimos en caso de huelga no superiores a un festivo.** Derecho sin restricciones a reunirse en los centros de trabajo fuera de las horas de trabajo. Protección para las y los trabajadores que denuncien posibles casos de corrupción.

Sanciones para los directivos responsables de la imposición de sanciones a las y los profesionales anuladas en sede judicial.

¿UNA OCASIÓN PERDIDA?

El Estatuto Marco (EM) es la base legal que ha permitido:

- El maltrato sufrido por las y los trabajadores de la sanidad pública durante veinte años. Dando potestad a los gobiernos central y autonómicos para imponer una temporalidad entre tres y cuatro veces superior a la de la sanidad privada; plantillas escasas, altas cargas de trabajo, jornadas abusivas y bajos sueldos.
- Que cada comunidad autónoma haya puesto en pie condiciones de trabajo distintas en cada servicio de salud. Conformando modelos sanitarios diferentes por comunidades.
- Generar las condiciones laborales para la aplicación de la Ley 15/97, es decir para los avances privatizadores, ya que pone en mano de las CCAA mecanismos que les han permitido reestructuraciones laborales (Planes de empleo, supresión y creación de categorías...) y el mencionado maltrato laboral. Ocasionado así la huida de muchas y muchos trabajadores a otros países, a otras comunidades o a la sanidad privada.

UN AÑO DE NEGOCIACIONES PERO SIN CAMBIOS DE IMPORTANCIA

La decisión de la Ministra de Sanidad de reformar el Estatuto podría haber sido una ocasión para acabar con una ley que ha demostrado sus nefastas consecuencias tras veinte años de aplicación.

Pero para que esa posibilidad de cambio se hubiese hecho realidad habría hecho falta una firme decisión de luchar por ello desde el gobierno PSOE-SUMAR y desde los sindicatos, sabiendo los obstáculos que, por un lado, iban a oponer PP, Vox y los partidos nacionalistas, todos o una parte significativa de ellos, y, por otro, las empresas sanitarias, aseguradoras y fondos de inversión.

Habría hecho falta explicar a la población y a las y los profesionales lo que había en juego.

Sin embargo, a lo largo de casi un año hemos visto que ni la Ministra ni el gobierno de coalición estaban dispuestos a ir mucho más allá de un lavado de cara de una ley tan regresiva; ni los sindicatos a dar una batalla con todas las consecuencias.

No es igual decir que se defiende la sanidad pública que poner todos los medios para defenderla. Según las informaciones que nos llegan a través de los medios de comunicación, no hay cambios de fondo. La negociación de las condiciones laborales se mantiene en las comunidades, fortaleciendo la dinámica de distanciar las condiciones de trabajo entre comunidades. Los gobiernos autonómicos siguen con enormes poderes para privatizar y para seguir manteniendo plantillas escasas y

altísima temporalidad.

Los sindicatos, desde nuestro punto de vista, han dado un espectáculo penoso. Los de mayor representatividad (SATSE, CCOO, UGT, CSIF Y CIG) no han hecho reuniones o asambleas para consultar las reivindicaciones, las convocatorias, las desconvocatorias o un supuesto preacuerdo al que habrían llegado.

Los que dicen defender a categorías concretas, han dividido la movilización con convocatorias separadas y con reivindicaciones tan corporativas, como pedir un EM "privado" para médicos, u olvidando al personal temporal de su categoría.

La falta de un proceso de participación y movilización unitaria va a impedir la aprobación de un buen Estatuto Marco, y, posiblemente, la aprobación de un EM con mejoras limitadas: teniendo en cuenta la situación parlamentaria y la falta de presión laboral va a ser difícil que el gobierno reúna los votos necesarios para cualquier cambio.

Si queremos un EM que garantice unas condiciones laborales adecuadas (estabilidad en el empleo, plantillas y cargas de trabajo acordes, jornadas no extenuantes, conciliación familiar...), que permitan prestar unos servicios sanitarios de calidad, parece que habrá que empezar a actuar al margen de las cúpulas sindicales, al igual que hacemos día a día, para construir una movilización unitaria, participativa y autoorganizada.

SITUACIÓN DE LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL PÚBLICO DE LA PRINCESA

SITUACIÓN DE LAS URGENCIAS

Las Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa, cuentan con unas infraestructuras deterioradas, obsoletas e insuficientes, para dar cabida a la demanda asistencial actual y se requieren unas obras ya.

Unas obras de renovación general del Servicio de Urgencias que ya fueron presupuestadas por el Gobierno de la Comunidad de Madrid en el 2022. Dichas obras tenían que haberse iniciado en el segundo semestre del 2023, y por el momento no se tienen intención de realizar en los próximos años.

Tras la concentración del pasado 16 diciembre, la Comunidad de Madrid anunció en diferentes medios de comunicación que el Hospital Universitario de la Princesa se quedaría sin reforma integral del Servicio de Urgencia tras desechar el plan inicial, y que se asignaran fondos únicamente para mejorar salas de espera.

Esta noticia nos parece vergonzoso e indignante y más cuando a los pocos días de su publicación, se aprueba en el último Congreso de Gobierno de la Comunidad de Madrid del 2025, el pago extra de casi 500 millones de euros para los hospitales de gestión privada, gestionados por los grupos Quirón Salud y Ribera Salud. Literalmente sentimos que se están riendo de nosotros, hay dinero para lo que les interesa a ellos y no responden a las necesidades de la población ni de los trabajadores.

Tras haber pasado una pandemia como el COVID aún no hemos aprendido nada, nuestro Servicio de Urgencias sigue sin contar con un circuito específico para aislamiento de pacientes respiratorios, lo que quiere decir que en una misma área se atiende a paciente oncohematológico, inmunodeprimidos, junto a pacientes susceptibles de infección respiratoria contagiosa.

La falta de infraestructuras no es el único problema que tenemos a ello se le añade la sobrecarga asistencial que no es algo puntual, sino que ocurre durante todo el año y que se ve agravada en periodos de virus respiratorios, cierre de camas en verano, deterioro de la Atención Primaria, desaparición de los SUAP y el incremento de las listas de espera. La falta de personal durante todo el año, se incrementa en época de gripe con una presencia más de TMSCAE y DUE en cada turno, no respondiendo a las necesidades del momento.

¿CÓMO AFECTA A PACIENTES Y TRABAJADORES?



En nuestras urgencias hay una falta absoluta de recursos materiales y humanos que con frecuencia ponen en peligro la seguridad del paciente, sin hablar ya de la falta de humanización, que tanto se llena la boca la Consejería de Sanidad.

Es vergonzoso que en el siglo en el que estamos, abras el agua del frigo de los boxes donde atendemos a los pacientes y no haya agua caliente para asearles, que tengamos que llenar palanganas de un único grifo situado en el cuarto sucio de exploración y observación.

El sistema de climatización del hospital es tan anticuado, que en invierno hace frío y en verano se pasa calor, tanto pacientes como trabajadores. A veces los familiares en verano traen ventiladores para poder mitigar el calor. Y en invierno unido a la falta de lencería, he llegado a ver como acompañantes se quitaban su abrigo para arropar su familiar ante la falta de mantas.

“Es vergonzoso que en el siglo en el que estamos, abras el agua del grifo de los boxes donde atendemos a los pacientes y no haya agua caliente para asearles”

Los espacios asistenciales con los que contamos son insuficientes e inadecuados para la sobrecarga asistencial actual. Algunos son enanos y encima no cuentan con ventanas para ventilar como es el caso del área exploración cirugía-trauma. Otros como el área de exploración medicina son insuficientes, constan solo 13 boxes cuando en nuestro día a día tenemos albergados muchos más pacientes de los boxes disponibles, eso implica pacientes en boxes doblados, en los pasillos y teniendo que cambiar de ubicación en un mismo turno más de 3-4 veces a un mismo paciente. Y yo me pregunto **¿eso es seguridad del paciente? ¿es una atención de calidad y digna?**, cuando los pacientes parecen de intimidad, Para nosotros como trabajadores es estresante, agobiante.

Hay áreas como trauma 2, que sólo están abiertas en el turno de tarde por falta de medios y personal y el resto de los turnos realizan la función de mero almacén de camillas.

El área de observación consta de 20 boxes que podrían ser utilizados durante todo el año con el fin de despejar las zonas de mayor afluencia, pero lamentablemente solo está abierta al completo en época de gripe, el resto del año solo disponemos de 12 boxes.

Las camillas están viejas, la mayoría no frenan correctamente, no suben barandillas, no suben cabecero; todo ello provoca situaciones de peligro en los pacientes y lesiones físicas en los trabajadores.

El material fungible de mala calidad teniendo que utilizar con frecuencia mayor cantidad del mismo y amentado con ello el gasto generado.

Las versiones que tenemos de los programas informáticos tanto de HCIS como de Manchester no funcionan con la rapidez que se necesita, y con frecuencia no se vuelcan datos entre ellos, ni se transfieren constantes teniendo que meterlas a mano; provocando un incremento del tiempo de espera de los pacientes.

LENCERÍA

La lencería esta privatizada se encarga de ello la empresa ILUNION de Mejorada del Campo, el abastecimiento es precario e insuficiente: con falta de sábanas, almohadas, camisones, mantas... Además dentro de la lencería que nos sirven, con frecuencia parte esta rota o sucia, En inviernos debido a la falta de mantas y la

mala climatización nuestros pacientes pasan frío dentro del hospital

SERVICIOS PRIVATIZADOS

El servicio de limpieza de nuestro hospital esta privatizado se encarga la empresa SERVEO, los trabajadores de la limpieza se encuentran en unas condiciones inhumanas, con falta de personal y trabajando a destajo. El servicio de urgencia tiene mucho tránsito de pacientes y las compañeras no dan abasto a limpiar lo que sería necesario para mantener el servicio en unas condiciones favorables, Por la noche el hospital de la princesa sólo cuenta con dos compañeras de la limpieza para realizar todas las tareas.

El personal de mantenimiento también esta privatizado, al igual que el de electromedicina, si se estropea algún aparato en fin de semana o festivo, no hay manera de arreglarlo hasta el lunes.

NECESIDADES Y MOVILIZACIONES.

Estamos cansados de trabajar bajo estas condiciones, a destajo, intentamos hacer lo que podemos para prestar una atención sanitaria de calidad, digna y humanizada; pero nos resulta con frecuencia complicado.

Continuaremos con acciones y movilizaciones, hasta conseguir las obras de renovación integral tan necesarias para nuestro servicio. El aumento del personal y de los recursos materiales necesarios para prestar una atención de calidad, ese es nuestro verdadero objetivo. Una atención sanitaria pública, gratuita, de calidad, digna y humanizada para nuestros pacientes.

Estamos seguros que están intentando hacer lo que no les dejamos en el 2012, privatizar nuestro hospital y convertirlo en un geriátrico, esta vez ya han aprendido lo están llevando a cabo de manera más disimulada y sigilosa, degradando la puerta de entrada del hospital, las urgencias.

Nuestra próxima movilización será el día 3 de febrero a las 12 horas, contamos con el apoyo de asociaciones vecinales, sindicatos y trabajadores. Esperamos que sea un éxito como la anterior.

Esther Sánchez, enfermera en el servicio de Urgencias del Hospital Público de la Princesa.

Marian Giménez, TCAE en servicio de Urgencias del Hospital Público de la Princesa.

TURNOS DE 12 HORAS EN LA SANIDAD PÚBLICA: NEGOCIAR CÓMO TRABAJAR MÁS MIENTRAS SE RENUNCIA A LAS 35 HORAS

En los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid se está consolidando una forma de organización del trabajo que hasta hace poco asociábamos sobre todo a la sanidad privada: **los turnos rotatorios de 12 horas**. Su implantación avanza de manera progresiva, especialmente en servicios críticos como urgencias, cuidados intensivos, reanimación o quirófanos, y suele presentarse como una mejora organizativa que permite “liberar más días” y facilitar la conciliación. Pero detrás de este discurso hay una realidad que conviene analizar con detenimiento.

Este modelo ya se discute en Mesa Sectorial, con los sindicatos firmantes, como procedimiento a regular y extender en los hospitales del SERMAS. La Consejería de Sanidad lo justifica como una manera de “homogeneizar criterios entre centros”. Que este tema se trate en Mesa Sectorial y no se comunique a las plantillas es grave. No hablamos de un cambio menor: son modificaciones profundas de nuestra jornada y de nuestra vida. La información no llega a los centros y el debate real se evita.

Que esta sea hoy una de las prioridades dice mucho sobre la situación de nuestra sanidad pública y sobre cómo se toman decisiones que afectan a quienes la sostenemos. Mientras se debate cómo concentrar jornadas, no se lucha con la misma fuerza por recuperar la jornada de 35 horas, un derecho que aún está pendiente.

Un modelo que no nace para mejorar condiciones laborales

Los turnos de 12 horas no aparecen para cuidar mejor a quienes trabajan en la sanidad pública. Aparecen como una respuesta administrativa a un problema estructural: la falta crónica de personal, la presión asistencial constante y la necesidad de mantener los servicios funcionando sin reforzar plantillas.

Concentrar más horas en menos jornadas permite cubrir los mismos servicios con menos relevos, menos contratos y menos sustituciones. Desde el punto de vista de la gestión, el sistema gana flexibilidad. Desde el punto de vista del personal, se incrementa la carga física y emocional. No es una mejora laboral: es una forma de exprimir más las mismas plantillas.

Este modelo lleva años funcionando en la sanidad privada porque resulta rentable. Hoy, esa misma lógica se está trasladando a hospitales públicos, normalizando un tipo de jornada que responde más a criterios económicos que a la salud laboral.

El espejismo de “librar más días”

Uno de los argumentos más repetidos para justificar estos turnos es que permiten disfrutar de “más días libres”. Sobre el papel, trabajar menos días a la semana puede parecer atractivo. En la práctica, la fatiga acumulada desmiente esa promesa.

Con los turnos de 12 horas no se reduce la jornada, se concentra. Se trabaja el mismo número de horas —o incluso más— en menos días, a costa de jornadas extenuantes que no permiten una recuperación real.

Doce horas continuadas en servicios de alta exigencia no se compensan con uno o dos días libres más. El cansancio no desaparece al fichar la salida. El cuerpo y la mente necesitan tiempos de recuperación que este modelo no garantiza. Lo que se vende como conciliación es, en realidad, una concentración del desgaste.

No se reduce la carga de trabajo. Se reorganiza para que pese más sobre cada jornada.

Conciliación teórica, dificultades reales.

Aunque la normativa establece límites de jornada y descansos mínimos, los turnos de 12 horas tensan hasta el límite los derechos de conciliación. Permisos vinculados al cuidado —como la lactancia diaria, la atención a menores o familiares dependientes— se vuelven difíciles de ejercer cuando la jornada es larga y rígida.

En muchos centros, la adaptación no se hace pensando en la vida de las personas, sino en las necesidades del servicio. La conciliación queda supeditada a la organización del turno, no al revés. Y cuando se presenta este modelo como “voluntario”, conviene preguntarse qué margen real existe para decir que no sin consecuencias.

La administración vende la idea de “opción voluntaria”, pero la experiencia demuestra que, en

Sobre el papel, trabajar menos días a la semana puede parecer atractivo. En la práctica, la fatiga acumulada desmiente esa promesa.



demasiados casos, quien no acepta el turno acaba desplazado, presionado o fuera del servicio. Lo que cuestiona la voluntariedad real del sistema

La Evidencia es clara.

La investigación en salud laboral demuestra que las jornadas prolongadas incrementan el riesgo de fatiga, estrés, errores y desgaste emocional. En el ámbito sanitario, donde la atención continuada y la toma de decisiones son constantes, este impacto no solo afecta a quien trabaja, sino también a la calidad y seguridad de la atención, afectando directamente a quienes atendemos.

Estudios sobre los turnos de 12 horas muestran mayor agotamiento, más tareas asistenciales no realizadas, menor tiempo para la formación y peor percepción de la calidad del cuidado. No son opiniones: se trata de datos que deberían formar parte de cualquier decisión responsable.

Si la sanidad pública se organiza de esta manera, nosotros trabajamos más y peor, y los usuarios reciben menos. Esta es la contradicción de los turnos de 12 horas: un parche para cubrir falta profesionales que termina afectando tanto al trabajador como a los usuarios.

Un parche que tapa el problema de fondo

Mientras se reorganizan jornadas, no se refuerzan plantillas de forma suficiente, no se reduce la temporalidad ni se avanza hacia modelos de trabajo realmente compatibles con la vida. Se gestiona el cansancio en lugar de prevenirlo.

La pregunta incómoda

La cuestión no es si se trabaja mejor en turnos de 7 o de 12 horas. La cuestión es qué modelo de sanidad pública se está construyendo. Uno basado en el cuidado de quienes cuidan, o uno que se sostiene sobre el agotamiento permanente del personal.

Los turnos de 12 horas no se implantan porque sean mejores para las trabajadoras y trabajadores. Se implantan porque resultan más eficaces para la gestión y más baratos para la administración. Y ese es un debate que no puede seguir ocultándose tras el argumento de los "días libres".

Porque una sanidad pública que funciona a costa de la salud de su personal no es sostenible.

Y porque no se trata de elegir entre más horas o más días, sino entre seguir cediendo salud y derechos o empezar, de una vez, a recuperarlos.

GOBIERNO AYUSO: MILES DE MILLONES PARA LA GESTIÓN PRIVADA

Miles de millones para la gestión privada

El informe anual de la Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid, el organismo encargado de fiscalizar el gasto público, es contundente. En 2024, **el Gobierno de Isabel Díaz Ayuso pagó 1.957 millones** de euros en concepto de convenios y conciertos para atención especializada.

De esa cantidad, 1.755 millones de euros fueron destinados directamente a los cinco hospitales públicos de gestión privada, en manos fundamentalmente de Quirón Salud y Ribera Salud:

- Fundación Jiménez Díaz: 877 millones de euros
- Hospital Rey Juan Carlos: 350 millones
- Hospital General de Villalba: 195 millones
- Hospital Infanta Elena: 187 millones
- Hospital de Torrejón de Ardoz (Ribera Salud): 144 millones.

A esto hay que añadir liquidaciones pendientes y reequilibrios económicos, que elevan la factura real por encima de los 2.190 millones de euros solo en 2024.

Los pagos a estas empresas se dispararon un 221 %: de casi 300 millones en 2023 a cerca de 900 millones en 2024. Y aun así quedaron 480 millones pendientes de liquidar.

Madrid sigue siendo una de las tres comunidades que menos gastan por habitante en sanidad.

Torrejón: cuando la rentabilidad manda

El Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz se convirtió hace meses en el símbolo más descarnado de este modelo. Audios internos revelaron instrucciones para retrasar tratamientos, inflar listas de espera y reducir actividad con un objetivo claro: ahorrar costes y proteger la rentabilidad de la empresa Ribera-salud.

A esto se sumaron denuncias gravísimas: presiones para reutilizar material sanitario de un solo uso, como catéteres, llegando a esterilizarlos y reutilizarlos hasta diez veces. Tras hacerse público, varios directivos fueron despedidos. La empresa lo negó, pero más de 260 profesionales firmaron un manifiesto denunciando presiones para abaratar costes, priorizar pacientes "rentables" y deteriorar la calidad asistencial.

Los centros de gestión directa sufren la presión de externalizaciones y criterios económicos que afectan la calidad de la atención. Esto provoca que los pacientes

se vean derivados a hospitales que no les corresponden, para pruebas que podrían realizarse en su centro de referencia, con desplazamientos innecesarios y horarios complicados, mientras las agendas de sus hospitales originales permanecen vacías para favorecer la facturación de concesionarias que después aparecen como saturados o incapaces de asumir más carga asistencial. Así se justifica un círculo continuo de externalizaciones.

Externalizar porque "no hay medios"... después de quitarlos

El mismo patrón se repite una y otra vez. Primero se reduce inversión en personal y equipamiento. Después se afirma que el hospital "no tiene medios suficientes". Y finalmente se externaliza.

Ha ocurrido recientemente en el Hospital Universitario La Paz, La Comunidad de Madrid ha externalizado 7.520 ecografías adjudicando el servicio al Grupo VIVO, por 142.880 euros, alegando falta de recursos humanos y técnicos.

Sin embargo, la propia memoria del hospital reconoce que el número de ecógrafos se redujo de 31 a 23. El negocio se genera desde el propio deterioro de lo público.

Infanta Leonor: pagar dos veces

El Hospital Infanta Leonor, que atiende a más de 320.000 vecinos y vecinas de Vallecas, aprobó un reequilibrio económico de 31,2 millones de euros para obras como una nueva sala de endoscopias o la reforma de Psiquiatría, muchas aún sin finalizar.

Al mismo tiempo, se han externalizado el tratamiento del dolor crónico y pruebas digestivas, pagando a empresas privadas por actividades que podría realizar con medios propios.

El laboratorio central: privatizar lo invisible

El laboratorio central que atiende a los hospitales del anillo (Infanta Sofía, Henares, Infanta Cristina, Sureste, Infanta Leonor y Tajo) gestionado por Ribera Salud y Unilabs muestra un grave deterioro. La quiebra de Unilabs afectó a 143 trabajadores, y la falta de personal provoca retrasos en el procesamiento de muestras y un entorno laboral insostenible.

Mientras se garantizan ingresos a las concesionarias, los hospitales públicos funcionan con menos personal, menos camas y más presión asistencial. El resultado lo conocen bien pacientes y profesionales.



quirónsalud
ribera

El Gobierno Ayuso aprueba
467 millones extra
para los hospitales de Quirón y Ribera Salud

Mientras tanto las urgencias de los hospitales públicos y los Centros de Salud colapsados y las listas de espera con más de 1.000.000 de pacientes

mats

Esterilización del 12 de Octubre: el corazón del hospital en manos privadas

La externalización ya alcanza servicios críticos. En diciembre de 2023, la Comunidad adjudicó la esterilización del Hospital 12 de Octubre a la empresa Croma Gio.Batta España, por 3,24 millones de euros.

La esterilización no es un servicio accesorio: de ella dependen quirófanos, intervenciones y la seguridad del paciente. Tras la externalización, se han registrado retrasos, problemas logísticos y afectación directa a la actividad quirúrgica.

Residencias: cuando el dinero de los cuidados paga la deuda de Quirón

La lógica del trasvase no se queda en sanidad. En 2024, el Gobierno regional transfirió 61,5 millones de euros desde la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS) —que gestiona las residencias públicas— al SERMAS para pagar deuda con hospitales privados, principalmente de Quirón. Ese dinero procedía de remanentes no ejecutados en inversiones, mientras las residencias

públicas siguen funcionando sin cubrir bajas, sin sustituir vacantes y con una precariedad asistencial alarmante.

¿De qué sirvió la Marea Blanca?

Miles de personas salimos a la calle. Trabajadoras, trabajadores y ciudadanía defendimos que la sanidad no era un negocio, salimos juntos para decir “basta”. Fue una movilización histórica que logró frenar, los ataques más directos a nuestra sanidad pública.

El modelo privatizador, se adaptó. Cambio de forma, más complejo, menos visible. Hoy no se venden hospitales, la privatización ya no siempre se anuncia. Se ejecuta a través de contratos, externalizaciones y concesiones que pasan desapercibidas mientras deterioran el sistema desde dentro.

Si algo nos enseñó la Marea Blanca, es que salir a la calle funciona. La movilización, la presión social y la organización colectiva son capaces de frenar decisiones que priorizan el beneficio económico sobre la salud de la población. Hoy, más que nunca, tenemos que recordar ese espíritu y estar preparados para actuar de nuevo. Porque lo que está en juego no es solo un modelo de gestión, sino el derecho de todas y todos a una sanidad pública digna, accesible y de calidad.

Volvemos a la calle si hace falta, porque la salud de la ciudadanía y las condiciones de quienes la cuidan no se negocian.

Conclusión: no es deterioro, es un proyecto

La sanidad pública madrileña no se deteriora por ineficiencia del sistema público, sino por decisiones políticas. El problema no es solo el bajo presupuesto por habitante, sino que parte de ese presupuesto se destina a un modelo que antepone el beneficio empresarial a la atención sanitaria.

Defender la sanidad pública pasa por entender y cuestionar este modelo. Porque lo que está en juego no es solo cómo se gestiona el dinero público, sino si la salud sigue siendo un derecho o acaba convertida en un negocio.

Entender los datos es entender lo que vivimos cada día. Y entenderlo es el primer paso para volver a defender, con argumentos y memoria, una sanidad pública al servicio de la población y no de las empresas.

SOMOS TCAE: TÉCNICOS, ESENCIALES, INVISIBLES

Durante años, l@s Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) hemos desarrollado nuestro trabajo sin un marco de funciones actualizado ni un reconocimiento acorde a nuestra formación y a la responsabilidad real que asumimos cada día. Aunque hoy desempeñamos competencias técnicas cada vez más complejas y somos una pieza clave en el cuidado de los pacientes, seguimos encuadradas en una categoría profesional (C2) que no refleja ni lo que hacemos ni lo que somos.

Somos quienes estamos junto al paciente la mayor parte del tiempo. Nos encargamos de la higiene, la movilización, el confort, la vigilancia constante, la preparación de material, el apoyo emocional y muchos cuidados técnicos esenciales para que el servicio funcione.

Miles de TCAE, exigimos el reconocimiento del nivel C1 que nos corresponde por ley. No se trata solo de una cuestión salarial —en un contexto de sueldos claramente precarios—, sino de dignidad profesional, de seguridad jurídica y de la necesidad urgente de actualizar unas funciones que siguen ancladas en un decreto de 1973.

TCAE C1 ¡YA!



ENTREGA DE FIRMAS

21 DE ENERO

CONSEJERÍA DE SANIDAD

 **Metro Sevilla**

 **Calle Aduana**

EL RECONOCIMIENTO DEL C1 ES UNA CUESTIÓN DE JUSTICIA PARA LAS/LOS PROFESIONALES Y DE CALIDAD PARA LOS PACIENTES.

ESTE BOLETÍN ES UNA HERRAMIENTA PARA TI

Un espacio abierto para compartir lo que vivimos, lo que pensamos, lo que pasa en nuestros servicios. Para decir alto y claro lo que muchas veces se calla. Para señalar lo que no funciona, defender lo que es nuestro y proponer juntas por donde avanzar. Aquí caben tus opiniones, tus propuestas, tus preguntas. Y también las voces de otros colectivos que luchan por lo público y por los derechos de quienes trabajamos.

¿CÓMO PARTICIPAR?

Escribenos a:
megafono.mats@gmail.com

O si lo prefieres, ponte directamente en contacto con nosotras. Puedes firmar con tu nombre, con seudónimo o de forma anónima. Lo importante es que participes. Porque tu voz cuenta. Porque esto lo construimos todas.

EXPRÉSATE. HAZLO TUYO. SÚMATE.



MATS



@mats.madrid



@matsmadrid



matsmadrid

www.mats-sanidad.com