



FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DA SAÚDE

Tesis doctoral

EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO:
¿UNA GESTIÓN IMPOSIBLE?

Presentada por Flavio López López
para optar al grado de doctor

Dirigida por D. Diego Bellido Guerrero

A Coruña, 2014



FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DA SAÚDE

D. Diego Bellido Guerrero, Profesor Asociado de la Universidad
da Coruña

CERTIFICA

Que don Flavio López López ha realizado, bajo mi dirección, el trabajo titulado EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO: ¿UNA GESTIÓN IMPOSIBLE?

Revisada la investigación realizada, queda plasmada en la siguiente memoria, que estimo reúne los requisitos precisos para ser presentada y defendida para optar al grado de Doctor.

Y, para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración en Ferrol, a 15 de septiembre de 2.014.

Fdo.: *Diego Bellido Guerrero*

CONTENIDOS

Agradecimientos	5
Resumen.....	7
Resumo.....	10
Abstract.....	13
Advertencia	15
I. Preliminar.....	17
1. Presentación	17
2. Objetivos	21
3. Introducción	23
II. Antecedentes históricos	29
III. Estudio de los modelos comparados	103
1. Sistemas sanitarios.....	104
1.1. Características comunes. Divergencias	106
1.2. Problemas comunes	108
1.3. Objetivos comunes	110
1.4. Aproximación a diversos sistemas sanitarios. Mención al sistema sanitario español	111
1.4.1. EE UU	111
1.4.2. Alemania	115
1.4.3. Francia.....	116
1.4.4. Reino Unido	118
1.4.5. Holanda.....	121
1.4.6. Suecia.....	123
1.4.7. Sistema sanitario español	124
2. Proceso de reforma.....	125
Mención a la reforma del sistema sanitario español.....	133
3. Conclusiones	134

CONTENIDOS

IV. Crítica de la situación actual y pulsiones de cambio	141
1. Contenido de la Ley del Estatuto Marco	167
2. Críticas a la Ley	177
3. Ley del Estatuto Básico del Empleado Público	179
4. Regulaciones atípicas: Ley de Ordenación Sanitaria y Ley de Salud de Galicia	188
V. ¿Innovación o mera continuidad?	201
1. Sistema organizativo	201
1.1. Paradigma del cambio	201
1.2. Virtualidad del cambio	211
1.2.1. Nuevas modalidades de gestión: estado actual	211
1.2.1.1. Situación en Galicia	214
1.2.1.2. Valoración crítica de esas nuevas modalidades	223
1.2.1.3. Gestión clínica	227
Breve excursio sobre la actual revuelta generada en el sector sanitario gallego	232
1.2.1.4. Conclusiones	239
2. Modelo de relaciones laborales	242
2.1. Modelo de vínculo individual	243
A. Sistema de selección y provisión de plazas y puestos de trabajo	243
A.1. Propuesta de sistema	247
A.2. Selección de profesionales	248
A.3. Provisión de puestos de trabajo	248
A.4. Movilidad voluntaria	249
B. Sistema retributivo	249
B.1. Propuesta de sistema	253
C. Organización del trabajo y jornada	254
C.1. Propuesta de sistema	256
D. Incompatibilidades	257
D.1. Propuesta de sistema	260

CONTENIDOS

E. Promoción profesional y carrera	261
E.1. Propuesta de sistema	265
F. Prevención de riesgos y salud laboral	266
G. Valoración crítica	269
2.2. Relaciones laborales colectivas	272
2.2.1. Propuesta de sistema.	276
2.3. Relaciones de conflicto	276
2.3.1. Propuesta de sistema.	278
VI. Conclusiones	279
VII. Bibliografía comentada	285
I. Antecedentes históricos e instauración de las actuales estructuras	286
II. Estudio comparativo de los modelos	292
III. Pulsión de cambio.	294
IV. ¿Innovación o mera continuidad?	300

AGRADECIMIENTOS

Con carácter previo, agradezco al Dr. Bellido, como director de este proyecto de tesis, su paciencia y perseverancia para hacer posible su ultimación, a la par que sus consejos y sugerencias que, a la postre, han permitido, tras la configuración de un razonablemente amplio esbozo, alumbrar una reflexión y conclusiones finales en una materia y ámbito tan complejos. Perseverancia constante que finalmente ha incitado y hecho posible al proponente conciliar la preparación y redacción del proyecto con su trabajo diario, residenciado además, como jurista, en un marco de actividad tal especialmente convulso y difícil como el sanitario.

Igualmente, quisiera hacer una sentida alusión y agradecimiento a los sufridos compañeros, asimismo juristas de profesión, que han acompañado, colaborado y, en cierto modo, soportado al proponente en su devenir y menester desarrollado otrora en los servicios centrales del Servicio Gallego de Salud, dentro de la gestión de recursos humanos del organismo. Periodo de tiempo bastante dilatado, coincidente con los años de creatividad e innovación del sistema sanitario (década de los noventa del pasado siglo, fundamentalmente), que ha dado lugar a amplias controversias, a menudo fuertes y acerbas por el interés y propio carácter de los intervinientes, centradas sobre la temática abordada en el presente proyecto.

Quiero hacer especial cita y recuerdo para los abnegados responsables de recursos humanos, en diversos campos y con cargos varios de responsabilidad, ora en la época de dirección del departamento por parte de Carlos Negreira, ya referido en el presente trabajo por

A G R A D E C I M I E N T O S

sus aportaciones en la materia, ora en la ulterior desempeñada, con distinto enfoque y apuntamiento, mucho más economicistas, por Valeriano Martínez.

La cita de los mencionados, así como mi agradecimiento, no devienen baladíes o mera cuestión de estilo, sino obligados por mor de la dialéctica mantenida con interés y convicción innegables en esa época histórica para la gestión del sistema.

Para rematar las memoranzas y agradecimientos, a la vez que como su colofón, deseo recodar y agradecer especialmente –por su especial tino y calidad como jurista de la salud– la aportación a la problemática del sector sanitario de Roberto Pérez, que lamentablemente ha fallecido y al que le dedico y dedicamos todos sin duda un muy grato recuerdo.

RESUMEN

EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO: ¿UNA GESTIÓN IMPOSIBLE?

En desarrollo de la cuestión suscitada con el título propuesto, este proyecto de tesis abarca el análisis del sector sanitario público, lógicamente relacionado con el resto del sector público, en varios aspectos:

- a) Su devenir histórico, desde los primordios hasta su configuración definitiva.
- b) La comparación del sistema español con los del ámbito occidental, en cuanto más próximo y claro referente para nuestro sistema.
- c) Las controversias suscitadas, que han generado una relevante pulsión de cambio, muy marcada en la década de los años noventa del pasado siglo.
- d) Las propias virtudes y fracasos que tal pulsión ha conllevado, con una valoración crítica de lo acontecido, en cada uno de los aspectos más relevantes para el sector.
- e) Finalmente, la propuesta de un modelo de sistema que contempla los ámbitos organizativo y de relaciones laborales, inextricablemente relacionados. El modelo propuesto viene a alumbrar,

RESUMEN

a la postre, una respuesta positiva al interrogante formulado en el título.

Los temas enumerados se analizan en capítulos separados, con un preliminar que abarca la presentación e introducción del proyecto, la explicación de su justificación y pertinencia, los objetivos propuestos, relacionados con el contenido de los apartados, y una breve referencia a la materia de cada uno de estos últimos. Tras el cuerpo de la tesis propiamente dicho, se presentan las conclusiones del proyecto, en respuesta a cada uno de los objetivos propuestos.

La metodología de análisis seguida en el proyecto parte de la utilización de fuentes inherentes al sector analizado, caso del propio modelo sanitario, con las opiniones y estudios realizados por los estudiosos y operadores del sistema, en su ámbito estatal o comparado. Igualmente, se han utilizado los estudios realizados por los tratadistas del sector público en general, así como por los propios operadores y responsables del mismo.

Resulta especialmente relevante para el proyecto la observación, por parte del doctorando, del campo abordado desde sus mismas entrañas, al haber aquel vivido y experimentado las vicisitudes del sector público sanitario en un dilatado periodo de más de veinte años, con la fortuna, además, de resultar beneficiario de la fuerte pulsión de mudanza operante en la década de los años noventa de pasado siglo.

RESUMEN

Se incluye, al final, una bibliografía comentada, con la valoración crítica de las obras y trabajos utilizados, ora de carácter y ámbito más general, ora más intrínseco al sector sanitario, reseñando y comentando de forma más atenta los que han tenido mayor pertinencia en la elaboración del proyecto.

Palabras-clave: gestión integrada directa; gestión diferenciada; empresa sanitaria; gestión del conocimiento; macrogestión y microgestión; gestión clínica; anomia del sistema; sistema sanitario público; vínculo jurídico público; procesos descentralizados; modelo incentivador; reconocimiento profesional; implicación con el sector público; sistema de relaciones colectivas.

RESUMO

O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: UNHA XESTIÓN IMPOSÍBEL?

Para desenvolver a cuestión suscitada co título proposto, este proxecto de tese abrangue a análise do sector sanitario público, lóxicamente relacionado co resto do sector público, en varios aspectos:

- a) O seu devir histórico, desde os primordios até a súa configuración definitiva.
- b) A comparación do sistema español co ámbito occidental, desde que constitúe o máis próximo e claro referente para o noso sistema.
- c) As controversias suscitadas, que xeraron unha relevante pulsión de cambio, moi acentuada na década de noventa do pasado século.
- d) As propias virtudes e fracasos que tal pulsión confrontou, cunha valoración crítica do acontecido, en cada un dos aspectos máis relevantes para o sector.
- e) Finalmente, a proposta dun modelo de sistema que contempla os ámbitos organizativo e de relacións laborais, inextricabelmente relacionados. O modelo proposto vén alumear, ao cabo, unha resposta positiva á interrogante formulada no título.

RESUMO

Os temas enumerados son obxecto de análise en capítulos separados, cun preliminar que comprende a presentación e introdución do proxecto, a explicación da súa xustificación e pertinencia, os obxectivos propostos, relacionados co contido dos apartados, e unha breve referencia á materia de cada un deles. Após o corpo da tese propiamente dito, son presentadas as conclusións do proxecto, en resposta a cada un dos obxectivos propostos.

A metodoloxía de análise seguida no proxecto parte da utilización de fontes inherentes ao sector analizado, caso do propio modelo sanitario, cos contributos realizados polos analistas e operadores do sistema, no seu ámbito estatal ou comparado. Igualmente, foron utilizados estudos realizados polos tratadistas do sector público en xeral, así como polos propios operadores e responsábeis do mesmo.

Tórnase especialmente relevante para o proxecto a observación, por parte do doutorando, do campo abordado desde a súa mesma entraña, ao ter aquel vivido e experimentado as vicisitudes do sector público sanitario nun dilatado período de máis de vinte anos, coa fortuna, ademais, de ter sido recipiendario da forte pulsión de mudanza operante na década de noventa do pasado século.

Inclúese, no final, unha bibliografía comentada, coa valoración crítica das obras e traballos utilizados, quer de carácter e ámbito máis xeral, quer máis intrínseco ao sector sanitario, glosando e comentando de forma máis atenta os que tiveron maior pertinencia na elaboración do proxecto.

RESUMO

Palabras-clave: xestión integrada directa; xestión diferenciada; empresa sanitaria; xestión do coñecemento; macroxestión e micro-xestión; xestión clínica; anomía do sistema; sistema público de saúde; vínculo xurídico público; procesos descentralizados; modelo incentivador; recoñecemento profesional; implicación co sector público; sistema de relacións colectivas.

ABSTRACT

PUBLIC HEALTHCARE SYSTEM: AN IMPOSSIBLE MANAGEMENT?

As a development of the question contained in the proposed title, this thesis project delves into the analysis of the public healthcare system (obviously connected with the rest of the public system), dealing with several issues:

The evolution of the public healthcare system, from its beginning to its current configuration.

A comparison between the Spanish healthcare system and other occidental systems, as a frame and closer reference.

The debate generated about Spanish healthcare system, which caused a relevant drive for change, especially in the 90's.

The virtues and failures of that drive, and a critical assessment of what ensued in the key points of the field.

Finally, a proposal for a new model, which links the organizational system and labour relations. This model finally gives a positive answer to the question in the title.

The subjects above are studied in different chapters with a preliminary which includes a preview and an introduction to the project,

ABSTRACT

an explanation of its objectives towards the matter of the chapters and a reference to them. Past the body of the thesis, the conclusions of the project come in relation to the proposed objectives.

The methodology followed in the project uses sources inherent to the field, the healthcare system, together with views and studies made by scholars and operators of the system, related to Spain and other countries and also papers about the public system on the whole.

It's especially relevant to the project that the doctoral candidate could watch the field in question from its innards, since he worked inside the public healthcare system for more than twenty years and experienced the aforementioned drive for change of the 90's.

The thesis includes an annotated bibliography of the sources used, both from the healthcare and from more general fields, with special attention to the ones most pertinent for the project.

Keywords: direct integrated management, separate management, healthcare company, knowledge management, macromanagement and micromanagement, clinical management, system anomie, public healthcare system, legal public link, decentralized processes, motivational compensation plan, professional acknowledgement, implication with the public system, collective relationship system.

ADVERTENCIA

Por las características de este trabajo, se ha renunciado a la inclusión de aparato crítico en texto. La razón estriba no solo en la búsqueda de la máxima legibilidad para un tipo de texto habitualmente árido, sino, sobre todo, en que el referente más sostenido del análisis son textos de carácter legal (leyes, decretos, órdenes...), ya debidamente identificados. Además, son las únicas o casi únicas fuentes objeto de cita literal.

Naturalmente, ello no quiere decir que no exista diálogo implícito o explícito con otros autores. Esas deudas constan en la bibliografía comentada con que concluye este proyecto de tesis.

I. PRELIMINAR

1. Presentación

Antes de abordar el análisis del tema escogido para el desarrollo de una tesis doctoral, arduo y complejo para cualquier trabajo de investigación y que aquí se acentúa por el ámbito de análisis escogido, resulta obligado exponer sucintamente las razones que nos han movido en la elección del título.

Por un imperativo lógico, el contenido del proyecto de tesis versa sobre el sistema o sistemas de gestión de recursos humanos que se concitan en el sector sanitario, medio en el que el ponente ha venido desarrollando su actividad desde varios ámbitos de prestación.

El tratamiento de esta materia deviene singular en el ámbito abarcado, fundamentalmente por dos razones:

— La primera, por la propia especificidad y dificultad de la gestión del sector, por mor del personal de todas las categorías sanitarias que presta servicios en su ámbito, de características varias y sumamente complejo, así como la estructura y organización de sus instituciones, con peculiaridades evidentes que las diferencian del resto de las Administraciones públicas.

— La segunda, por las probaturas y ejecuciones, parciales o totales según el ámbito afectado, aplicadas en materia organizativa y de técnicas e instrumentos de gestión del personal. La existencia de nuevas modalidades en la gestión de las instituciones, ora de ámbi-

I. PRELIMINAR

to y alcance interno, ora de carácter externo, que condicionan su propia personalidad, se constata en la práctica totalidad del sistema nacional, sin casi excepciones relevantes. En nuestro ámbito de gestión autonómica, han tenido su propia génesis, desarrollo y vicisitudes que comentaremos en su momento.

De ahí que, con el título y ángulo de análisis escogidos, se haya intentado explicitar la amplia casuística operada en todo el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, lo que resulta más difícil, procurar acotarla y definir sus logros, también evidentes fracasos habidos, o incluso, tal vez como realidad final, constatar la mera apariencia de cambio, que no ha mudado sustancialmente o lo ha hecho realmente muy poco, el modelo tradicional de gestión imperante en las Administraciones públicas. Tal circunstancia se constata pese a las formulaciones varias y variopintas vehiculadas en el ámbito del sistema, con verdadero énfasis en muchos casos, que ocultan la realidad de su fracaso o, en su caso, de un éxito muy limitado en sus efectos.

El título, además, apunta a hacer más perceptibles y a ilustrar aspectos que veremos sumamente importantes en el devenir del sector sanitario público.

Considero que el enfoque escogido también evidencia y resalta el importante déficit del conjunto del sector público¹ en la gestión de sus recursos humanos, puesto de relieve por los estudiosos del me-

1 Administraciones y entes allegados.

I. PRELIMINAR

dio en las últimas décadas, dentro del impulso propiciado por la marea de cambio en el sector.

Sobre los procesos de “reforma” o “reformas” de las administraciones burocráticas, existe una bastante amplia bibliografía en cuanto tratamiento en el plano teórico, si bien esta preocupación de los estudiosos no se tradujo realmente en realizaciones prácticas mínimamente plausibles, tanto en el ámbito estatal, como autonómico. Al respecto, basta constatar la más que notable paralización de las medidas de desarrollo de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público del año 2007² desde su publicación, en aspectos tan importantes y claramente simbólicos en cualquier propuesta de reforma como es el caso de la carrera o promoción administrativa y sistema de retribución por incentivos, entre otros que es dable asumir. Por lo que se constata una vez más que el armazón burocrático del estado resulta sumamente lábil y tímido en sus postulados de reforma.

Esta carencia es de carácter estructural, con afectación, pues, al propio modelo de gestión del sector público, que lo hace muy ineficaz e ineficiente, ambos calificativos a la par, con la consecuencia inevitable de una más que notoria insatisfacción del personal a su servicio.³

2 Con este concepto amplio de trabajador público se ha querido intitular esta norma.

3 Desazón del empleado público que se constata en el acometimiento diario de su menester.

I. PRELIMINAR

Al mismo tiempo, el sistema imperante se muestra escasamente permeable y abierto al ciudadano recipiendario de los servicios y frecuentemente se constata una colisión de fondo y de forma entre el empleado público y el receptor del servicio; enfrentamientos que se evidencian de forma muy acerba en los periodos de crisis económica, y de valores en general, como el que nos acontece.

Como primera conclusión tenemos que, de un inapropiado modelo organizativo, se colige una problemática de conjunto que abarca todas las facetas de la gestión, desde el propio sistema de vínculo del personal hasta la totalidad del régimen jurídico aplicable: aspectos retributivos, de promoción profesional, de movilidad y sancionador. A esa situación de incuria se adiciona la desconexión del aparato burocrático del estado con la ciudadanía.

No es el objeto de este trabajo de doctorado abordar la problemática habida en el conjunto de las Administraciones públicas, sino ceñirnos al sector sanitario en los aspectos anteriormente mencionados,⁴ por lo que a ellos nos referiremos en puridad, tarea que, por sí sola, ya resulta muy exhaustiva, dada la enorme complejidad de tal sector.

Las particularidades del sector sanitario, que lo vuelven complejo y especialmente abstruso para su análisis, pasan, sin duda, por el cometido de gestor de uno de los derechos de más importancia y muy

4 Sin olvidar que la gestión de este último sector no está separada y al margen del conjunto de las Administraciones públicas.

I. PRELIMINAR

caro para los ciudadanos: el de la protección de su salud. Protección de la salud ciudadana que, ya desde sus primordios, fue concebida con base en los postulados del derecho internacional desde una perspectiva integral: no solamente garantista del combate a la enfermedad, sino asimismo, y de forma muy importante, del afrontamiento desde los poderes públicos de la adopción de medidas de salud pública, prevención, rehabilitación y reinserción del enfermo y su entorno. Ese derecho de amplio espectro es recogido por el texto de la Constitución Española en su artículo 43, donde se proclama el mentado derecho de protección de la salud.

2. Objetivos

Una vez concretado el medio y ámbito de análisis del proyecto de tesis, paso a explicitar, a continuación, los objetivos propuestos en el menester desarrollado, conforme resulta obligado por la estructura, características y propio apuntamiento del proyecto.

1. El primer objetivo es clarificar o alumbrar un campo de análisis que, como se indicó, resulta complejo,⁵ de gran importancia y alcance económico⁶ y, finalmente, de especial idiosincrasia respecto al resto de los empleados públicos del estado.

2. Aparece, a continuación, inextricablemente unido, un segundo objetivo de plasmación de la realidad vivida en la gestión del sector,

5 Por el personal destinatario de la gestión: profesionales sanitarios.

6 Gasto muy relevante dentro de las partidas presupuestarias, directo e inducido.

I. PRELIMINAR

con las ventajas e inconvenientes, en una muy dilatada, particular y en parte convulsa historia desde los primordios de su gestión. Para ello, se van cohonestando evolutivamente las estructuras organizativas con las medidas de gestión de los profesionales.

3. Como tercer objetivo aparece evidenciar, como contraste y referencia ilustrativa para el sistema sanitario español, las realizaciones operadas en el ámbito comparado dentro del marco de análisis occidental.

4. Colegimos un cuarto objetivo de análisis de la crisis del sistema organizativo tradicional, en cuanto crisis de crecimiento y de eliminación o mudanza, con las propuestas de cambio que emergen, su valoración y análisis de pertinencia.

5. Un quinto objetivo ha de ser el análisis a las estructuras organizativas que se propugnan.

6. Finalmente, concluiremos abordando un sexto objetivo, nuclear de la exposición, que apunta al proyecto de gestión saludable para el sector en los actuales momentos, o acorde con el siglo.⁷

Tales objetivos se verán plasmados en la exposición ulterior y su respuesta aparece contenida en las conclusiones finales del proyecto.

7 No sin la atención y cuidado constantes a los precarios tiempos de crisis que nos acontecen.

3. Introducción

1. Así las cosas, el proyecto de tesis aborda una primera fase expositiva que alumbra sobre los antecedentes históricos del sistema sanitario, antecedentes que, obviamente, principian por las estructuras más arcaicas del modelo que rozan con planteamientos muy básicos, acordes con el estado incipiente de las ciencias de la salud.

De ahí que se pase a exponer de forma suficientemente amplia o cuando menos ilustrativa, los antecedentes históricos atisbables en nuestro ámbito, que intentará desbrozar el proceso histórico de creación y consolidación de las profesiones sanitarias y sus formas de regulación jurídica.

Se atenderá, especialmente, a los cambios y transformaciones muy profundas experimentadas durante el pasado siglo veinte, cuya pulsión en cierto modo, como apreciaremos, aún se mantiene viva en la actualidad.

De forma muy atenta, dada la temática escogida, abordaremos la evolución normativa del régimen jurídico del personal estatutario, ora en su versión individual, ora colectiva, desde las formulaciones más antiguas hasta el modelo contenido en el relativamente reciente –diez años de andadura– del Estatuto Marco de personal que entró en vigor el mes de diciembre del año 2003.

En este apartado también se analizará el paralelo proceso de configuración de las estructuras organizativas del sector sanitario públi-

I. PRELIMINAR

co hasta su actual conformación en el marco del Sistema Nacional de Salud.⁸

Ambos aspectos nos llevarán, indefectiblemente, a palpar el intenso debate sostenido para el establecimiento de un modelo de gestión de nuestro sector, suscitado, sobre todo, a partir de la década de los años noventa del pasado siglo.⁹ Con un debate que se mantiene vigente, a pesar del ascendente cansancio producido sobre todo por dos motivos: la falta de realizaciones plausibles en la reforma del sector¹⁰ y, últimamente, desde hace un tiempo, la crisis económica que de manera indefectible da al traste con cualquier planteamiento o postulado que suponga o implique coste económico.¹¹

Una vez principiada la posible recuperación de la economía, cual gurú de nuestros días y avatares, esperemos que se intente afrontar la reforma, en cuanto al modelo existente, siempre que a la par se supere la otra reticencia apuntada de desengaño o desazón imperante por el fracaso práctico de las mudanzas operadas hasta la fecha.

8 Se hará una imprescindible referencia al modelo gallego de ordenación sanitaria, en cuanto concierne a los que en su ámbito nos concitanos.

9 Pretérito que no periclitado informe de la comisión “Abril Martorell”.

10 Discusiones y planteamientos teóricos sin traslado a la realidad práctica.

11 Y aunque no lo conlleve realmente, ya de por sí se teme y demoniza cualquier novedad o innovación.

I. PRELIMINAR

2. En segundo lugar, se expondrán de forma sucinta los sistemas sanitarios del orbe occidental en un estudio comparado que trate de acotar y valorar sustancialmente su organización, funcionamiento e implicación para los profesionales. Aquí tocaremos inexcusablemente lo relativo a la financiación y la propia viabilidad o sostenimiento financiero de los sectores implicados, sus modelos de organización y gestión, que condicionan de forma ineludible las políticas de personal aplicadas.

Del mismo modo, en este apartado referiremos las concomitancias existentes entre los modelos parangonados y sus puntos comunes en la difícil plasmación del modelo sanitario, a la vez que sus notables diferencias en aspectos concretos y las pulsiones de cambio que se operan en su ámbito, con mayor o menor virulencia.

3. A continuación, se abordará el punto focal del trabajo, que principia por un análisis crítico de esa situación, desbrozada anteriormente con mayor o menor fortuna, que ha dado lugar a experimentos de nuevas técnicas de gestión en todo el ámbito del sector sanitario público. Así tenemos:

— La implantación de fórmulas de gestión desde el marco más amplio, de macrogestión, concerniente a las técnicas instrumentales o modelos organizativos diseñados y aplicables con derivaciones sistémicas y jurídicas importantes.

— El ámbito reducido de la microgestión con las novedades operadas en algunas instituciones sanitarias, que han trasladado sistemas

I. PRELIMINAR

del sector privado en torno a una gestión de carácter más horizontal orientada a la resolución de procesos determinados.

Estos últimos casos se concretan en las medidas de gestión clínica, fundamentalmente por procesos patológicos, que han alumbrado en áreas clínicas determinadas, ya operativas en varios centros sanitarios del conjunto del Sistema Nacional de Salud. En Galicia, entre otros, tenemos un ejemplo notorio con el área de corazón del Complejo Hospitalario de Coruña, ya operativa con indudable éxito, al decir de los gestores y usuarios, desde hace años.

Además, se trata de generalizar tal modelo de gestión en este momento en el sector público sanitario gallego, con una base normativa y premisas que analizaremos con especial amplitud y querencia, dada la importancia e implicaciones de la medida.

4. Finalmente, valoraremos la importancia real y eficacia de las aludidas técnicas e instrumentos de gestión en el conjunto del sector sanitario público, debidamente coherentes con el modelo de relaciones laborales, cuando menos básico, vigente para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, se dispensa una especial atención a lo acontecido en nuestro ámbito territorial gestionado por el Servicio Gallego de Salud.

Su corolario resulta la exposición de un modelo de gestión para el sector sanitario público, que se valora factible a pesar de las dificul-

I. PRELIMINAR

tades del sector y estimamos que viene a responder, de forma favorable, a la interrogación del título, huyéndose, por ende, de la negatividad imperante.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Para llegar a la exposición de un modelo, resulta conveniente asumir y aludir, aunque sea en breve esbozo, a los sistemas pretéritos de relaciones laborales en el sector sanitario y, como marco más general, en el conjunto del sector público.

El relator no puede prescindir de la determinación de su querencia sobre los análisis históricos en general, dada su vocación por el pasado, así como debe asumir los innegables condicionantes que este conlleva para las situaciones actuales, ya explicitados otrora por los historiadores de la antigüedad que iniciaron y preludiaron la versión científica de la historia.

Por eso, se ve impelido, si bien de modo colateral y como apoyo al tema que nos ocupa, a referir las vicisitudes y vaivenes de las relaciones laborales: en la controversia y lucha sostenida para su introducción, en su versión más incipiente, y, de seguido, en su instauración firme y consolidada en los distintos sectores.

Cabe aseverar, con los matices obligados para esta clase de afirmaciones generales, que hasta la caída del Antiguo Régimen no existen verdaderas y asentadas relaciones laborales, ni en su aspecto más genérico o amplio (negociación colectiva), ni en sus versiones más concretas de carácter individual.

Así parece, al no hallarse plenamente implantado un sistema de contraprestación bilateral entre las partes, libremente consentido, a modo de las relaciones contractuales sinalagmáticas.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Pero, como en todos los intentos de comprimir grandes periodos históricos en un conjunto de reglas que sirvan de premisas o hipótesis de trabajo, en nuestro caso también se registran momentos significativos que vienen, en cierto modo, a negar la regla prefijada.

Por eso, conviene hacer un breve recorrido por la historia, señalando la vigencia de esa regla o principio y las excepciones a la misma de que hay noticia.

1. Se ha dicho con bastante reiteración que en la antigüedad clásica no existía una vocación por el trabajo, como corolario de su propia visión humanista que se centraba en el culto a las potencialidades más elevadas del individuo: de goce, disfrute, satisfacción y equilibrio, con fundamento fáctico, como no podía ser menos, en un sistema político y de ordenación de la subsistencia basado en la abominable institución de la esclavitud.

Este aserto ha sido posteriormente corregido, de modo parcial y con cautelas, por estudiosos eminentes,¹² que atisban ya en la antigüedad griega y romana primigenias manifestaciones del sistema capitalista, en cuanto fundamentalmente al desarrollo del comercio y las actividades industriales, considerando, eso sí, la plausibilidad de una vida de ocio con base, además, en causas más profundas que cohonestan con su especial visión religiosa del cosmos.

12 Entre otros, la historiadora francesa Claude Mossé, con un título muy ilustrativo al respecto.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La determinación religiosa se desprende de los meritorios trabajos de antropología histórica que tratan y consiguen, en parte, indagar y justificar, con éxito, el enraizamiento del hombre antiguo sobre la tierra que posee, con la consiguiente preterición, al menos en un ámbito teórico, de otras actividades lucrativas de carácter comercial o industrial.

No obstante, los ciudadanos acomodados de alguna forma participaban en estas actividades¹³ como inversores, de las que obtenían pingües beneficios por lo que cabe hablar también en la antigüedad griega, de una versión del “hombre económico” con cierta entidad, a la par que la tradicional e indiscutida del “hombre político”, caracterización, esta última, sin duda predominante.

Con tales precisiones, se puede señalar con cierta verosimilitud que no existían, *grosso modo*, relaciones laborales basadas en el libre consentimiento, sino más bien relaciones de sujeción fundadas y ejecutadas a través de las desechables formas de esclavitud.

Esta ausencia supuso un verdadero freno para el desarrollo de las profesiones en su conjunto y también las relacionadas con los tratamientos paliativos o curativos que sí tuvieron notable desarrollo e importancia, como así se desprende de las tres escuelas griegas de medicina. Su influencia y posterior asentamiento en el mundo clásico romano lo fue más como impronta del pensamiento filosófico y precientífico y no con el carácter, virtualidad y autonomía que

13 Minas y comercio marítimo, preferentemente.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

conforman una verdadera profesión, aunque esto también debe ser matizado, con la consideración de la relevancia de las tres escuelas griegas aludidas: Cnido, Crotona y sobre todo la de Cos, famosa por el ilustre Hipócrates, que introduce el uso de un método basado en la observación y la razón, a la vez que se embebe de un verdadero humanismo médico explicitado en su famoso juramento.

Y, así mismo, con la justa referencia a ciertos atisbos de profesión médica dentro de la clase de los ciudadanos en su ejercicio profesional: médicos de atletas,¹⁴ médicos militares¹⁵ e incluso, novedad muy interesante, médicos públicos (además de los establecidos por cuenta propia para la atención de los ciudadanos pudientes) sufragados por el estado, que atendían a los pacientes con pocos medios económicos.

También existían algunos especialistas¹⁶ y farmacéuticos-farmacólogos que expedían, a demanda, a la par que los médicos, preparados curativos y paliativos.

Similar estado de cosas se debe predicar de la antigüedad oriental que acreditó un respetable nivel en el cultivo de las ciencias médicas con realizaciones estimables, pero que misturaban posturas científicas con consideraciones y dictados de tipo mágico-religioso.

14 Donde actuaban, simultáneamente, con higienistas y dietéticos.

15 Que ejercían con los ejércitos de campaña.

16 Oculistas y dentistas, preferentemente.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Empero, no se puede desdeñar el importante desarrollo de estudios y aplicaciones científicas o precientíficas, de incipiente contenido sanitario, en la antigua Mesopotamia y Egipto, con la existencia de un sistema de trabajo fundado en principios lógicos y manifestaciones importantes en cuanto a la aplicación de la sintomatología, la etiología y el diagnóstico, así como el tratamiento medicamentoso, con una farmacopea profundamente naturalista basada en el conocimiento terapéutico de plantas y minerales.

Ahora bien, a estos métodos se unían, como actividad complementaria, las prácticas mágicas, que eran terreno de magos y exorcistas, o colegas de similar menester, y se consideraban adecuadas para estimular la voluntad de curación del enfermo.

Con el anterior entramado convivían las profesiones sanitarias, socialmente distinguidas y remuneradas, con relevancia de algunas especialidades, del campo traumatológico, oftálmico y del aparato digestivo. En Egipto, la formación sanitaria se recibía en las escuelas de la vida o templos y era altamente valorada.

La situación, descrita en sus aspectos nucleares, se mantuvo durante el largo interregno de la Edad Media Occidental Cristiana.¹⁷ En

17 En general, poco sugestivo y meritorio para el crecimiento de las ciencias y técnicas por lo que supuso, más bien, un verdadero retroceso, aunque esta afirmación pueda estar sometida a matices, cada vez más importantes, al abrigo de la más reciente posición de los medievalistas, caso del insigne maestro, recientemente fallecido, Jacques Le Goff.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

el decurso de tal periodo, de amplia duración en todo caso,¹⁸ cabe atender a determinados momentos de profusión y proliferación del tratamiento de los aspectos prácticos y científicos, que coinciden, esencialmente, con los denominados “Renacimientos” del periodo medieval y también, ya en el ámbito científico-sanitario, con la recepción e influencia de la ciencia árabe que sirvió de receptáculo y transmisión de los valores de la antigüedad, por mor de su contacto con el mundo oriental, a través, fundamentalmente, del orden bizantino y la Persia Sasánida.

Proceso de recepción de la cultura clásica, en general por parte del mundo árabe, que, si bien ha sido recientemente sometido a una crítica muy dura y posiblemente partidaria por una escuela revisionista, se acepta “pacíficamente” en el ámbito más científico que nos ocupa y con el de las ciencias o tratamientos de la salud.

Nos parece oportuno resaltar, dentro de la génesis e implantación de las universidades medievales, los logros en nuestro campo de la Escuela de Medicina de Salerno, propulsados por un inconmensurable personaje, a mayores de ser Emperador, que lo fue del Sacro Imperio, el Staufen Federico II, en su “paraíso”, así calificado por él mismo, del Reino de Sicilia.¹⁹

18 Con una duración sometida a debate, a tenor del posicionamiento de una “larga edad media”, o de una edad media colocada cronológicamente entre clasicismo y renacimiento.

19 Reino integrado en su corona de modo particular, además de su titulación obtenida respecto al imperio

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Esta escuela de formación y práctica en las artes sanitarias se creó, en torno a los años 1220, con la ayuda e impulso de médicos árabes, a requerimiento del propio Emperador, él mismo apasionado de la medicina. Sus trabajos, desvelos y buen hacer permitieron su puesta en marcha e impulsaron el ulterior progreso de los saberes impartidos.

El Emperador propulsó en la escuela de Salerno y Nápoles los aspectos prácticos de la formación sanitaria, que prescribían, al menos, una disección de cadáveres cada cinco meses e, igualmente, prohibía la realización de estas prácticas a estudiantes que carecieran de conocimientos de Anatomía.

Estas medidas se presentan como realmente meritorias y dignas de resaltar en una época en que las trabas religiosas a este tipo de actuaciones favorecedoras del desarrollo científico eran imperantes. Cabe mostrar, por su relevancia para nuestro medio, la existencia de los hospitales medievales que acogían y atendían, con sus limitaciones y ciertos despropósitos, a los desasistidos sociales –que, por cierto, abundaban–, enfermos o menoscabados por sus deplorables condiciones de vida.

Estos centros creados y tutelados normalmente por la Iglesia²⁰ también fueron regentados por los poderes municipales laicos, con algún impulso de las monarquías nacionales, consolidadas y fortalecidas en el apogeo del Medievo, que costeaban su funcionamiento.

20 Eso sí, siempre inspirados por sus dictados.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Servían más bien de receptáculo, para alivio y supervivencia material de sus usuarios, que de centros de atención sanitaria por los cuidados paliativos o curativos que prestaban, los cuales eran de escasa importancia y valor.

La mención a la ciencia árabe sanitaria resulta obligada, al ser muy estimable su aportación, por lo que conserva de la Antigüedad Clásica y, a la vez, potencia y desarrolla con la aportación de notables representantes. Así mismo, existen ejemplos de notorios médicos árabes que, en su ejercicio profesional en diversas especialidades médicas, aplicaban, no solamente sus conocimientos y pericia en el ámbito de sus países, sino también en el territorio de la cristiandad a requerimiento de los monarcas y personalidades pudientes deseosos de contar con servicios tan valorables y, a la par, resolutivos.

Cabe reseñar, al respecto, la famosa descripción operada por un autor árabe que recoge, en el periodo de las Cruzadas, la aplicación de métodos de tratamiento y curación a las heridas por parte de médicos cristianos y árabes, notablemente sutiles en caso de los últimos y ciertamente bárbaros en el otro caso, que conllevan, sin duda, la muerte por infecciones, a menos de suscitarse un “milagro”.

La difusión de la medicina alcanzada en los países árabes, con centros notorios tanto en la zona oriental como en el territorio “Al-Andalus”, ha sido de tal magnitud y calidad que no permite, por las características del trabajo, un merecido y deseable detenimiento en su contenido. Baste, pues, loar efusivamente su desarro-

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

llo e indicar la incuestionable influencia e impulso que supuso, como verdadera luz emergente en la cierta penumbra del Medievo Cristiano, para la ciencia y profesiones sanitarias.

Con la intitulada etapa del Renacimiento,²¹ se impulsó en su globalidad el progreso de las potencialidades del ser humano de un modo muy estimable. Supuso una considerable ampliación de conocimientos teórico-prácticos respecto a las épocas anteriores con la recepción y énfasis de los conocimientos de la Antigüedad Clásica, a los que se dio cierto impulso en determinados aspectos de nuestro campo, como la anatomía o la farmacopea.²²

En el preparado y aplicación de los productos farmacológicos también influían consideraciones mágico-religiosas, misturadas con postulados marcadamente científicos, como parte importante del tratamiento y énfasis aplicado a las ciencias esotéricas según la teoría, muy extendida en la época, de la correspondencia entre el microcosmos y el macrocosmos.²³

La importancia del estudio y conocimientos anatómicos se patentiza en las obras de arte de esta época que inciden, resaltan y profun-

21 Etapa propia y autónoma, de pertinencia no aceptada en la actualidad de forma pacífica y unívoca por la historiografía, ya que son muchos y muy relevantes los aspectos de continuidad con el medievo.

22 Estudiosos como Paracelso o Vesalio.

23 Relación que, ilustrativamente, se contiene en la frase atribuida al Hermes Trimegisto, el tres veces sabio, “lo que está arriba esta también abajo”.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

dizan notablemente la anatomía humana, por lo que resulta muy interesante la observación atenta de estas realizaciones artísticas para su constatación.

En esta etapa aparecen ya ciertos atisbos o indicios de ejercicio regular de profesiones sanitarias, si bien tampoco existen propia y diferenciadamente como ejercicio profesional reconocido, con organización y ordenación adecuadas, suficientemente valorado por la sociedad o siquiera sus estamentos más elevados, con la concurrencia, pues, de un evidente confusionismo en la conformación y delimitación de las funciones.

A este respecto procede analizar y cotejar la figura del barbero-cirujano (o cirujano a secas, de formación más reglada) con otra más aproximada al médico, que también existía. También, como actividad y trabajo de importancia, parece oportuno señalar la llevada a cabo por las antecesoras de la actual profesión de matronas, sus ancestros, las parteras, que ya tenían su predicamento en la Antigüedad Clásica, como lo constata el hecho de que la madre de Sócrates perteneciese a esta profesión.

En las épocas posteriores se mantuvo el progreso de los conocimientos sanitarios, en puridad dentro de los principios vigentes, aunque con distinto impulso derivado de la propia dinámica y desarrollo de los estados absolutistas, para su posterior configuración como una verdadera ciencia, pero sin que tampoco hasta tiempos más recientes históricamente quepa hablar de profesiones sanitarias con plena convicción y valor.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Se puede afirmar, con relativa certidumbre, que la modificación estructural experimentada tras la caída del antiguo régimen, sirvió de verdadero acicate para el desarrollo de las ciencias experimentales y técnicas, con inclusión de las disciplinas o saberes del campo sanitario.

De este modo, nuestra ciencia principió su prodigiosa escalada con un empuje verdaderamente revolucionario.

2. Así las cosas, cabe aseverar la relativa ausencia y desconsideración histórica de las profesiones sanitarias, diferentemente a la presencia y cierta entidad que se constata para otros cometidos profesionales que sí gozaron de verdadero desarrollo y autonomía a lo largo de los mismos periodos históricos.

Esta evidencia se acentúa cuando centramos el objeto de análisis en el ámbito del sector público, donde las profesiones sanitarias aún han mostrado menor fuerza y presencia que otras profesiones, que sí las han tenido en el conjunto de las funciones y actividades del mismo, con las infrecuentes salvedades que vienen salpicando los periodos históricos, ya parcialmente aludidos.

En efecto, la importancia, en el marco del Estado, de diversas actividades o profesiones con ejercicio de funciones públicas se constata a lo largo de la historia desde épocas remotas coincidentes con los grandes imperios orientales, sobremanera, la función pública imperial china, de una sofisticación, formación y eficacia realmente meritorios y el funcionario-escriba egipcio, de notable predica-

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

mento para la maquinaria compleja de ese Estado; posteriormente la burocracia imperial tardo-romana, hasta las más recientes y complejas de las democracias constitucionales.

En todos esos ámbitos se reclutaba una burocracia importante, creciente en su número de forma paulatina, para abordar las cada vez mayores funciones del estado respecto al conjunto de la población. Incluso existe en la China imperial un sistema de acceso muy sofisticado, basado en el mérito y la capacidad, que contrasta con las modalidades de cooptación o venalidad registradas en otros sistemas.

3. Con tales premisas, se intentará desentrañar el progresivo desarrollo de las profesiones sanitarias en nuestro sector, para llegar a una inteligibilidad más profunda de la situación actual.

En el diseño que se esboce de estos periodos históricos más recientes, que han permitido la conformación paulatina de la ciencia y profesiones sanitarias hasta su pleno énfasis y complejidad actual, tendrá una marcada importancia la consideración del estado de cosas de nuestro país, parangonable, por lo demás, al resto de los países afines del Occidente.

Sobre ello se ha escrito con reiteración, y como cuestión casi apodíctica, que los servicios sanitarios públicos no nacen realmente con verdadera fuerza e impulso hasta bien entrado el siglo XX, con la introducción y el apogeo del aseguramiento obligatorio y como su corolario.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Esta posición se constata como cierta en líneas generales, ya que durante un largo período de tiempo desde principios del siglo XIX –comienzo del constitucionalismo, tras la caída del Antiguo Régimen– hasta bastante rebasada la mitad del siglo XX, los servicios sanitarios se limitaban a atender a situaciones de emergencia, producto de las catástrofes, como epidemias, guerras, etc. y a cubrir las necesidades perentorias y emergentes de la población en régimen de beneficencia.

Es decir, cuidaban y se preocupaban de lo extraordinario cuando el orden público y la pacífica y ordenada convivencia podían verse afectadas e igualmente trataban de cubrir las deficiencias, muy notables y notorias, que la ausencia de caudales privados impedía sufragar por parte de los ciudadanos.

Así, ya en las lejanas Cortes de Cádiz²⁴ se aludía a los problemas sanitarios, en su referencia a limitaciones drásticas de la libertad de los ciudadanos por razones de salubridad pública. Trataban de paliar y controlar los efectos catastróficos de las epidemias que azotaron intermitentemente en esas épocas a través de medidas de carácter policial, pero con la carencia de una organización eficaz y de una legislación idónea.

24 Muestra palmaria del constitucionalismo incipiente en nuestro país entroncado con el período de la Guerra de la Independencia, que sirvió para configurar y fortalecer una moderna idea de nación, desgajada de la pretérita estructura del Antiguo Régimen, pero sin olvidar los atavismos ancestrales marcados por la ausencia de una verdadera época ilustrada.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Una situación parecida concurría en otros países de nuestra esfera, en los que también preponderaban los intereses públicos de cuidado y salubridad de los ciudadanos y control de las fronteras, para evitar el acceso de males difíciles de erradicar.

Paralelamente a esta labor muy general y de carácter tuitivo ejercida por el estado, los entes locales venían desarrollando funciones de policía y salubridad, así como de mantenimiento de hospitales y centros afines.

Las actividades prestadas, acordes con las cuitas e intereses del momento, se reconducían a las siguientes áreas: higiene de la población, saneamiento de focos infecciosos, policía sanitaria y mortuoria, con el añadido de una incipiente y heterodoxa estadística sanitaria y control de medicamentos; en unión de lo que posteriormente se llamará “sanidad exterior”, con el objeto exclusivo de evitar la entrada de enfermedades epidémicas a través de las fronteras.

Se creó la figura del jefe político como máximo responsable de la Administración Central en supuestos de excepción, que tenía atribuciones sobre las autoridades municipales de su ámbito de competencia.

Además, existían las denominadas Juntas de Sanidad provenientes del final del siglo XVIII, con cierto predicamento en la Guerra de la Independencia por las razones excepcionales concurrentes en el conflicto, que tenían una composición y ámbito de carácter municipal y provincial.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Tras el primer periodo constituyente y el interregno producido por los alardes absolutistas del Rey Fernando, en el nuevo periodo constitucional fue esbozado el proyecto de Código Sanitario de 1822, *non nato* por sus excesos centralizadores, que mal se casaban con la visión más descentralizada imperante en ese momento. Empero, debe resaltarse la finalidad loable de poner un poco de orden y establecer las bases normativas y organizativas para afrontar una mejora en los servicios sanitarios de nuestro país, aunque incipiente y centrada en aquellos aspectos más genéricos ya mentados.

Posteriormente, se dictó la Instrucción de Régimen Local para las provincias de 3 de febrero de 1893, que, como era previsible, afrontó el tema sanitario en cuanto inherente a las competencias de ejercicio municipal.

En este ámbito, además de las proclamas de carácter salubrista, se da entrada al primer barrunto de formación de los servicios sanitarios, con la alusión, en su artículo 12 a la procura “de que los ayuntamientos vinculasen facultativos a lo menos para la asistencia a los pobres (...) sin perjuicio de que si los fondos públicos lo pueden sufrir se aplique también la dotación de la existencia sanitaria a todos los demás vecinos...” Tal precepto de carácter programático apuntaba, como es fácil constatar, a la cobertura de la asistencia benéfica para los miserables y como última proclama también a todos los demás vecinos en la medida que lo posibilitasen los caudales disponibles. Primer esbozo de los futuros sanitarios locales que tantos amores y desafueros habrían de generar en el futuro.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

4. Con posterioridad, se producen importantes cambios en materia organizativa, con la adopción de notables medidas que pretieren las estructuras y órganos residuales del Antiguo Régimen y pasan a configurar nuevas entidades y órganos cohesionados, en justa medida, con los principios de carácter político y administrativo vigentes, así como con los logros científicos alcanzados.

En este sentido, son creadas las Academias de Medicina y Cirugía, de gran importancia y predicamento futuros, y fue configurada una estructura administrativa dentro del nato Ministerio de Fomento. En el ámbito competencial de este Ministerio se residen las atribuciones en materia de sanidad que, no obstante, siguen apuntando hacia labores tradicionalmente asumidas como las de Salud Pública y Sanidad Exterior.

Igualmente, se descentraliza la actuación sanitaria tras la división en provincias de la estructura territorial del Estado español, con su atribución a los Subdelegados de Fomento, que pasan a aglutinar las competencias más importantes de ese ámbito, en notorio detrimento de las corporaciones locales que, correlativamente, ven mermadas aquellas.

Estas medidas obedecen, en general, a la actitud política de marcada centralización imperante en la época, que seguía los dictados de la vecina Francia, a la que se copia el sistema de división territorial y de distribución y ejecución del poder en los ámbitos territoriales fijados.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Pero, para nuestro objeto de análisis, tales actuaciones –con independencia de su bonanza administrativa, por lo que de uniformidad, control y rigor conllevan– no implican verdaderos avances, ya que propenden a la consecución de los mismos fines que se venían explicitando a propósito de las épocas anteriores.

5. Un paso importante en la paulatina progresión del sector fue la promulgación de la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855, que se mantuvo vigente durante un larguísimo periodo de tiempo. Los aspectos más dignos de resaltar de esta norma legal cabe comprimirlas, resumidamente, en cuatro grandes principios:

a) Las bases para la reorganización administrativa de la sanidad pública.

b) Residencian las competencias en materia de sanidad en la Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio de Gobernación, por mor de la clara imbricación, que, a entender de sus mentores, tenían las actuaciones sanitarias con la globalidad de la materia de orden público.

c) Fue configurado el Consejo de Sanidad del Reino presidido por el Ministro de Gobernación y diversas personalidades, no todas del ámbito o con conocimientos sanitarios, lo que empecería la necesaria especialización para el correcto desempeño de su cometido.

d) Además, se fijaba una organización territorial de Subdelegados de Sanidad para la aplicación de la normativa vigente, contenida

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

en un sin fin de normas de índole varia, y el cuidado del buen orden y funcionamiento de las estructuras sanitarias más básicas.

e) Como órgano de carácter consultivo para asuntos de gran trascendencia, asesor del máximo responsable provincial que era el Gobernador Civil, aparecían las Juntas de Sanidad, integradas por autoridades sanitarias, expertos sanitarios y vecinos.

f) Consolidación en los ayuntamientos de los facultativos locales.

g) Impulso e independencia de la Sanidad Exterior.

Esta ley da el espaldarazo definitivo a la figura que nos ocupa con la previsión de que profesionales de las clases de médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares se contraten en los ayuntamientos para la asistencia de las familias pobres y apoyo a las labores de policía sanitaria municipal.

Las autoridades provinciales podían impeler a los ayuntamientos para la puesta en marcha de asistencia sanitaria por los profesionales citados en aquellos lugares que carecieran de ella, así como exigir las responsabilidades pertinentes en caso de ausencia de auxilios sanitarios precisos a los ciudadanos. Se especializa notablemente este sector, con una progresiva diferenciación de la sanidad interna y una prolija referencia a las medidas que debían ser adoptadas para evitar la introducción de enfermedades infecciosas en nuestro país.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El comentario crítico final que cabe hacer de la ley se resume en que, con independencia de los logros de carácter organizativo y funcional alcanzados, insiste en el mismo acento de atención preferente a la colectividad y a los problemas que como un todo le afectan, con olvido de las necesidades individuales de la persona.

También soslaya la actividad preventiva como tal, configurada dentro de una política de este carácter de amplio contenido y programa, que solo pasa a ser considerada como respuesta a periodos de excepción por las epidemias o catástrofes que surjan.

6. Durante un largo periodo posterior a la ley comentada no fue impulsada ninguna reforma de verdadera entidad y se hace frente a las concretas necesidades o problemas emergentes por el propio decurso de los acontecimientos con medidas de carácter reglamentario.

El Estado mantenía el criterio, ya aludido, de que la actividad sanitaria se reducía a afrontar, de modo especial, aquellos supuestos extraordinarios de carácter epidémico que fueron apareciendo, con preterición de una política más global verdaderamente preventiva atinente a impedir su aparición y, en general, favorecedora de la salud de los ciudadanos.

Como medida administrativa de cierto peso, al final de siglo se crea y configura la Inspección de Sanidad, que, con el tiempo, sustituirá a los Subdelegados por absorción paulatina de sus competencias.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Con fecha 18 de julio de 1899 se presenta a la Cámara un proyecto de Ley de Bases de Sanidad, que se mantuvo jurídicamente *non nata*, impelido por las circunstancias extraordinarias del momento. Así fue con motivo de la importante epidemia que surgió en Portugal, cuyo azote se temía que asolase nuestro país.

También su elaboración vino determinada por las conclusiones obtenidas en las conferencias internacionales sobre salud, que buscaban celar por la salud del orbe e impedir el peligro infeccioso y pestilencial.

7. El 12 de enero de 1904 se dicta una norma de rango inferior pero de una gran trascendencia para nuestro sector, que fue la Instrucción General de Sanidad. De tal instrucción, con larga vida y virtud varia, puede colegirse las siguientes características:

a) Notable especialización de los servicios sanitarios con respecto a la organización gubernativa y administrativa. De este modo, aparecen potenciados los órganos de carácter sanitario y resalta la Inspección de Sanidad, que se residencia en los Municipios. Al cargo de inspector accedían normalmente los médicos titulares, que, por tal motivo, pasaban a tener un aspecto bifronte, con dependencia tanto de la Administración municipal como de la central por este nuevo cargo. Con tal medida, la Administración central abocaba funciones antes residenciadas en los municipios que, a causa de su trascendencia y afectación general, debían ser asumidas por el poder central.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

b) Se profundiza en la diferencia organizativa de los aspectos de sanidad interior y exterior. A este fin, se crean estructuras distintas con competencias separadas para cada una de ellas.

c) Ratifica el ejercicio profesional de los sanitarios titulares, con la consideración de núcleo básico del sistema. Para tal apuntamiento, fue regulada la vinculación de estos profesionales, a fin de darle un contenido de mayor estabilidad, a través de su contratación de carácter indefinido. Su régimen de acceso aparece contemplado en la normativa, mediante el sistema de oposición que va a tener verdadero predicamento en el futuro.

Una medida acorde con el impulso dado a los servicios sanitarios locales y su sometimiento por los municipios fue la previsión de mancomunidades sanitarias de carácter municipal que permitiesen a aquellos municipios más pobres, o faltos de los recursos suficientes, asociarse para sufragar los costes de la asistencia.

En los años sucesivos a la vigencia de esta instrucción general, no se efectuarán cambios significativos, aunque ya cabe atisbar una cierta expansión del sector público sanitario, a través de la creación de Instituciones idóneas y mejora de las existentes.

Así procede referir la creación de la Escuela Nacional de Sanidad, por Decreto de 9 de diciembre del 1924, y la Escuela Nacional de Puericultura, cuyas bases organizativas serían aprobadas por otro Decreto de 16 de noviembre de 1925 con una finalidad investiga-

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

dora y de docencia, así como diversas instituciones para el tratamiento de las enfermedades socialmente preocupantes.

La proliferación de los servicios sanitarios en campos diversos conlleva que estos pasen a depender de diferentes departamentos ministeriales, por mor de la atención concreta que en ellos se presta a colectivos de ciudadanos o por razones objetivas.

Puede hablarse así de distintos sectores de sanidad residenciados en los ministerios pertinentes acordes con su intitulación: sanidad del campo, sanidad de prisiones, sanidad de justicia, seguridad e higiene en el trabajo etc. Pero conviene insistir una vez más en el énfasis que se sigue poniendo en la salud colectiva, con atención al ciudadano sólo como miembro de la colectividad y para protección de la salud de ésta; es decir, los aspectos supraindividuales en detrimento de los meramente individuales.

8. Con este panorama se llega a la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, que intentó renovar las estructuras existentes y trocar por obsoletos los planteamientos que hasta esa fecha habían informado la sanidad pública.

Empero, tal norma de bases no consiguió alcanzar el objetivo propuesto, ni siquiera en parte y se limita a ciertas innovaciones coincidentes e impuestas por los imperativos del momento histórico. Como referencias más significativas, consignadas en la propia Ley o colegidas de su texto a través de medidas de carácter reglamentario

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

que operaban como una verdadera deslegalización de materias, pueden exponerse las siguientes:

a) Mejoras de carácter técnico acordes con los avances científicos de la época y nivel de conocimientos alcanzados.

Es innegable que, a consecuencia de los más que notables avances científicos experimentados en el orbe civilizado y consiguiente desarrollo de las ciencias médicas, se formularon aplicaciones técnicas acordes para la mejor atención de los ciudadanos. Esta indiscutible mejora no se tradujo en un cambio profundo de carácter organizativo que, con abandono de los pecados y negativos planteamientos del pasado, adaptase esos avances a las necesidades reales de asistencia.

b) Asunción por el Estado de la función pública sanitaria. Esta proclama fue recogida explícitamente en una base de la Ley que arroga al estado el ejercicio de la Función Pública de Sanidad, con la colaboración respecto al mismo de los demás entes públicos territoriales.

El órgano superior en la estructura jerárquica es la Dirección General de Sanidad, como lo había sido antaño, vertebrada en razón de las tres grandes profesiones sanitarias de: medicina, farmacia y veterinaria, por lo que su estructura es de carácter estamental, con la dependencia corporativa que ello implica y las trabas que conlleva para una adecuada organización.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

c) La Ley propende con sus fórmulas a que sea utilizada frecuentemente la técnica de la descentralización funcional para la ejecución de los servicios en los ámbitos territoriales concretos.

De este modo, muy posteriormente, en torno a los años 70 y en aplicación de tal criterio, fue creada la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, como organismo autónomo que aglutinó servicios sanitarios varios que habían funcionado de forma independiente y autónoma.

d) Por la ausencia de una verdadera organización sanitaria, coherente y resolutive de los problemas y necesidades que iban surgiendo, se abunda en la dispersión de los servicios sanitarios, ya existente con anterioridad, por lo que en los años sucesivos se van asumiendo por los distintos departamentos ministeriales competencias en materia sanitaria o de salud pública, cada vez más numerosos y ostensibles. Con este fenómeno, se llega a un conjunto innúmero de órganos ejecutivos o consultivos, con competencias en nuestro sector, residenciados en casi todos los diferentes ministerios.

e) Con la habilitación prevista en esta Ley de Bases, las diputaciones provinciales pasan a disponer de importantes competencias en materia de asistencia sanitaria, de carácter médico y quirúrgico. Con tal predicado, estos entes territoriales ponen en marcha un número elevado de hospitales para atender a la población necesitada y desprotegida, carente de recursos, en los aspectos puramente asistenciales.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

f) En el ámbito local, las competencias sanitarias vienen ejercidas por el jefe local de Sanidad y el alcalde del municipio. La figura del jefe local de Sanidad sustituye al antiguo inspector municipal, que representa y ejerce en el municipio el poder estatal en estrecha colaboración con el alcalde, a quien, de acuerdo con la legislación del régimen local, competen funciones importantes en materia de salud pública.

9. Beneficencia pública *versus* seguridad social asistencial

Además de las medidas de salud pública expuestas, como atención preferente a la lucha contra la enfermedad en su aspecto colectivo para el conjunto de ciudadanos afectados, eran atendidas las situaciones concretas de necesidad por la emergencia de enfermedades, dentro de las posibilidades que el desarrollo científico y tecnológico permitían, a través de los mecanismos e instituciones sanitarias de beneficencia.

Así es el caso de los facultativos sanitarios locales que asistían a los ciudadanos pobres, sin opción por la ausencia de emolumentos a acceder a profesionales de pago. También, de las instituciones de carácter hospitalario para la atención ambulatoria e internamiento, tanto dependientes del estado como, en un número importante, de las Diputaciones Provinciales y Corporaciones Locales. El resto de los ciudadanos pudientes afrontaban con su peculio los gastos sanitarios derivados de sus deficiencias o perturbaciones físico-psíquicas, con mejor o peor resultado, según los avances o progresos de la ciencia médica.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Paralelamente a este estado de cosas, por impulso de la filosofía político-social imperante y de las reivindicaciones cada vez más insistentes de la clase trabajadora que surgió masivamente de la revolución industrial como colectivo importante, se fue abriendo de modo paulatino una vía asistencial ligada al régimen de aseguramiento de sus necesidades.

El estado, con la habitual inacción inherente a los postulados de liberalismo decimonónico, al principio actuaba más como consejero, para fomentar el ahorro y la previsión de los trabajadores, que como celador y tutelante de sus necesidades. Sin embargo, con el transcurso del tiempo se vio obligado en los distintos países occidentales, ya a finales del siglo XIX en la Alemania bismarckiana y después en el resto de los países, a prever la cobertura de las situaciones de necesidad por enfermedad y otras contingencias, tanto derivada de ella como de ulterior aparición.

Curiosamente, los representantes políticos vuelven a preconizar en nuestros días la necesidad de la imprescindible previsión de los ciudadanos para, según ellos, evitar la quiebra del sistema, ratificando sin duda de este modo el final de la concepción del “estado del bienestar” que se presume ya periclitado.

En nuestro país, ya muy tempranamente (a principios del siglo XX), se obligó a la cobertura de determinados riesgos, como es el caso de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Posteriormente, la obligación fue extensiva a otros riesgos, con la formulación para la contingencia de enfermedad común de la Ley

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

de 14 de diciembre de 1942, que introdujo el seguro obligatorio de la misma.

Con la Ley General de Bases de la Seguridad Social de 1963, que desembocó en el ulterior Texto Refundido de 1974, aglutinante de la anterior norma de bases, y posteriores dictadas sobre la materia fue plasmado y sancionado el sistema público de Seguridad Social con carácter general y obligatorio para todos los trabajadores por cuenta ajena. A la par, se establecen los regímenes especiales comprensivos de las distintas clases de profesiones por cuenta propia existentes.

Las medidas adoptadas impelieron la cobertura aludida de los trabajadores afectados por la enfermedad a través de la creación de instituciones sanitarias dependientes de los seguros sociales y sus entidades gestoras (Seguridad Social o mutualidades), que fueron proliferando de modo verdaderamente masivo.

Es el caso de las denominadas residencias o ciudades sanitarias, término eufemístico con el que se trataba de distraer su verdadera función de receptáculo de dolientes, o de los posteriores hospitales, luego complejos hospitalarios.²⁵ También, de las instituciones en régimen de ambulatorio para la atención de los trabajadores que no requería internamiento en institución cerrada.²⁶

25 Estos últimos, a la postre, integrados en las gerencias de gestión única.

26 Tales ambulatorios se consideraban, en contraste con estas últimas, como instituciones sanitarias abiertas.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Para dispensar la necesaria asistencia en estas instituciones, fue preciso vincular profesionales sanitarios que atendiesen a los enfermos que accedían a ellas y adoptar o acomodar su régimen de prestación a las necesidades de los pacientes. Así, en las instituciones hospitalarias, se establece un ejercicio profesional, de acuerdo con las distintas especialidades impartidas, cada vez más complejas y en mayor número, con la permanencia horaria necesaria en régimen de jerarquización; es decir, una estructura piramidal de profesionales que atendían, dentro de las especialidades correspondientes, a los enfermos internados, de modo ordinario durante la jornada habitual, y, fuera de ella, a las urgencias que pudiesen surgir.

En el sistema de prestación ambulatorio eran atendidas las distintas consultas o incidencias patológicas que no requerían hospitalización por profesionales de medicina general o especialidades, sin estar inmersos en la aludida estructura jerarquizada.

Estos profesionales tienen asignado un cupo de asegurados, a los cuales asistían, según demanda o derivación, en una jornada reducida y con una disponibilidad horaria adicional para la atención domiciliaria o urgente. Para esta última se concitaban, asimismo, servicios especializados de urgencia, ordinarios y especiales, ya periclitados en la actualidad aunque con algún ejemplo residual en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Para la cobertura asistencial obligatoria de los trabajadores, fueron seguidas en el ámbito comparado fundamentalmente dos vías diferentes que se colegían de los sistemas de financiación de la asisten-

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

cia sanitaria seguidos: caso de los regímenes de seguro de enfermedad, financiados mediante el aseguramiento; y los regímenes o sistemas de asistencia sanitaria, sustentados a través de los impuestos recaudados por el Estado, con las aportaciones pertinentes de los presupuestos.

Nuestro país se caracteriza por una etapa inicial, bastante larga,²⁷ derivada del seguro, hasta otra actual en la que se proveen los medios asistenciales, que el estado aporta a los ciudadanos a través del montante necesario de los impuestos recaudados. En la actualidad se ha alcanzado, con un grado de consenso total entre el estado e interlocutores sociales, el cien por cien de la aludida cobertura con completa preterición del régimen de aseguramiento, que quedaría reducido a las contingencias individualmente consideradas y no a la enfermedad, que es considerada de interés colectivo y cobertura universal.

Ello, a pesar de los recientes escauceos en cuanto al sistema aplicado por el Estado para el control del acceso a la asistencia sanitaria de los ciudadanos españoles, que se vuelve a vincular de forma primigenia a la condición de asegurado o beneficiario con la correspondiente gestión y control por el INSS (Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, y 1192/2012, de 3 de agosto, que desarrolla el anterior). Tal instrumento se aplica con la finalidad de adoptar medidas de sostenibilidad del sistema sanitario público español, que a la postre lo vuelvan más eficiente, relativas a las modalidades de acce-

27 Desde el principio del modelo hasta muy recientemente.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

so al derecho de la atención sanitaria y a las prestaciones farmacéuticas, situación que ha suscitado un amplio y acerbo debate.

Así las cosas, tras este breve panorama del estado de la asistencia sanitaria en nuestro siglo, constatamos que el desbarajuste era notable y notorio, por cuanto se concitaban instituciones y servicios sanitarios dependientes de varias administraciones y distintas fuentes de provisión: Estado,²⁸ que proveía las situaciones de necesidad total y colaboraba también a la asistencia de los trabajadores, además de su atención a los problemas de policía sanitaria y salud pública; las instituciones dependientes de las Corporaciones Locales como atención de beneficencia; y finalmente la masa, cada vez más importante, amplia, de mayor capacidad y complejidad técnica, de las instituciones de la Seguridad Social (entendida en sentido omnicompreensivo).

A tal estado de cosas, de verdadero dislate y nefasto para una idónea organización, procedía poner pronto remedio, como así se hizo en una etapa ulterior que será tratada en el momento preciso.

Como soluciones tendentes a conseguir una mayor coherencia en la organización y funcionamiento de las instituciones sanitarias, necesaria de todo punto debido a su número, volumen y complejidad, se dictaron normas ordenadoras que propenden a establecer una vertebración en la estructura del conglomerado existente. Así

28 A través, fundamentalmente, de la Administración institucional de la sanidad –AISNA– ya mentada.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

es el caso de la Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962 y más tarde del Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 7 de julio de 1972.

Este importante Reglamento, de aplicación directa a las instituciones sanitarias de la Seguridad Social,²⁹ intentaba, por una parte, ordenar y clasificar las instituciones dependientes del seguro (en cerradas y abiertas) y, por otra, fijar su funcionamiento, ora en su estructura de gobierno, ora en la ejecución de la asistencia ordinaria y permanente. También, por la lógica inferencia de su contenido, dispone un régimen incipiente para los enfermos y un sistema de regulación del personal, en cuanto a su clasificación, régimen horario y ciertas precisiones relativas a la ejecución de su cometido.

Tal Reglamento tuvo bastante fortuna y de hecho alguno de sus preceptos continúan vigentes y de aplicación, al no verse afectados por las posteriores normas de ordenación que se fueron dictando, tanto por el estado como por las comunidades autónomas, a las que se hará mención en su momento.

10. Esbozo de la situación pre y posconstitucional hasta el presente

1. El conjunto imponente de instituciones y dispositivos sanitarios, fundamentalmente de la Seguridad Social, exigía de modo indefec-

29 Y también, en sus aspectos estrictamente asistenciales, al resto de las instituciones.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

tible el establecimiento de una ordenación jurídica de los profesionales, acorde con su modelo de prestación, al que se aludió sucintamente en el anterior apartado.

Para ello, fue preciso elaborar una serie de normas referidas a las distintas clases de profesionales con ejercicio en las instituciones existentes, al margen de estrictos criterios organizativos que venían explicitados en otras normas ya mentadas.

Las propias normas de Seguridad Social regulan aspectos de la ordenación del personal de instituciones sanitarias, con precisiones varias, incluso de carácter procedimental y contencioso. Así es el caso del artículo 45 del Texto Refundido de 1974, que residencia en la jurisdicción social el conocimiento de las cuestiones litigiosas que se susciten entre el personal de instituciones sanitarias y la entidad gestora. Dicho precepto, que establece un fuero específico de jurisdicción,³⁰ ha dado lugar a un sugestivo debate de ulterior comentario.

La normativa del personal al servicio de las instituciones sanitarias dependientes del Estado o corporaciones locales aparece recogida, según la modalidad de su vínculo funcionarial o laboral, ora en los preceptos aplicables para los funcionarios públicos, de ámbito estatal o local, ora en los convenios colectivos del correspondiente ámbito completados por la normativa laboral común.

30 Posteriormente, ha perdido su vigencia.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Con las anteriores precisiones, en esta línea expositiva resulta de obligada formulación comentar, en sucinta referencia, los estatutos históricos de personal de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, publicados con rango reglamentario en torno a los años setenta, que se mantuvieron en vigor hasta hace muy poco, si bien muchos de sus preceptos se habían vuelto ineficaces por inconstitucionalidad sobrevenida. Además, en otros aspectos importantes, han tenido que ser completados por un sinnúmero de normas de distinto rango y características, o meras disposiciones sin carácter normativo.

No obstante, no se debe olvidar el valor y operatividad, notables para su época, de estos estatutos, evidenciados por su longevidad, por mor de que explicitan una cierta flexibilidad en el marco diseñado, vinculada a la atención y real eficacia de la capacidad organizativa y de ordenación que debe predicarse necesariamente para los gestores del servicio público sanitario. No obstante, como es lógico, adolecen de marcadas rigideces y formulaciones anacrónicas en determinadas materias, propias de épocas pretéritas, difícilmente coherentes con una moderna gestión y la exigible regulación jurídica del sistema.

El régimen de personal sanitario facultativo, sanitario no facultativo y no sanitario, venía fijado, pues, en tres estatutos, con esta intitolación, aprobados por Decreto 3160/66, de 23 de diciembre (BOE de 30 de diciembre), por Orden de 26 de abril de 1973 (BOE de 28 y 30 del mismo mes) y por Orden de 5 de julio de 1971 (BOE de 22 de julio de 1971), respectivamente.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Estos estatutos recogían, en un principio, la totalidad de las condiciones laborales y retributivas, así como el acceso de los profesionales incluidos en su ámbito de aplicación. Posteriormente, fueron modificados por normas, a las cuales nos referiremos más adelante, que adaptaron a la Constitución Española y a las circunstancias sobrevenidas el sistema de acceso de los profesionales y el modelo retributivo, preponderantemente.

Con la promulgación de la Constitución Española de 1978 se establece un modelo sanitario de protección universal en su artículo 43.1, en cuanto refiere, sin paliativos, el reconocimiento del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos.

Esta breve referencia implica que la protección de su salud, tanto de carácter preventivo como curativo o paliativo de las enfermedades emergentes, ya no pende y consiguientemente depende de las circunstancias concurrentes en los sujetos, como trabajadores afiliados a un régimen determinado, sino de su condición de ciudadanos y como derecho inherente a la misma.

También conlleva la fijación de un núcleo básico de formulación constitucional que debe ser respetado, en puridad, por los poderes públicos, evitando tanto su anulación o minoración parcial como cualquier discriminación injustificada entre los ciudadanos beneficiarios de la protección que se proclama.

Cuestiones ambas de indudable trascendencia y marcada complejidad, en cuanto a su delimitación y alcance, que han dado lugar a

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

un importante debate y a conclusiones no siempre coincidentes, como se apreciará en los supuestos concretos, que, colegidos de ellas, se analicen.

Tras la entrada en vigor de la Carta Magna y paulatina puesta en marcha del modelo sanitario constitucional, resultó preciso confeccionar y publicar una normativa básica que, con su desarrollo, plasmasen en toda su amplitud las características que iban a conformar el Sistema Nacional de Salud. Así fue, a través de la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, verdadero icono del sistema, que establece las bases del Sistema Nacional de Salud, con dedicación, a la materia que nos compete, de varios preceptos con indudable trascendencia, de carácter básico, incluidos en el capítulo sexto de la norma, “del personal”, artículos del 84 al 87.

Además de estos preceptos, la ley regula los aspectos esenciales que exigía el desarrollo del modelo constitucional. Fundamentalmente y sin ánimo de agotarlos, en lo que concierne a los ciudadanos como pacientes o usuarios del sistema: el acceso con carácter universal a la protección de la salud, derechos y deberes; los principios y fines de la política sanitaria; la integración plena de los dispositivos y recursos en una ordenada, eficaz y eficiente convivencia; la delimitación de competencias entre las distintas organizaciones públicas, con la delimitación territorial de la asistencia y coordinación general sanitaria.

Curiosamente, a pesar de la ya cierta antigüedad de la ley, sus estructuras, instrumentos y mecanismos, y conjunto de derechos que

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

establece, como verdadero estatuto del paciente y usuario de los servicios sanitarios, se han mantenido vigentes hasta que, en época no muy lejana, se ha procedido a aprobar y publicar dos leyes muy importantes: la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, dedicada al estatuto del paciente y usuario, derechos de información y documentación clínica; y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; a la par que se dispone el modelo de ordenación de las profesiones sanitarias a través de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

Pues bien, volviendo a lo mentado, las cuestiones que van a tener marcada incidencia para el establecimiento del régimen del personal al servicio de las instituciones sanitarias, en sus aspectos nucleares, de eminente carácter organizativo y programático, aparecen recogidos en los citados artículos del capítulo sexto.

Tales artículos refieren la necesaria formulación de un Estatuto Marco que sustituya a los antiguos vigentes estatutos de personal y que fije las condiciones básicas del personal de instituciones sanitarias en cuanto a los puntos más importantes de su régimen, cuales son los que el número 2 del artículo 84 señala: clasificación, selección, provisión de puestos de trabajo y situaciones, derechos, deberes, régimen disciplinario, incompatibilidades y sistema retributivo.

Según lo dispuesto en la norma, este futuro Estatuto Marco tendrá rango de ley por cuanto así lo exige el Tribunal Constitucional, que, en la importantísima sentencia 99/87 de 11 de junio, establece la reserva de ley para la fijación del estatuto de los funcionarios

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

públicos y, por ende, como integrante de tal vínculo, hay que entender incurso en ella al denominado personal estatutario de las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. El citado artículo 84 también refiere, en el apartado aludido, la garantía de la estabilidad en el empleo y de la categoría profesional de los empleados del sector.

Estas precisiones, tutelantes o garantistas del personal estatutario, resultan parangonables a las similares que se vienen predicando para el resto de los funcionarios públicos, colegidas tanto de su normativa de aplicación como de la interpretación jurisprudencial de ella.

Asimismo, este precepto contiene una referencia a las funciones asignadas a cada estamento, la cual remite a su fijación en los respectivos estatutos que se mantendrán como tales. Esta regla es ciertamente anfibológica, por cuanto parecía ya atisbarse con verosimilitud que los citados estatutos desaparecerán totalmente con la entrada en vigor del anunciado Estatuto Marco, como así ocurrió, y que, por ende, la determinación de las funciones con la propia configuración de las categorías, excepto para las profesiones regladas, caso de las sanitarias, compete a la normativa de aplicación del mismo, dictadas por las comunidades autónomas en el marco territorial de sus servicios de salud.

Finalmente, como corolario del carácter asignado al área sanitaria, en tanto marco territorial de la gestión, prevé que los profesionales puedan ser movidos o cambiados de puesto de trabajo dentro del área sa-

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

nitaria donde se ubique su prestación, por razones imperativas del servicio y con respeto de las condiciones laborales y retributivas.

Esta previsión trata de conciliar la atención indefectible a las necesidades colegidas de la organización de los servicios con la garantía de las condiciones nucleares de la prestación, en línea similar a lo reconocido por la normativa funcionarial para los servidores públicos.³¹

En desarrollo de la Ley General de Sanidad, como base del sistema, fueron elaborados varios proyectos *non natos* de Estatutos Marco, cuyas características son notablemente diferentes, en correspondencia con los momentos de su génesis.

Así, en los años inmediatamente siguientes a la entrada en vigor de la ley, se confeccionó un proyecto de estatuto con cierta difusión entre los profesionales, que aproximaba manifiestamente, en su tenor, el régimen de personal de instituciones sanitarias al modelo funcionarial.

31 Tal determinación hace constatar la referencia y relevancia del área sanitaria como marco territorial básico para la dispensación organizada e integral de la asistencia, que afecta también al propio ámbito de prestación de los profesionales. Ámbito que, como se evidenciará, aparece recogido en las normas de desarrollo ulteriores, ya emanadas de las comunidades autónomas para el marco territorial de sus respectivos servicios de salud.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Dicho proyecto resultó finalmente infructuoso, sobre todo por malquerencia patente de los gestores, que ya en ese momento entendían que las necesidades imperantes propugnaban la formulación de un marco de relaciones laborales más flexible.

En esta línea de pensamiento marcada por la posición dominante (notablemente privatista), se suscitó la necesidad de un estudio profundo, realizado por expertos a fin de captar mejor los apuntes del sector sanitario y el carácter perentorio de su reforma. De este modo se elaboró, en el año 1990, el “Informe Abril” para la mejora de la sanidad pública, cuyas conclusiones fueron objeto de un prolongado y acerbo debate.

Ese informe apunta hacia la formulación de un modelo de vínculo jurídico de carácter laboral, acorde con el modelo organizativo que pretendían sus mentores, de separación de funciones y marcada autonomía, en régimen de derecho privado, de las entidades proveedoras de servicios. Se predica una clara diferenciación y, por ende, tratamiento, entre el financiador público y el proveedor del servicio sanitario.

Con el devenir de los tiempos y circunstancias imperantes,³² a principios de los años 1990 se elaboró otro esbozo de estatuto de evidente aproximación al régimen laboral, al que incluso se remitía

32 De verdadero énfasis de las conclusiones del informe aludido y posicionamientos similares privatistas de un número importante de estudios o interesados en la problemática del sector.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

expresamente para el establecimiento del vínculo jurídico de los profesionales. Tal esbozo fue duramente controvertido y rechazado por sus beneficiarios y organizaciones sindicales, por lo que no llegó a ultimarse, ni siquiera como proyecto.

La marcada dificultad en la plasmación del modelo de relaciones laborales para el personal estatutario se hace patente con el fracaso de esos dos esbozos de la norma estatutaria y se extiende durante un largo periodo ulterior, por mor de dos premisas fundamentales: la complejidad del medio, cuyas características se analizarán y lo que, a nuestro entender, resulta más relevante y definitorio: la enorme carga e influencia corporativa de los profesionales, sobre todo facultativos, del sector que hacía fracasar cualquier intento en uno u otro sentido, para, al final, mantener una saludable, para ellos, indefinición y ambigüedad jurídica.

A la vista del fracaso, más o menos rotundo, de la plasmación de un Estatuto Marco, en cumplimiento del mandato de la Ley General de Sanidad y, por ende, de la Carta Magna, la administración sanitaria optó por la formulación parcial de normativa sobre aspectos relevantes que no podían ser soslayados por más tiempo, dado su deficiente tratamiento.

Con esta finalidad, fijó, en virtud del Real Decreto-ley 3/87, de 11 de septiembre, la estructura retributiva para personal estatutario del INSALUD, extensible a todo el Sistema Nacional de Salud por interpretación jurisprudencial, dado el carácter de norma básica que se predicaba de la misma.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Esta norma establece un régimen retributivo similar al de los funcionarios públicos, acorde con el posicionamiento de sus mentores en esa época, si bien con ciertas particularidades mínimas que lo adaptaban a la idiosincrasia de las instituciones sanitarias.

Entre tales, cabe resaltar la creación de nuevos complementos derivados de la exigencia del funcionamiento permanente de las instituciones, medida que resulta obligada como corolario de la necesidad de dispensación continuada de la asistencia.

También se consideró válido excluir la aplicación de evidentes derechos funcionariales que se entendían inaceptables para nuestro sector, cual es el caso del grado profesional y su posible consolidación.³³

La primera medida de carácter retributivo resulta ineluctable por derivar del imperativo asistencial, mas no justifica, por su generalización y cierta falta de control, el actual estado de la organización del trabajo en las instituciones, cuya génesis, puesta en marcha y largo mantenimiento, en su actual textura, solo obedece a meros intereses corporativos de la clase médica.³⁴

33 De hecho, tal exclusión supuso para el personal estatutario una ausencia de reconocimiento de promoción profesional, en su aspecto retributivo, muy dilatada en el tiempo.

34 Sistema de prestación asistencial ordinaria reducida a la jornada de mañana, lo que casa muy mal con las necesidades asistenciales y mejor aprovechamiento de los recursos al menor coste, es decir, régimen de eficiencia.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La segunda medida resulta incongruente e injusta por la sencilla razón de que un sistema retributivo debe aplicarse en el conjunto de sus elementos básicos y principios, sin excluir a aquellos que no interesan por resultar más gravosos.³⁵

Posteriormente, por Decreto 118/91 de 25 de enero, se vehicula para todo el Sistema Nacional de Salud el sistema de selección y provisión de plazas del personal estatutario de área, en desarrollo del artículo 34 de la Ley 4/90 de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para 1990.

Esta norma nace afecta de un verdadero menoscabo que, luego, dará lugar a su nulidad radical, por no respetar el principio de reserva de ley para la formulación de esa materia básica, la cual supone un anticipo, en regulación parcial, del contenido prefijado del Estatuto Marco.

Tanto es así que, a finales de 1998, el Tribunal Constitucional, tras su remisión del Tribunal Supremo, dictó resolución anulatoria de la norma presupuestaria que le sirve de sustento. Luego, el propio Tribunal Supremo remitente anuló el real decreto, como corolario de la anterior sentencia del TC.

35 Esta medida realmente deriva del intento de mantener y ratificar, *de facto* más que *de iure*, un régimen de provisión de puestos muy irregular y arbitrario, ya que supera, en ausencia de límites y controles, incluso el clásico sistema de libre designación, aplicable, bien es verdad, cada vez con mayor extensión en las Administraciones públicas.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Tal pronunciamiento obedeció, de forma sucinta, a que se entendió que hubo afectación al principio de reserva de ley, no salvada por la previsión contenida en el precepto mentado de la Ley de Presupuestos, por cuanto no resulta plausible que una norma legal de contenido presupuestario regule materias que exceden de ese ámbito –como para supuestos similares ya había resuelto del Tribunal Constitucional³⁶– y tampoco resulta razonable admitir la normación de la verdadera enjundia y aspectos nucleares de la problemática por vía reglamentaria, realizando, en puridad, una verdadera deslegalización de materias.

Como se indicó anteriormente, el contenido del estatuto del personal de instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud requiere una ley para su formulación y que, por ende, actúe plenamente la reserva de ley.

36 El argumento, ampliamente reiterado, del alto Tribunal consiste en la circunstancia de que “las leyes de presupuestos solo pueden regular materias distintas de su núcleo mínimo, necesario e indisponible (previsión de ingresos y habilitación de gastos) si tienen relación directa con los gastos e ingresos que integran el presupuesto o con los criterios de política económica de la que es el instrumento, siendo imprescindible, además, que se trate de un complemento necesario para la mayor inteligencia y para la mejor y más eficaz ejecución del presupuesto y, en general, de la política económica del Gobierno”. Al no darse estas premisas en el caso enjuiciado, como era previsible, se declara inconstitucional y nulo al artículo 34, cuatro, de la citada Ley de Presupuestos.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Empero su anulación, conviene un breve comentario de la citada norma por su indudable trascendencia en cuanto innovaba profundamente sobre los sistemas de selección de personal y provisión de puestos y, además, por cuanto sus principios aún se mantienen en parte vivos en la actualidad, tras las vicisitudes que expondremos.

La norma configura un sistema de provisión por traslados y selección de personal de todas las categorías de personal estatutario muy próximo al modelo funcionarial, con las particularidades derivadas de las características del sector. Posee la manifiesta virtualidad de unificar los sistemas de provisión y selección que hasta la fecha eran dispersos, diferentes y de dudosa constitucionalidad.³⁷

El concurso de traslados previsto, cuyas formalidades resultan análogas a su homólogo funcionarial, se funda en la valoración de los méritos que incidan preponderantemente en la experiencia profesional acreditada y la selección del personal se basa, fundamentalmente, en el sistema de concurso-oposición, por mor de las características del profesional que accede a las instituciones sanitarias, respecto al cual la importancia que se debe asignar a los méritos acreditados³⁸ se constata más que en otras actividades de las Administraciones públicas; o lo que es lo mismo, el principio de mérito y su incidencia tiene una mayor relevancia en el sector sanitario.

37 Selección únicamente por aplicación de un baremo de méritos, en concurso abierto y permanente con clara preterición de la selección por aptitud.

38 Formativos, de experiencia, de docencia, sic.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Cabe resaltar que el concurso de traslados opera como un sistema de movilidad estricto, sin incluir promoción alguna de los profesionales, cuya única finalidad es satisfacer, pues, las necesidades básicas del personal estatutario en ese punto o aspecto de régimen. Por ende, a través de las convocatorias, se accede a plaza básica de distinta institución e incluso modalidad, caso este último fundamentalmente del personal de enfermería, sin que tal mecanismo conlleve o posibilite paralelamente mejora, promoción o mudanza al alza para los profesionales.

Así, nos encontramos con una movilidad rasa del personal del sistema, cuya justificación y explicación, a la postre, obedece a la ausencia de sistemas, siquiera básicamente configurados, de catalogación de puestos o de relaciones de puestos de trabajo en los centros sanitarios de la red sanitaria pública.³⁹

Además, esta norma regula otras cuestiones conexas con la provisión y selección, de las cuales merecen ser destacadas: la provisión de puestos de trabajo que ostenten funciones de jefatura de carácter sanitario y no sanitario, reconducida al sistema de libre designación y pendiente de desarrollo reglamentario,⁴⁰ y una referencia muy genérica a la selección temporal de personal, que incide en el

39 Esta situación, de forma incomprensible, aún se mantiene en la actualidad en la casi totalidad de los servicios de salud.

40 Dicho sistema ya se recogía con carácter general para la cobertura de puestos de trabajo de jefaturas de unidad, tanto sanitaria como no sanitaria, en el citado artículo 34 de la Ley de Presupuestos de 1990.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

obligado respeto de los principios constitucionales regidores del acceso del personal de las Administraciones públicas y la participación de las organizaciones sindicales en los procesos que se vehiculen a tal fin.

La cobertura de puestos de trabajo de jefatura, que supone la verdadera y única promoción profesional para el personal al servicio del sector,⁴¹ es realmente parca, con unos requisitos que ignoran principios constitucionales básicos, cual es la garantía de publicidad de las convocatorias.⁴² Además, su contenido carece de enjundia y de hecho resulta inoperante, al cifrar su énfasis en la discrecionalidad de los nombramientos y ceses instrumentados.

Por ello, su aplicación ha generado constantes conflictos jurisdiccionales y cercena cualquier intento, aunque mínimo, de instaurar un básico sistema de promoción profesional para las instituciones sanitarias. Sus males se han transmitido a normas posteriores, lo que ha suscitado innúmeros litigios. Igualmente, ha dado lugar a verdaderos problemas de interpretación, ora relacionados con su vigencia, ora con su alcance.

41 Referida al ámbito de la gestión, por cuanto la “carrera profesional” como sistema de promoción ni existía, ni se menta en la norma.

42 En el texto solamente se exige la publicación en los tablones de anuncios de la institución convocante, lo que resulta cuando menos chocante y con tufo de preconstitucionalidad, a pesar del momento histórico en que se opera.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Con las anteriores premisas, tenemos que, en el caso de la provisión de puestos de jefatura, resultaba difícil coherente las secciones articuladas del decreto con el sistema tradicional de cobertura de puestos de jefatura de servicio y sección de unidades de atención especializada por concurso⁴³ o concurso-oposición, como refiere el mencionado artículo 34 de la Ley de Presupuestos para el año 1990; y, también, el contenido de las indicadas secciones con el sistema de cobertura de carácter provisional, de amplia utilización, que venía contenido en unas meras instrucciones de la Dirección General de Recursos Humanos, Suministros e Instalaciones del Ministerio del mismo año 1990.⁴⁴

Este estado de cosas se ha mantenido durante un larguísimo periodo de tiempo hasta la posteridad de la Ley del Estatuto Marco, con lo que se ha gestionado el sistema de provisión de puestos con criterios que omiten y contradicen la aplicación de los principios constitucionales de acceso: igualdad, mérito y capacidad, con la garantía de publicidad adecuada de la convocatoria.

En lo relacionado con la provisión temporal de plazas, la previsión contenida generó dificultades para determinar los sistemas de selección ajustados a derecho: controversia sobre la exclusiva validez de la aplicación del mero concurso de méritos a través de bolsas de trabajo, con baremación de los aspirantes sin que se ejecuten prue-

43 Refrendado por su disposición transitoria segunda.

44 Instrucciones que admiten la cobertura de puesto de mando intermedio por personal con vínculo temporal.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

bas de aptitud complementarias; o, por el contrario, la necesidad imperiosa de realizar esas pruebas de aptitud a los aspirantes para evaluar su capacidad.

También suscitó controversia el alcance de la virtud del vínculo de los candidatos seleccionados en lo concerniente a su mantenimiento en la plaza. Esto último generó una polémica relevante, vehiculada ante el Tribunal Supremo, tras los pronunciamientos contradictorios de los Tribunales Superiores de Justicia entre:

— la defensa de sistemas paccionados de selección de carácter normativo, a través de pactos o acuerdos que diferenciaban la cobertura de carácter coyuntural y la de carácter estructural, que exigía siempre para esta última la mayor puntuación acreditada por el aspirante en la lista correspondiente;

— y la otra tesis, que sostenía el criterio del mantenimiento del aspirante inicialmente seleccionado con arreglo a esos sistemas, cualquiera que fuesen las vicisitudes de la plaza hasta su definitiva cobertura reglamentaria o amortización; tesis esta última que preponderó por decisión del alto Tribunal.

Con esta posición adoptada en su día por el Tribunal Supremo, luego matizada en los Tribunales Superiores de Justicia, se viene a cercenar sin lugar a dudas la fuerza vinculante de la negociación colectiva a través de pactos o acuerdos —que, con tal posición, parece desconocerse— y también, como consecuencia, menoscaba la virtud del principio de mérito en su entidad proporcional a la dura-

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

ción y estabilidad del vínculo, con la introducción de un criterio aleatorio.⁴⁵

Por mor de la anulación de esta importante norma, el estado tuvo que salvar la legalidad de los procesos anteriores, y de aquellos que estaban en curso, en aplicación de sus preceptos. Con tal finalidad, se dictó el Real Decreto-ley 1/1999, de 8 de febrero, que viene a salvar la forma con el mantenimiento en puridad del contenido de la norma fenecida.

Una vez publicado ese Real Decreto-ley, principió la elaboración de una ley de selección y provisión de plazas y puestos de trabajo, finalmente formalizada como la Ley 30/1999, de 5 de octubre, la cual supuso la primera norma con rango idóneo que, por su amplitud y ambición, anticipaba en ese ámbito de regulación el futuro Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.⁴⁶

La ley reproduce sustancialmente los principios de la anterior norma para, por una parte, salvaguardar la legalidad de los procesos

45 En la actualidad, el Estatuto Marco del Personal resuelve definitivamente la controversia, como veremos, al definir las modalidades de nombramientos temporales, sus características y duración. Sin embargo, he ahí el largo conflicto sostenido, que evidencia, como otros aspectos, la complejidad y dificultad del medio.

46 La propia ley plasma la necesidad de aprobar el Estatuto Marco en un plazo de 6 meses desde su entrada en vigor, plazo que, como resulta habitual en la ejecución de estos menesteres, fue incumplido con creces.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

pretéritos, como se ha indicado, y, por otra, abordar un modelo transitorio de regulación, en espera de la definitiva plasmación del EM.

2. A la vez que se formulaban estas importantes normas, si bien parciales y claramente insatisfactorias, de ordenación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, como anticipación del futuro Estatuto Marco se fueron dictando otras disposiciones de mero carácter organizativo, tanto por el Estado como por las comunidades autónomas con competencias transferidas en materia de asistencia sanitaria.

Estas normas organizativas recogían las querencias vigentes en la década de los ochenta por influencia de los modelos comparados, relativas a la introducción de estructuras profesionalizadas en la gestión de las instituciones sanitarias; lo que se ha venido a denominar “la etapa gerencial”.

Con anterioridad a ella, las instituciones sanitarias, ora de carácter hospitalario, ora ambulatorio –sectoriales existentes respecto a estas últimas–, estaban organizadas y gestionadas de forma burocrática e insuficiente. Su organigrama directivo se configura en la cúspide con la figura de un *primus inter pares*, residenciada habitualmente en la dirección médica del centro, ejecutora de las normas vigentes en cada momento y de las profusas directrices de los órganos de la Administración central y periférica. Y la labor gestora se completa con la existencia de un sufrido administrador, personaje altamente burocrático, que desarrollaba las tareas más elementales de

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

carácter presupuestario, gestión de personal y mantenimiento, y un responsable de enfermería, que disciplinaba a este importante y numeroso colectivo.

Como se constata, un incipiente y muy arcaico organigrama de gestión, ya escaso e inadecuado para la gestión de un sistema cada vez más imponente, en medios y recursos, y complejo.

Entre las aludidas normas cabe citar el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD, aprobado por Real Decreto 521/1987, de 15 de abril (BOE de 16 de abril de 1987), que, como fácilmente se colige de su larga intitulación, establece la ordenación de los hospitales de la Seguridad Social en aspectos como su estructura y órganos de dirección, con la fijación de divisiones para las áreas más delimitadas;⁴⁷ los órganos colegiados de participación y asesoramiento; y el funcionamiento de las instituciones hospitalarias, con ciertas precisiones en cuanto al acceso e ingreso de los pacientes y la jornada ordinaria y turnos de guardias para la atención permanente de aquellos.

Este Reglamento de hospitales se aplica con carácter supletorio a los servicios de salud que carezcan de norma propia o para cubrir las lagunas que pudieran existir en la regulación de sus disposiciones específicas.

47 Gerencia, médica, enfermería y servicios generales.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

También se dictaron normas de ordenación de la atención primaria, con la definición de las estructuras básicas de la salud, que establecen sistemas más modernos y adaptados a las necesidades actuales de atención en el primer nivel y relega los obsoletos dispositivos tradicionales que venían siendo utilizados, como era el caso de las instituciones abiertas.⁴⁸

Los nuevos modelos previstos de atención primaria, en desarrollo de las premisas establecidas en la Ley General de Sanidad, se configuran con una visión de trabajo en equipo con interrelación y apoyo recíprocos entre los profesionales que prestan la atención sanitaria más básica y con una jornada completa de dedicación dentro de una estructura jerarquizada.⁴⁹

La problemática suscitada para la puesta en marcha de estas nuevas estructuras organizativas en la atención primaria, dependiente a la postre de las características concurrente en cada Servicio de Salud y, por ende, variable en su incidencia, fue la integración de los profesionales sanitarios del modelo tradicional: funcionarios sanitarios locales y estatutarios de cupo y zona. La prestación de servicios de

48 Configuradas en ambulatorios y consultorios.

49 Según las normas de ordenación de la atención primaria de cada Comunidad Autónoma o INSALUD, en su caso, vienen existiendo equipos o unidades de atención con un ámbito territorial municipal o supramunicipal dentro de unos ratios de población, con estructura jerarquizada dependiente de un coordinador o jefe de equipo-unidad, jornada ordinaria completa de atención y, finalmente, integrados en un servicio, que aglutina varios de ellos.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

estos últimos, como ya se expuso con anterioridad, venía caracterizada por una autonomía plena en el ejercicio profesional, sin dependencia jerárquica ni trabajo en equipo y un régimen de atención en consulta durante una jornada reducida de dos horas y media, con el añadido de la atención domiciliaria, así como de la urgente, de no existir servicio específico para esta última asistencia.

En varios servicios de salud aún no se ha resuelto definitivamente la integración plena de estos profesionales en las nuevas estructuras de equipo o unidad, con el mantenimiento de la dicotomía y difícil convivencia, en muchos casos, entre los dos sistemas, lo que indefectiblemente menoscaba la calidad de la asistencia a los usuarios. Realmente, no existe una voluntad política de ultimar el proceso de integración, sobre todo por parte de las comunidades autónomas, ya que el Estado ha abordado recientemente un proceso de integración forzosa con fecha de caducidad, que se ha quedado en mero proyecto al no ejecutarse forzosamente.⁵⁰

11. Sistemas de representación y negociación colectiva de las condiciones laborales y modalidades de conflicto

No podía faltar un análisis, aunque somero, de las relaciones laborales en sus aspectos colectivos, que son los que conciernen al con-

50 Disposición adicional decimosexta del Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

junto de los profesionales como un todo, tanto en sus circunstancias históricas como en su actual conformación.

Esta faceta, trascendental en el devenir de las relaciones laborales que ha supuesto su verdadera consolidación y mejora, ha sido habitualmente denominada “negociación colectiva”.

Lógicamente, la negociación colectiva ha sufrido en el decurso de la historia notables vicisitudes, desde su más pretérita formulación arcaica a través de medidas de fuerza, transidas frecuentemente de violencia, hasta la más depurada de los actuales momentos históricos, caracterizada por un ejercicio de debate y controversia perfectamente normalizados y con paridad en las partes intervinientes. Se busca establecer un equilibrio entre las partes que permita alcanzar soluciones consensuadas, las cuales, a la postre, garantizan el mayor consenso y asunción de las medidas de regulación del trabajo.

La historia de la negociación colectiva viene condicionada por las vicisitudes de las relaciones de trabajo a que apunta o tiene por objeto, por lo que no es dable hablar de tal negociación hasta que, de alguna forma, aparecen instauradas tales relaciones mediante la formalización de contratos que generen obligaciones recíprocas, caso de la relación sinalagmática.

Para ello, resulta indefectible la libertad de los intervinientes, con exclusión de otras relaciones impuestas o coercitivas, como era el supuesto de las derivadas de la institución de la esclavitud o sistemas de servidumbre.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Por lo tanto, hasta que no se desechó el sistema esclavista o su corolario, el de servidumbre, con vigencia a lo largo del Antiguo Régimen, caracterizados por una obligada prestación de las partes sujetas respecto a los privilegiados que disponían de sus servicios sin posibilidad de oposición, son inexistentes las relaciones laborales en su versión individual o colectiva.

Ahora bien, como en todas las aserciones históricas, también aquí se dan excepciones, cual es el caso de aquellos movimientos proletarios en la Antigüedad o épocas posteriores del Antiguo Régimen, que, gestados por hombres libres, instaban a una mejora de sus condiciones de trabajo, normalmente apoyados en actos violentos. Así ocurrió, a título anecdótico, en los periodos iniciales de la República Romana, con retirada de la plebe al Monte Aventino, en una verdadera caída de brazos para exigir la mejora de sus condiciones políticas y materiales, lo que desembocó en la instauración de la Magistratura del Tribunado de la Plebe.

Ya con anterioridad se había producido en la época egipcia –periodo de Ramsés III, de 1186-1154 a. d. Cristo– la primera “huelga” conocida, protagonizada por los trabajadores de la colonia de Deir el-Medien, con específicas reivindicaciones salariales.

Lo que resulta predicable del sector laboral en su conjunto, también lo es del que nos ocupa, que, además, por sus peculiares circunstancias ya aludidas con anterioridad, tuvo incluso una implantación aún más incipiente o menos generalizada.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las profesiones sanitarias, salvo raras excepciones, eran ejercidas con notable autonomía e independencia y al margen de vinculaciones entre partes o colectivos, frecuentes en otros sectores de producción o servicios.

Esta autonomía resulta acorde con la idiosincrasia de la profesión sanitaria, revestida frecuentemente de una aureola casi mística, de impronta sacralizada o con tintes marcadamente religiosos, que difícilmente casaba con un vínculo o dependencia profesional.

De ahí que, hasta muy recientemente, no sea posible asignar verdadera entidad, dentro de un marco recíproco de derechos y deberes por la vinculación jurídica existente entre las partes, a los profesionales sanitarios, como también ocurre con otras profesiones denominadas liberales y de parangonables atributos: abogados, arquitectos, etc.

Con estas características peculiares nos encontramos, tras la caída del Antiguo Régimen y la asunción paulatina por el Estado de las necesidades sanitarias de la población, con la progresiva vinculación de profesionales a la atención sanitaria en sus diversas vertientes, tanto en los niveles más básicos, como los más sofisticados y complejos de los hospitales.

A esta vinculación, cada vez más masiva, hubo que dotarla de asidero jurídico, formalizando el vínculo correspondiente entre las distintas administraciones y los profesionales. Ya se hizo mención de los sistemas de vínculos existentes en el sector.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

También, a la par que el resto de los servidores públicos, se hizo preciso dotar al sector de una adecuada representación, tutelante y celadora de los derechos de los profesionales.

El derecho de representación de los profesionales al servicio de las Administraciones públicas fue tardíamente sancionado por las circunstancias históricas de nuestro país, que soportó una ignominiosa dictadura durante largos años, cuyos principios cercenaban cualquier atisbo de existencia y actuación próxima al sindicalismo o defensa colectiva de los derechos de los empleados.

Asimismo, chocaba de forma palmaria con el modelo funcional entonces vigente de sometimiento pleno al interés público que venía representado y tutelado por la Administración. Modelo que, por su propia idiosincrasia, impide o cuando menos minora o debilita notablemente la posible cesión, a través de pacto o acuerdo, en la determinación de las condiciones del empleado público.⁵¹

Por el contrario, el imperativo de las circunstancias, unido al carácter paternalista del Régimen, condicionaron la aceptación de un marco de relaciones laborales colectivas para el sector privado, por lo demás ganado a pulso con innegable esfuerzo y sufrimiento por los trabajadores ya desde el inicio de la revolución industrial. Pro-

51 Idiosincrasia, además, muy acentuada por las características autoritarias del régimen de Franco y su corolario hasta la definitiva consolidación del sistema democrático.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

ceso, empero, muy desvirtuado en España por la ausencia de un sindicalismo libre.⁵²

Con la entrada en vigor de la Constitución Española aparece proclamada, sin trabas y con rango de derecho constitucional, la sindicación de los trabajadores, tanto del sector privado como público, y el desarrollo de la negociación colectiva para alcanzar soluciones consensuadas a su problemática.

Para el sector privado, con una larga trayectoria de negociación y acuerdos, el reconocimiento constitucional supuso un verdadero espaldarazo, al consagrar el convenio colectivo como fuente primaria y más prístina del derecho laboral.⁵³ Pero en el sector público prácticamente estaba todo por hacer y no existía, como se ha explicitado, una verdadera tradición de negociación colectiva o participación en las condiciones de trabajo.

Por ello, cumpliendo el mandato constitucional,⁵⁴ hubo que dotar al sector público de suficientes medidas normativas y medios idóneos para acometer la puesta en marcha de un modelo de participación y negociación de los profesionales a su servicio.

52 Las normas paccionadas se negociaban en el marco del sindicalismo vertical oficial, que hermanaba religiosamente a trabajadores y empresarios por sectores de producción.

53 Artículo 37 de la Constitución Española.

54 Mandato un tanto lábil y de dudoso alcance, por las características ya aludidas del empleado público.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Así se hizo con las prescripciones contenidas en la Ley Orgánica de Libertad Sindical de 1985, que reconoce plena carta de naturaleza al derecho a la sindicación en el sector público, con la libertad de creación y afiliación a los sindicatos y organizaciones representativas de los trabajadores, régimen jurídico sindical, representatividad, acción sindical, tutela de la libertad sindical y represión de las conductas antisindicales. Y posteriormente, a través de la publicación de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones públicas sometido a una relación funcionarial o estatutaria.

Esta ley, modificada en aspectos muy concretos en el año 1990 y, posteriormente, en lo que concierne al proceso de elecciones de los representantes, resulta trascendental por cuanto da contenido y plasma el ejercicio práctico, con la virtualidad que la norma establece, de un derecho que ya había sido sancionado constitucionalmente y asumido de modo incuestionable en el ámbito de las democracias occidentales.

Ley, pues, muy novedosa y que alumbra de forma bastante contundente, sobre todo tras la mudanza operada en 1990 con la introducción de la negociación colectiva de los empleados públicos, el ejercicio y virtud de tal derecho. En ellas se fijan los sistemas de participación y negociación de los funcionarios y personal estatutario, el proceso de elección de sus representantes, el contenido y peculiaridades del derecho de reunión y las formas de consenso alcanzadas a través de la formalización de pactos o acuerdos.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Con independencia de las bonanzas y limitaciones, algunas de verdadera enjundia, en que incurre la ley en su plasmación del modelo de negociación colectiva en el sector de los empleados públicos, se pasan a exponer los aspectos más importantes de la regulación para, luego, en el apartado correspondiente, operar su crítica más amplia y rigurosa.

Como apuntamientos más importantes de la regulación, en lógica síntesis, parece razonable explicitar los siguientes:

1. La norma establece un sistema de representación de personal a través de las denominadas Juntas que integran un número de miembros por unidades de representación, resultantes de un criterio proporcional aplicado al número de trabajadores que ejerzan el derecho de elección. El proceso electoral reúne los requisitos de ejercicio libre, directo y secreto por los funcionarios-estatutarios que prestan servicios en los ámbitos territoriales que residencian la elección. Tal proceso se desarrolla con todas las garantías precisas, dotado de la suficiente publicidad y dentro de los plazos requeridos para su plena consistencia.

2. El ámbito territorial escogido por el legislador para fijar la unidad de representación del personal estatutario de instituciones sanitarias es el correspondiente al área sanitaria, como marco en el que se concitan los dispositivos de asistencia de los dos niveles en plena interrelación, de acuerdo con el dictado y característica que refiere, para tal ámbito, la Ley General de Sanidad.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Dicho marco puede ser variado a través de una negociación con las organizaciones sindicales afectadas, al no venir revestido el precepto que lo fija de la consideración o carácter de básico y, por ende, inderogable por las partes afectadas. Por lo que, de no existir cambio del ámbito de las unidades de representación que conforman las juntas de personal de instituciones sanitarias, estas serán elegidas para las distintas áreas sanitarias en que se organiza territorialmente cada servicio de salud.

3. Los representantes electos de las juntas de área gozan de una serie de garantías y derechos que tienden, por una parte, a facilitar el ejercicio de sus funciones⁵⁵ o a evitar los menoscabos o represalias que se les pueda irrogar por su arduo cometido.

Igualmente, tales órganos de representación poseen la facultad de ser informados sobre los aspectos más relevantes en materia de personal o condiciones de trabajo dentro de su ámbito de actuación; de emitir informes en los supuestos, de evidente trascendencia, relativos al traslado total o parcial de instalaciones, planes de formación de personal e implantación o revisión de sistemas de organización y métodos de trabajo; y, finalmente, se les legitima para la interposición o ejercicio de procedimientos administrativos y acciones en vía administrativa o judicial, en todo lo relativo al ámbito de sus funciones.

55 Concesión de crédito horarios retribuido de hasta 40 horas mensuales –o más si se pacta–, acceso y circulación libres por las dependencias de las instituciones.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En mayor o menor medida se vienen ejerciendo esas funciones, ya que existe una manifiesta reluctancia de las Administraciones sanitarias, en los ámbitos respectivos de las gerencias,⁵⁶ a facilitar la mentada información y aún mayor y más evidente a proceder a la consulta o emisión de pareceres de lo representante sindicales electos.

Como contrapartida a la amplia información de la que son recipientarios, se les exige la lógica obligación de sigilo, control y reserva en su actuación.

4. La participación en la determinación de las condiciones de trabajo se regula en la ley fijando, por una parte, la materia que es objeto de negociación y, por otra, las formas en que, tras el proceso negociador correspondiente, se recoge el consenso de las partes intervinientes. Para ello, la norma establece unas materias que deben ser objeto de negociación, sin menoscabo de llegar o no a consenso y los órganos que tiene residenciada la competencia para negociar.

La temática negociable incluye los aspectos nucleares y de mayor trascendencia en las condiciones de trabajo y retributivas del personal funcionario y estatutario; eso es: retribuciones, oferta de empleo, provisión y promoción profesional, sindical, régimen de la prestación de servicios y, en general, cuantas afecten a las condiciones de trabajo de los profesionales. Sobre ellas es preciso desarro-

56 Estas últimas, actualmente, en Galicia con un ámbito de área.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

llar un proceso negociador, aunque al final no se alcance el consenso deseado por las partes.

Hay otras cuestiones que la ley excluye de la obligatoriedad de negociar, sometidas sólo a consulta, cuales son las reservadas a la ley o que supongan incremento de disponibilidades presupuestarias, cuya autorización compete a las Cortes Generales o Asambleas Legislativas de la comunidades autónomas.

Y, finalmente, no son objeto de negociación ni de consulta las actuaciones inherentes a las potestades de organización, ejercicio de los derechos de los ciudadanos ante los funcionarios públicos y procedimientos de formación de los actos y disposiciones administrativas, siempre que, tratándose de las primeras referenciadas, no afecten a las condiciones de trabajo del personal, en cuyo caso sí procederá la consulta.

La obligación que se colige de la ley lo es de medios, pero no de fin; lo que se traduce en que es obligatorio negociar pero no llegar a acuerdos, aunque al final éstos sobrevengan, a menudo, como resultado del proceso, por cuanto indudablemente sirven de asidero y refuerzo para la mayor virtualidad y convicción de las decisiones que se adoptan en materia tan importante.

El proceso negociador se residencia en el ámbito de los servicios de salud en cada una de las mesas sectoriales del personal de instituciones sanitarias de los servicios de salud, por lo que solo aparecen legitimadas para negociar y consensuar los resultados, de la forma

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

que se dirá, las citadas mesas sectoriales, con evidente preterición de otros órganos o unidades de negociación más básicas, que carecen de esta concreta facultad.

5. El resultado de la negociación podrá desembocar en el fracaso más o menos completo y desasosegante para las partes, según sea el grado de esfuerzo e interés mostrado en el proceso; o por el contrario, en un consenso total o parcial,⁵⁷ que se formalizará a través de lo que la ley denomina pactos o acuerdos.

Para la caracterización de estos sistemas paccionados –que no claramente normas–, la ley ha huido de la mucho más tradicional intitulación del Derecho Laboral, cual es la de convenios colectivos, para, tal vez de alguna forma, limitar su eficacia a la vista de la suma potencialidad que estos últimos poseen e, igualmente, diferenciar en este extremo el sector público del privado, por mor de las propias características y tradición del primero. Lo cierto es que esta distinta configuración y fuerza que les confiere la norma ha dado lugar a un sin fin de problemas de eficacia, por lo menos teóricos *lege data*, a los que ulteriormente se aludirá.

Los pactos y acuerdos se diferencian en cuanto al ámbito competencial que corresponda a la materia negociable y deberán establecer los elementos mínimos de identificación, vigencia y contenido, con obligada publicidad en los diarios oficiales correspondientes.

57 Más bien lo primero, por la plena imbricación de la materia negociable y el resultado de la misma como un todo.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

También la norma determina, respecto al proceso negociador, la posibilidad de que se den instrucciones previas para encauzar o ajustar el mismo –a modo de convenio marco impropio– y se arbitren salidas plausibles para el supuesto de su fracaso, con el dictado unilateral de las condiciones de trabajo del personal que resulten pertinentes.

Nos parece que las apuntadas, en apretada síntesis, son las características más relevantes de esta importante norma, que introduce por fin en nuestro país un sistema de representación y participación de los servidores públicos, tan largo tiempo esperado y demandado por los agentes sociales. Su posterior mudanza, muy reciente, como se analizará, mantiene en esencia o pureza incólumes sus principios.

Tras un largo periodo de vigencia y aplicación de la norma aludida, se operó una definitiva –cuando menos hasta el momento– formulación del marco de relaciones laborales colectivas en la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, Ley 7/2007, de 12 de abril. Esta ley, que viene a introducir una regulación unitaria –a ello apunta claramente– de los empleados públicos del Estado español, con afectación incluso en determinados aspectos al personal laboral, dispone en su capítulo IV, artículos 31 a 46, las reglas que van a vehicular los procesos de la negociación colectiva, la representación y participación institucional y el derecho de reunión.

El artículo 31 define y configura cada uno de los mentados derechos en la línea ya regulada por la pretérita legislación. Con la pre-

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

cisión importante, si bien ya implícita en la normativa anterior, de que se tendrán en cuenta las previsiones establecidas en los convenios y acuerdos de carácter internacional ratificados por España.

Como novedades más relevantes, respecto a la anterior regulación de la materia, es dable referir las siguientes:

a) El marco de la negociación colectiva con la articulación de mesas de negociación en los dos ámbitos de: mesas generales de la Administración General del Estado y de cada una de las comunidades autónomas, cuyas competencias abarcan las condiciones de trabajo comunes a los funcionarios de su ámbito; y mesas sectoriales, cuya competencia concierne a los temas comunes de los funcionarios del sector que no hayan sido objeto de decisión por parte de la mesa general respectiva⁵⁸ o a los que ésta explícitamente les envíe o delegue.

La mudanza respecto a la situación anterior pasa sustancialmente por la creación de esa mesa general dentro del ámbito de la Administración General del Estado, intitulada mesa general de negociación de las Administraciones públicas, cuya composición la integran, por una parte, los representantes de la Administración del Estado, a quien se confiere la presidencia y los representantes de las comunidades autónomas y, por otra, los representantes de las organizaciones sindicales legitimadas con la distribución resultante de las elecciones para los órganos de representación de personal,

58 General o autonómica.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

delegados de personal, juntas de personal y comités de empresa en el conjunto de las Administraciones públicas,⁵⁹ mesa a la que se arroga explícitamente la competencia para la negociación de las materias susceptibles de regulación estatal con carácter de norma básica, con alusión, de forma específica, a la negociación del incremento global de las retribuciones del personal al servicio de las Administraciones públicas.

b) Las materias objeto de negociación, contenida en el artículo 37 de la ley (uno de los puntos nucleares de la regulación), mantiene en puridad las anteriores previsiones incorporadas por la trascendental reforma de la Ley 7/1990 con la referencia a la materia objeto de negociación en un elenco de trece apartados, las cuestiones nucleares concernientes a las condiciones de trabajo de los funcionarios públicos, desde la fase de acceso y provisión de puestos, hasta todo el amplio abanico de las circunstancias y eventos que se pueden concitar en el desarrollo de una prestación de servicios.

Se produce la exclusión de la obligación de negociar, ya parcialmente contenida en la normativa anterior, de aquellas decisiones que afectan a las potestades de organización,⁶⁰ con la particularidad de que sí existe obligación de negociar sobre la repercusiones del ejercicio de esas potestades que afecten a las condiciones de trabajo.

59 Incluye, pues, al personal funcionario y laboral.

60 Núcleo duro del ejercicio del poder, potestad-deber, por ende, como tal, irrenunciable.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Asimismo, se excluye de tal obligación de negociar la regulación del ejercicio de los derechos de los ciudadanos y de los usuarios de los servicios públicos, así como el procedimiento para la formación de los actos y disposiciones administrativas;⁶¹ y, finalmente, se excluye del mentado imperativo la determinación de las condiciones de trabajo del personal directivo,⁶² los poderes de dirección y control propios de la relación jerárquica⁶³ y la concreción de los procedimientos de acceso al empleo público y la promoción profesional, cuyos criterios generales, en ambos casos, resultan de obligada negociación.

c) Se mantiene la textura de las pretéritas modalidades de consenso entre las partes negociantes, intituladas pactos y acuerdos, dotando, eso sí, de una mayor precisión y garantía la ejecución de los acuerdos alcanzados entre las partes, toda vez que estos últimos, a diferencia de los pactos, pueden requerir la vehiculación de una ley que los contenga y otorgue la correspondiente virtud. Igualmente, se precisa más la configuración, alcance y vigencia de tales modalidades, así como se enfatiza la garantía de su cumplimiento, que solamente cede ante causa grave de interés público, con la re-

61 Cuestión que claramente excede de las aludidas condiciones laborales.

62 Exclusión que, como era de prever, resultó polémica, en cuanto abunda en dos aspectos muy denostados por las organizaciones sindicales y el propio colectivo de funcionarios: la propia existencia de tal clase de personal, fuera del sistema ordinario de reclutamiento o acceso; y el secretismo y opacidad sobre sus condiciones de prestación.

63 Claro corolario del ejercicio de la potestad administrativa.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

ferencia plausible al carácter de pacto y acuerdos, respectivamente, para el personal funcionario y de convenios colectivos para el personal laboral, cuando la negociación incluya en su ámbito a ambas clases de empleados públicos.⁶⁴

d) La ley mantiene, en líneas generales, una similar regulación a la existente con anterioridad, ora en cuanto a la determinación de los órganos de representación, caso de las juntas de personal⁶⁵ y de delegados de personal,⁶⁶ sus facultades y garantías, ora respecto al procedimiento electoral.

e) Como colofón a este breve excurso, cabe reseñar la introducción en el texto legal de mecanismo de solución extrajudicial de conflictos colectivos en aplicación e interpretación de los pactos y acuerdos alcanzados entre las partes, a mayores de las atribuciones de las comisiones paritarias. Con la fijación de procedimientos de mediación o arbitraje, a cuya actuación se dota, en caso de que se acuda a ellos, de la misma eficacia jurídica que las modalidades de que manan.

Para completar este apartado, debemos referirnos a las situaciones de conflicto que se producen en los supuestos de constatación del

64 En la línea diseñada por la ley de aproximar a ambos colectivos dentro del marco más amplio del empleado público al servicio de las Administraciones públicas.

65 Para la unidades electorales de 50 o más funcionarios.

66 Las inferiores al número indicado en la nota anterior.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

fracaso de las vías pacíficas y ortodoxas de análisis y solución de la amplia problemática que se puede suscitar en el tratamiento colectivo de las relaciones laborales.

Lo dicho concierne, tanto al sector privado como al público, una vez admitida plenamente por la normativa, ora constitucional, ora ordinaria, el libre ejercicio de la defensa, en su más amplio espectro de los derechos profesionales de los servidores públicos frente a las distintas Administraciones de las que dependen.

Esta defensa puede articularse a través de las vías pacíficas de diálogo y consenso a las que hemos aludido o, por el contrario, mediante posturas de fuerza que se explicitan en la formulación de conflictos colectivos de trabajo ante las jurisdicciones competentes, en espera de la obtención de la tutela pretendida, o, lo que es peor, con el ejercicio del derecho de huelga.

La huelga ha sido un medio tradicional de reivindicar derechos o mejoras en las condiciones de trabajo desatendidos reiteradamente por las empresas o Administraciones o, incluso, en épocas lejanas y de verdadera incuria en la situación de los trabajadores, para conseguir condiciones mínimas de supervivencia en el desempeño de su trabajo y nivel de vida.

Esto último, con el devenir de los tiempos y la mejora paulatina e incuestionable en las condiciones de trabajo de los esforzados empleados, ha desaparecido del marco de las relaciones de conflicto, pasando a circunscribirse las situaciones de huelga a otras reivindi-

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

caciones, ya no meramente de supervivencia, sino más bien de mejora en las condiciones de trabajo y retributivas de los distintos profesionales implicados.

En el conjunto de las Administraciones públicas, desde el reconocimiento constitucional de su ejercicio, el derecho de huelga ha pasado a ser utilizado con verdadera fruición por los servidores públicos, tal vez motivados e impelidos por esa larga espera y en la convicción del óptimo resultado que se podía obtener de la ejecución de esta medida extraordinaria de fuerza, por mor sobre todo de la inexperiencia y cierta desatención que –presumían– iba a concurrir en los responsables de las Administraciones afectadas.

Así fue el caso de varias huelgas que han asolado nuestro sector, protagonizadas por todo el personal, pero especialmente gravosas en lo que concernió al personal facultativo de los hospitales públicos, en paros transidos de verdadera violencia en muchos casos, durante dos momentos históricos: uno en los años 80 y otro, más reciente, motivado por reivindicaciones profundamente sentidas y exteriorizadas por este colectivo de profesionales, aunque el poder público, a la sazón, tratase de etiquetar de políticos o corporativos a tales movimientos.

Ciertamente, resulta innegable el recurso y ejercicio del derecho de huelga y, por ende, la interpretación restrictiva de cualquier limitación o menoscabo al mismo, siempre que cumpla los requisitos establecidos en la norma para aquel. No obstante, en este extremo existe una parca regulación, curiosamente preconstitucional,

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

del derecho de huelga a través sustancialmente del Real Decreto-ley 17/1977, de 4 de marzo.

Esta norma, como se señaló preconstitucional, ha sido expurgada y pulida por una sentencia del Tribunal Constitucional de 8 de abril de 1981, por lo que sigue en vigor en lo no afectado o corregido por la misma. También se completa, para las Administraciones públicas, con algunas normas reglamentarias que la complementan, en cuanto fundamentalmente al procedimiento de fijación de los servicios mínimos para garantizar la permanencia de los servicios esenciales para la comunidad, cual es el caso de los que comprenden nuestro sector.

La postura recurrente de todos los gobiernos del estado, impulsada unívocamente por los sectores implicados, organizaciones sindicales, empleadores y propia ciudadanía afectada por los conflictos, pasa por aprobar una ley de huelga que recoja y armonice los derechos de los que ejercen tal derecho constitucional con los afectados por tal ejercicio, con especial atención a la doctrina del Tribunal Constitucional y normativa internacional. Sin embargo, esta proclama se mantiene como tal sin que emerja efectivamente.

Como características más importantes del ejercicio del derecho de huelga en el sector sanitario, procede resaltar las que conciernen a su imprescindible limitación para garantizar el funcionamiento permanente de los servicios públicos, en la atención que no admite demora so pena de un desenlace fatal o consecuencias irreparables para la salud de los usuarios.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Por ello, es preciso preavisar su ejercicio al menos con diez días de antelación y establecer unos servicios mínimos que garanticen la atención imprescindible e irrenunciable a los ciudadanos que la necesiten, de carácter urgente o inaplazable, para evitar la irrogación de daños de imposible o difícil reparación.

No cabe la posibilidad del ejercicio del derecho de huelga en los supuestos contemplados en el artículo 11 del citado Real Decreto-ley, que considera ilegales aquellas huelgas basadas en motivos políticos o extraprofesionales, de solidaridad o apoyo, que busquen alterar lo pactado y vigente en convenio colectivo o laudo y, en general, las normas de regulación del conflicto contenidas en tal Real Decreto-ley.

Por la necesidad de conciliar el ejercicio de derecho de huelga, constitucionalmente reconocido, con el también derecho a la protección de la salud, igualmente recogido y tutelado en la Carta Magna, es irrenunciable la fijación de los servicios mínimos precisos para el mantenimiento de la asistencia sanitaria urgente e inaplazable a los usuarios de las instituciones.

Como cualquier limitación del derecho de huelga que cercene la plenitud de su ejercicio, no resulta fácil su establecimiento por la existencia de un fuerte debate y discrepancia entre las partes, ni tampoco patente su ulterior virtualidad o eficacia.

La reflexión final sobre este apartado pasa por resaltar como dato significativo, en el sector sanitario, la gran relevancia, ora de los

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

mecanismos de negociación colectiva, que dan lugar a frecuentes medidas de consenso –configuradas como pactos y acuerdos⁶⁷–, ora de las medidas de fuerza con la convocatoria de huelgas o movimientos de protesta laboral, muy frecuentes y de notable trascendencia.⁶⁸

67 Un gran número de disposiciones en materia de relaciones laborales se sustancian a través de pactos o acuerdos o, cuando menos, se consensuan previamente.

68 Caso de las últimas movilizaciones en el sector sanitario de la Comunidad Autónoma de Madrid, o las que se atisban en otros ámbitos territoriales, por mor de determinadas medidas objeto de repulsa por el personal del sector.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

Hasta aquí se ha analizado con cierto pormenor tanto la situación histórica del sector sanitario en sus diversos avatares como la del sistema español en su evolución desde las más primigenias y endebles estructuras hasta su plena consolidación en un modelo universal y totalizador, dotado de un potencial de medios y humano realmente considerable.

A continuación, antes de entrar en el estudio crítico de las citadas estructuras con exposición dentro de las mismas de las pulsiones de cambio ya emergentes de modo bastante notorio, parece razonable hacer un esbozo descriptivo y comparado de los principales modelos de orbe occidental, que, de seguro, servirá también de basamento importante para la propuesta de un modelo más adaptado a las actuales necesidades.

Para llevar a cabo el estudio, se han analizado los sistemas sanitarios de nuestro entorno más significativos, por sus inferencias, para el sistema sanitario español.

Conviene señalar que el análisis efectuado tiene por objeto los países europeos industrializados frente a los comúnmente llamados países del este, cuyos sistemas sanitarios han venido determinados por la uniformidad impuesta por el extinto sistema soviético. También, por su relevancia, especial influencia y consideración insoslayable, ha sido objeto de estudio el sistema sanitario de EE UU. Igualmente, el esbozo atiende a los aspectos nucleares de su orga-

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

nización, problemas que se vienen suscitando sobre los mismos y pulsiones de reforma, con preterición de otras consideraciones más particularizadas, que, obviamente, no caben en un estudio de estas características.

Se constatará la especial incidencia en cuestiones de notable y notoria actualidad, imposibles de soslayar, con el juego evidente de aspectos macro y microeconómicos y la tan reiterada búsqueda de la eficiencia en los sistemas. Circunstancias que, desde hace ya unos años, viene a condicionar –enormemente– la crisis económica que ha ya limitado y restringido, en mayor o menor medida,⁶⁹ la extensión, eficacia y garantía de los modelos sanitarios comparados.

1. Sistemas sanitarios

Los sistemas sanitarios actuales presentan características de los tres tipos que, a continuación, de modo simple y resumido, se señalan:⁷⁰

a) Modelo de Seguridad Social, donde la cobertura es obligatoria para sus beneficiarios

Su financiación se basa en las cotizaciones sociales –en función del nivel de rentas– y la propiedad de las instituciones proveedoras de

69 Con significaciones y alcance vario, según los ámbitos territoriales.

70 Los dos primeros, con financiación pública, sustentada por los principios de equidad, cobertura universal y accesibilidad de toda la población.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

servicios puede estar en manos públicas o privadas. Como datos significativos y de manera sucinta, puede afirmarse que la asignación de una contribución específica a la sanidad –que, en cierta medida, representa el precio de la misma– permite exteriorizar el gasto sanitario real. De otra parte, exige frecuentemente mayor contribución del usuario en el momento de emplear los servicios, por lo que puede limitar o menoscabar en algún modo el acceso a los colectivos de más bajos ingresos. Se da en países como Francia, Alemania, Bélgica y Suiza.

b) Modelo de Servicio Nacional de Salud, que ofrece cobertura universal de las prestaciones sanitarias, financiándose mediante impuestos, y donde el sector público posee el control y/o propiedad de las instituciones proveedoras de servicios

Como rasgos relevantes se puede señalar que el gasto sanitario se diluye, pero existen medios que permiten controlar su crecimiento. Los mecanismos de toma de decisiones –administrativas y centralizadas– suelen adolecer de escasa adaptación a las preferencias individuales. Sin embargo, presentan ventajas de equidad y su financiación es más redistributiva. Es propio de países como España, Reino Unido, Italia, Grecia, Dinamarca y Suecia.⁷¹

71 Para tal caracterización de nuestro país no obstan las muy recientes medidas de sostenibilidad adoptadas por el Estado, ya parcialmente comentadas, sobre el control que actualmente ejercen las entidades gestoras de la Seguridad Social sobre la propia expedición de la tarjeta sanitaria, al manar el derecho a la asistencia de la condición de asegurado o beneficiario del sistema de la Seguridad Social.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

c) Modelo basado en los seguros privados con cobertura privada de los usuarios

Se financia a través de las primas pagadas a las compañías aseguradoras, si bien el sector público suele garantizar la asistencia a los colectivos más desprotegidos.

Características del mismo son los elevados costes administrativos derivados de un complejo sistema de instituciones de seguros múltiples y otras entidades, cada uno con sus propios procedimientos, y un innecesario empleo de tecnologías costosas para pruebas diagnósticas y procedimientos quirúrgicos, fomentado por la remuneración no limitada y el pago directo.

Los Estados Unidos constituye el principal país exponente de este sistema y claro ejemplo de cómo un sistema liberal, donde en teoría priman los intereses del consumidor, está al servicio de las entidades del seguro.

Empero tales puntualizaciones, por otra parte muy someras, debe señalarse que tanto en los sistemas públicos como en los privados tiene cabida la producción o actividad privada en el sector sanitario.

1.1. Características comunes. Divergencias

En el marco internacional de los sistemas sanitarios, los rasgos comunes pueden ordenarse en aspectos básicos y de funcionamiento:

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

a) Entre los primeros –refiriéndonos a aquellos que configuran el escenario de financiación de la sanidad, aseguramiento de los servicios, cobertura de las prestaciones y nivel de participación de los usuarios–, se constata que la mayor parte de los sistemas sanitarios son de financiación pública (excepto EE UU), de aseguramiento público, no lucrativo y ofrecen una cobertura superior al 80% (salvo Holanda). El copago constituye el instrumento para articular la participación directa del ciudadano y, por ende, para regular la demanda.

b) Al hablar de aspectos de funcionamiento, cabe referirse a cuestiones de macroeconomía sanitaria, tales como: si existe separación entre la financiación de los centros y su capacidad para adoptar decisiones, esto es, entre la compra y la provisión de servicios; autonomía jurídica de los hospitales, capacidad de elección del usuario y forma de retribución de los médicos y sistemas de financiación de los centros.

Pues bien, respecto de tales puntos se observa que la mayoría de los sistemas sanitarios, a excepción de España, han logrado esa separación entre compra y provisión de servicios; han otorgado personalidad jurídica a los centros; se retribuye al médico generalista por acto y existe libre elección de médico generalista y especialista,⁷² rasgo este también de nuestro sistema.

72 Aunque limitada al primero en el Reino Unido.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

Resulta asimismo de interés señalar las divergencias básicas y de funcionamiento constatadas. Las diferencias básicas se fundamentan en la forma de recaudación financiera: el sistema de pago a través de cuotas o seguros obligatorios;⁷³ o por medio de los impuestos generales.⁷⁴ También, en las distintas formas de copago de los servicios sanitarios: empleado en las consultas generales y en las de especialidades⁷⁵ o en el ingreso hospitalario.⁷⁶

En cuanto a las segundas, cabe mencionar el diferente sistema de financiación de los hospitales: en EE UU, a través de un método que contempla la complejidad de los pacientes,⁷⁷ el cual empieza a introducirse en otros países; en Holanda y Francia, por medio del presupuesto, y en el Reino Unido, por contratos de actividad en bloque.

1.2. Problemas comunes

Todos los sistemas de salud se ven afectados por una serie de problemas similares que repercuten en su capacidad de desarrollo, viabilidad económica y propia legitimación. Al panorama general de la necesidad de contener el crecimiento del gasto provocado por

73 En Alemania, Francia u Holanda.

74 En Reino Unido o Suecia.

75 Francia.

76 Alemania.

77 GDR (Grupos Relacionados por Diagnóstico), con matices añadidos en la actualidad.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

una mayor demanda de servicios de alto contenido tecnológico, viene a añadirse una población cada vez más envejecida, un aumento de las expectativas públicas respecto a la sanidad⁷⁸ y la necesidad de reducir costes sin menoscabo de la calidad y del acceso a la asistencia.⁷⁹

Se trata, en unos casos, de problemas sobre los que el Estado posee competencia y capacidad para su resolución y, en otros, se requieren unas determinadas aptitudes, corresponsabilidad y asunción por parte de la sociedad, y actuaciones intersectoriales. Así cabe señalar:

- Rápido crecimiento del gasto sanitario.
- Preocupación por la utilización banal de los servicios sanitarios y medicalización creciente de determinados problemas, eminentemente sociales.
- Insatisfacción generalizada en los usuarios.
- Aumento en las listas de espera y consecuente demora en el acceso a los servicios.
- Mantenimiento de distintos patrones de actuación.

78 Circunstancia esta última muy evidente en la totalidad de los países.

79 Lo que se ha acentuado sobremanera con la crisis económica.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

- Inquietud ante los problemas derivados de la ausencia de coordinación entre asistencia primaria y especializada, con la perentoria necesidad de implantarla.
- Persistencia y agudización de las diferencias de equidad en el acceso a los servicios entre colectivos y regiones.

A estos se unen otros problemas que proceden de las nuevas demandas derivadas del aumento de la esperanza de vida o del predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas.

1.3. *Objetivos comunes*

El objetivo principal de las políticas de los gobiernos europeos y de la política de la Unión Europea es el de mejorar la salud de los ciudadanos. El Tratado de Maastricht se refiere a la necesidad de “asegurar un alto nivel de protección de la salud del hombre”.

Evidentemente, Europa no es homogénea ni lo son del todo sus necesidades ni tampoco las querencias en la comprensión y resolución de sus problemas, por lo que los sistemas sanitarios nacionales presentan grandes diferencias. También se pueda afirmar que el Estado, en el futuro, seguirá jugando un papel importante como regulador de la sanidad. Pese a la heterogeneidad existente, los objetivos pueden resumirse en:

- Equidad en el acceso y suficiencia en el conjunto mínimo de prestaciones que deben garantizarse a los ciudadanos.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

- Protección universal: asistencia con independencia de la capacidad de pago.
- Libertad de elección del usuario, tanto en el sector público como en el privado.
- Autonomía profesional responsable.
- Eficiencia macroeconómica: ratio adecuado entre el gasto sanitario y la generación de riqueza del país.
- Eficiencia microeconómica: mayor nivel posible de salud a un gasto sanitario dado.

1.4. Aproximación a diversos sistemas sanitarios. Mención al sistema sanitario español

Resulta conveniente realizar, aunque de forma escueta, un estudio de los sistemas de salud más significativos en el entorno del Estado español por mor de la relevancia política o económica del país –EE UU y Alemania–, de su proximidad política o cultural –Francia–, o del interés del modelo organizativo adoptado –Reino Unido y Holanda.

1.4.1. EE UU

Se trata de un sistema básicamente privado con financiación mediante las contribuciones de los trabajadores y de los empresarios.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

La sanidad pública cubre tres sectores de población: ancianos, mediante el programa MEDICARE; indigentes, asistidos por el programa MEDICAID y americanos discapacitados, protegidos por el programa MEDICARE o el programa de los veteranos si han servido a las fuerzas armadas.

La singularidad que EE UU representa en el ámbito de la cobertura sanitaria universal es producto de la conjunción de cuatro factores:

- La desconfianza en el Gobierno como ordenador o gestor, en correspondencia con la tradición liberal americana, cuyas raíces se remontan a sus comienzos como nación, lo que ha dado lugar a la creación de instituciones limitadoras de la capacidad gubernamental.
- La heterogeneidad de la población, poco proclive a la simpatía natural entre los distintos grupos que la integran,
- El escaso sentimiento de obligarse en actitud solidaria respecto a los problemas comunes, con el corolario de que aquellos que cuentan con más recursos ayuden a los desfavorecidos.
- Y, como último de ellos, el papel jugado por las organizaciones privadas sin ánimo de lucro, hoy en franco declive pero que, en muchas ocasiones, han realizado funciones cuasigubernamentales, especialmente, en la provisión del seguro de enfermedad.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

En los últimos años, el sistema se ha orientado hacia la asistencia gestionada por empresas privadas, consistente en un pago fijo periódico que cubre todos los servicios (prima por persona y año), aunque el sistema público, sobre todo el MEDICARE, mantiene fundamentalmente el tradicional pago por acto, cuyo reembolso reclama posteriormente el paciente.

Se ha caracterizado por la contratación selectiva de proveedores, incentivos financieros para los pacientes, precios negociados, participación del riesgo por los proveedores y control de gestión del uso de los recursos.

Las consecuencias derivadas de la asistencia gestionada han sido positivas y negativas. Así, de una parte, con ella se consiguió ralentizar el crecimiento del gasto, pero, de otra, se ha puesto fin a las primas comunitarias.⁸⁰ También se ha limitado el desplazamiento de costes entre pacientes en hospitales; y, finalmente, se han erosionado las normas profesionales que coliden con la mentalidad mercantil imperante.

El sistema sanitario de EE UU, sucintamente descrito, presenta profundas deficiencias, a saber:

- Su elevadísimo gasto, pese al importante número de personas al que deja sin cobertura.

80 Igual o similar para todos los miembros de una localidad, independientemente de su estado de salud.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

- El modo de competir de las compañías de seguros.
- La desigual asistencia ofrecida en las zonas rurales y en las urbanas o su propio coste administrativo y burocrático.

Se ha evidenciado que una reforma global, como la intentada antaño por el presidente Clinton y hogaño por el presidente Obama, resultan muy difíciles, lo que va a conducir a un replanteamiento, tal vez más realista en ese país, tendente hacia la consecución de cambios graduales: en el ámbito de los seguros, en el nivel de cobertura pública y en el cambio de las empresas de asistencia gestionada. También, en los programas de MEDICARE y MEDICAID.⁸¹

Digno de mención es el sistema de pago de servicios empleado por MEDICARE, llamado Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR). Con este sistema, las patologías médicas se clasifican en una serie de grupos que presentan un consumo de recursos relativamente homogéneo.

Así, el paciente es clasificado en uno de ellos a su entrada en el hospital y este recibe un pago conforme el grupo asignado y no según los tratamientos concretos que se le apliquen. La experiencia ha demostrado su contribución para reducir los costes de la asistencia hospitalaria y, como se ha dicho, por su bonanza está tratando de implantarse en otros países.

81 En materia de financiación de cuidados prolongados y de sanidad mental.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

1.4.2. Alemania

Su sistema sanitario está presidido por la concurrencia de dos principios, cuales son: el seguro de enfermedad obligatorio que da cobertura a más del 90% de los ciudadanos y el de autoadministración, esto es, el Gobierno facilita la estructura organizativa y financiera y son los proveedores⁸² y los organismos que subvencionan los servicios⁸³ los responsables de garantizar la asistencia sanitaria. Se financia a través de la cotización efectuada al 50% por empresa y trabajador.

La atención primaria se estructura sobre la base de la medicina liberal y se retribuye por acto médico, de acuerdo con unas tarifas convenidas entre las cajas y la organización médica regional. La atención hospitalaria se articula a través de los hospitales públicos, religiosos y de beneficencia y privados, retribuidos por módulos diarios de hospitalización que establece el Gobierno federal.

Pese a la estabilidad demostrada del sistema a fin de corregir las deficiencias detectadas, se han venido aprobando sucesivas leyes de reforma, entre las que resulta interesante señalar: la Ley de la Estructura Sanitaria de 1992 y la Ley para la Estabilización de la Contribución de 1996.

En la primera, destacan las medidas orientadas a la eficiencia del sistema de financiación: reforma organizativa de los fondos del se-

82 Médicos y hospitales.

83 Fondos del seguro obligatorio.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

guro –que introdujo la libre elección de los fondos por la mayoría de los asegurados– y reforma del modo de pago de los servicios de hospital por medio de un presupuesto negociado entre los fondos del seguro y aquel, al cual se incorporó como novedad el método de pago global fijo por caso, en un catálogo de 70 tipos de casos quirúrgicos con un precio uniforme para todo el país.

En la ley para estabilizar la contribución, se garantizó la congelación a corto plazo de las cuotas, que era uno de los más notorios fallos de gestión tradicionalmente empleado para afrontar el aumento creciente del gasto.

La reforma iniciada debe continuar en la línea de introducir paulatinamente la competencia, sin que ello conlleve, en ningún modo, abandonar el compromiso del sistema con el principio de la solidaridad social.

1.4.3. Francia

En el sistema sanitario francés, el Estado actúa como garante de la sanidad pública, pero participa poco en la gestión⁸⁴ y en la distribución de la asistencia, ya que existe un sistema pluralista, público y privado, excepto en el ámbito hospitalario que se caracteriza por el carácter público con personalidad jurídica propia de las instituciones.

84 Encomendada a los sindicatos obreros y organizaciones patronales.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

La atención primaria permite la libre elección del médico, al que los ciudadanos deben satisfacer los gastos de su atención, posteriormente reembolsados por el sistema de la Seguridad Social hasta un 75% del coste –a excepción de algunos colectivos como los enfermos crónicos y jubilados que están exentos de tal menester. La atención hospitalaria, por su parte, es gratuita y a cargo de la Seguridad Social en su conjunto.

Se financia básicamente a través del fondo nacional del seguro de enfermedad, de los impuestos generales y de las contribuciones de los asegurados, tanto individuales como de empresa.

Aun siendo un sistema generoso, las desigualdades sociales y regionales persistentes, el alto nivel de gasto sanitario y aspectos contradictorios en su funcionamiento han ido demandando las reformas sustanciales introducidas. Así, aparecen constatadas:

- La disociación entre el gasto sanitario y el gasto por seguro de enfermedad en cuanto a los métodos de financiación, el establecimiento de un presupuesto global para los hospitales públicos y la definición de objetivos de gasto para ciertas partidas asistenciales.
- Respecto al control de la oferta, la instauración del mapa sanitario del *númerus clausus* para el acceso a los estudios de medicina y de las llamadas referencias médicas oponibles, a modo de guías de práctica médica, para evitar actuaciones inútiles o redundantes.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

En noviembre de 1995, se hizo público el denominado Plan Juppé, que abarcaba no solo medidas urgentes para atenuar los déficit del seguro de enfermedad, sino también medidas estructurales, a más largo plazo, sobre el reparto de responsabilidades, las modalidades de financiación del seguro de enfermedad, así como criterios de asignación de los recursos y acerca de la calidad de la asistencia.

Muy resumidamente, puede decirse que el Plan introduce una mayor intervención del Estado en la gestión, medida esta que parece irreversible y se ha implantado de forma progresiva, por lo que la evaluación de sus resultados debe todavía esperar.

A ello debe añadirse la actual situación de crisis, que ya ha dado lugar a polémica y controversia sobre el futuro de la sanidad pública francesa, tanto desde la perspectiva de la derecha antes gobernante como de la izquierda actualmente en el poder, con resultados imprevisibles.

Por ello, en cualquier valoración que se efectúe hay que tener en cuenta los cambios políticos sustanciales, de partidos o coaliciones en el gobierno, que pueden suponer trocos manifiestos en los planteamientos.

1.4.4. Reino Unido

El sistema sanitario británico es uno de los modelos característicos de la protección de la salud en nuestro entorno. El eje de su organización lo constituye el servicio nacional de salud.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

Su financiación se realiza en un 85% vía impuestos generales y se completa con un sistema complementario de carácter voluntario, que cubre aproximadamente al 10% de la población. La cobertura sanitaria se extiende a la asistencia primaria (en los centros de salud) y hospitalaria (hospitales universitarios y ordinarios).

El sistema se organizaba sobre la base de tres instancias territoriales con competencia y responsabilidad en la materia: las regiones (dentro de ellas, las áreas de salud) y los distritos en que estas se dividían.

Tras ser reformado, su configuración actual ha quedado plasmada en la Ley del servicio nacional de salud y atención comunitaria, en vigor desde 1991, la cual inspiró la reforma sanitaria española.

Los ejes principales de la reforma se concretan en la escisión entre el comprador y el suministrador de los servicios y la introducción de la competencia entre los suministradores.

Así, a cada distrito se le asigna un presupuesto con el cual debe cubrir las necesidades de la población protegida y contratar los cuidados de los hospitales que considere más eficaces, bien dentro del propio distrito o de otro vecino.

Cada hospital debe atraer a su clientela y algunos incluso pueden alcanzar la autonomía total respecto al distrito, alcanzando el *status* de *trust*.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

Este proceso se completa con el fomento de la desburocratización de los hospitales y otras unidades de servicios, que muda su antigua naturaleza pública por la de consorcios y pueden llegar a fijar las escalas de remuneración de su personal, el número de trabajadores y, en último caso, retener los beneficios financieros que se deriven de su gestión.

Los contratos establecidos adoptan tres modalidades: contrato global, por ejemplo, para urgencias; contrato por volumen, por ejemplo, para patologías comunes; y contrato según servicio, normalmente para patologías infrecuentes con el establecimiento de un precio unitario por caso. Si bien predomina el primer tipo, la tendencia se orienta al establecimiento de cuasimercados, con competencia tutelada en el marco de un sistema sanitario básicamente público.

En definitiva, se trata de un modelo de responsabilidad general, fuertemente desvinculado del sistema de protección social y respecto al cual los problemas que ha querido resolver la reforma son tributarios de la crisis general de todos o gran parte de los servicios públicos frente a los ciudadanos.

El Gobierno laborista anterior dio marcha atrás en alguno de los planteamientos de gestión más proclives al modelo privado, con cierta reluctancia a mantener la gestión diferenciada y la plena autonomía de las instituciones proveedoras que había sido proclama de los pretéritos gobiernos.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

En la actualidad, el Gobierno de Cameron dispone de preocupaciones generales muy notables y evidentes, por lo que no ha llevado a cabo medidas de alcance.

1.4.5. Holanda

El sistema sanitario holandés se compone fundamentalmente de una mezcla de instituciones privadas, recursos públicos y un sector intermedio bien organizado.

Su financiación es diferente según se trate de la atención médica ordinaria⁸⁵ o la asistencia excepcional.⁸⁶

En el primer supuesto se emplea un sistema mixto de seguros que cubre la asistencia sanitaria básica: seguro social obligatorio⁸⁷ y seguro médico privado.⁸⁸

Para la cobertura de la asistencia excepcional se acude al seguro social obligatorio universal, cuyas primas individuales están en función de los ingresos.

85 A corto plazo, facilitada por el médico de cabecera, los hospitales y los dentistas.

86 A largo plazo y no cubierta por las compañías de seguro privadas.

87 Para los trabajadores con ingresos por debajo de un determinado nivel y aquellos que reciben prestaciones de la Seguridad Social, pagado por empresarios y trabajadores.

88 Para la población restante.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

Como los demás sistemas de salud analizados, el holandés también ha venido demandando una modernización profunda y progresiva. El mayor número de medidas reformadoras se ha orientado a la contención de costes. Entre ellas, cabe señalar la desregularización de los hospitales,⁸⁹ el rediseño de los procesos de asistencia sanitaria mediante técnicas empresariales y el uso de directrices y protocolos.

Otras medidas han puesto de manifiesto el papel creciente del usuario en la prestación de la sanidad. Muestra de ello es la Ley sobre el Contrato Médico en vigor desde 1995, que define exhaustivamente los derechos de los pacientes.

Desde el punto de vista estructural, se observa la eliminación de las tradicionales barreras entre las distintas instituciones de asistencia sanitaria o, lo que es lo mismo, la “descompartimentación”, concretada en acuerdos acerca de la fijación de un presupuesto para los especialistas, acuerdos que han sido alcanzados por estos, los hospitales y compañías de seguros.

Por último, en esta reforma, inspirada también en la competencia tutelada o gestionada, se ha hecho hincapié en la profesionalización de la función directiva, como evidente corolario del sistema imperante.

89 Que promueven la sustitución de la atención hospitalaria por la domiciliaria.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

1.4.6. Suecia

Es un sistema descentralizado. La asistencia sanitaria corresponde a las unidades regionales del Gobierno local (consejos de condado) y a las unidades del Gobierno local (municipios), responsables de ciertos servicios sociales y sanitarios dispensados a las personas mayores y a las personas discapacitadas.

El Gobierno central regula las obligaciones y los derechos básicos, así como el marco económico global. Se financia, fundamentalmente, a través de los impuestos, para cuyo establecimiento y recaudación tienen competencia las unidades citadas. A estos se añaden ciertas subvenciones estatales y, en un porcentaje muy bajo, el copago de los pacientes.

Por lo que respecta a los cambios en la política sanitaria, esta se orienta, en líneas muy generales:

1. Hacia un mayor empleo de la medicina basada en la evidencia.
2. A la plena utilización de los conocimientos y capacidades del personal, que constituye el recurso más importante de los servicios sanitarios y debe mantenerse estimulado también en épocas de austeridad.
3. A la mayor participación de los usuarios en el proceso asistencial.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

1.4.7. Sistema sanitario español

Tras el breve discurso sobre la situación en el ámbito comparado, con la mera exposición de sus principios informadores y haciendo hincapié en las salvedades actuales (colegidas de la situación de crisis económica y del propio sistema de valores sociales del que mana el concepto de protección universal de la salud), resulta pertinente o siquiera ilustrativo establecer su comparación con el sistema sanitario español.

El Sistema Nacional de Salud español fue configurado, como se ha expuesto, por la Ley General de Sanidad de 1986. Esta ley se inspira fundamentalmente en el sistema británico, al integrar todos los recursos sanitarios públicos en el Sistema Nacional de Salud.

Los principios generales que inspiran el funcionamiento del sistema contenidos en dicha ley son: eficacia, eficiencia, equidad, participación ciudadana, celeridad, economía y flexibilidad en la organización de sus servicios, financiación pública, cobertura universal y gestión pública del sistema.

Además, como se indicará en un ulterior apartado, nuestro sistema sigue el modelo de gestión integrado, por cuanto el titular de los servicios gestiona los medios materiales y humanos de su pertenencia. Empero, en un plano cuando menos teórico, se atisba alguna de las mudanzas en la gestión explicitadas por los apartados anteriores.

2. Proceso de reforma

El incremento del coste de la asistencia, que ha venido presionando la política sanitaria de los países europeos en las últimas décadas, se explica por factores como el envejecimiento de la población, la proliferación de nuevas tecnologías, y las mayores expectativas de la población.

El conflicto entre el imperativo fiscal por controlar ese aumento y el imperativo moral de mantener el carácter de bien social de la asistencia sanitaria condujo, de manera importante, el debate sobre política sanitaria, que ha tenido un fuerte impacto sobre la reforma, visible ya en toda Europa, aunque con desigual alcance en los comúnmente llamados países del Este y los restantes, pues, en los primeros, la reforma ha venido desencadenada por los cambios políticos subsiguientes a la caída del sistema soviético.

Las propuestas de actuación se han centrado en el intento de mejorar la eficiencia y la efectividad, junto con la satisfacción del usuario.

Conviene señalar que los sistemas públicos de financiación parecen haberse consolidado como sector predominante en la mayoría de los países industrializados y dejan al sector asegurador y a los proveedores privados un papel de complementariedad de la cobertura pública, tendencia que coincide con la recomendación recogida en el Informe de 1993 del Banco Mundial, "Invertir en salud".

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

Cierto es que la asignación de los recursos sanitarios para el cuidado de la salud no se ha dejado, ni podía hacerse, en su totalidad, al juego de las leyes de mercado, debido a las deficiencias que este presenta a la hora de proporcionar sus productos –con especial énfasis en nuestro sector.

Como tales pueden citarse:

— La falta de información de los consumidores de asistencia sanitaria acerca de la distribución de las necesidades de consumo, nivel y forma del tratamiento preciso y sobre la efectividad del mismo, a las que se une el elevado coste de tomar una decisión errónea o de conseguir información adicional (una segunda opinión). La consecuencia es que la mayor parte de las decisiones referentes a la recuperación de la salud las toma el profesional sanitario en nombre del paciente y a costa de sus recursos financieros, de suerte que, en una situación de mercado, el proveedor del servicio podría abusar de su poder monopolístico de la información para propio lucro. La regulación del sector pretende evitar esto, a través, entre otros, del pago mediante sueldo en lugar de honorarios por acto médico o del control del número de médicos en ejercicio.

— La opacidad de la información en múltiples aspectos del sector, que impide la actuación de los mecanismos normales de mercado.

— La presencia de incentivos perversos asociados a la asistencia sanitaria, representados por el mercado de seguros sanitarios.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

Así, los poderes públicos han fomentado el consumo de los servicios sanitarios mediante la dispensación gratuita, si bien la justificación básica de la provisión pública de la sanidad la constituye la consideración de la salud como un bien esencial para el desarrollo de una vida digna y cuya cobertura general no quedaría garantizada mediante los seguros privados.⁹⁰

Ello, sin embargo, no permite afirmar la bondad absoluta de esta fórmula, pues, sin ir más lejos, la naturaleza de bien esencial atribuida a los servicios sanitarios, en sentido totalizador, ha sido ampliamente debatida, por lo que se concluye que hay otros factores de distinto carácter, como pueden ser ambientales, culturales, económicos, de hábitat, etc., que inciden de modo importante sobre la salud, hasta el punto de que, en las políticas sanitarias actuales, se constatan orientaciones en uno y en otro sentido.

En la actualidad, superados los términos de estado *versus* mercado y admitida la introducción de ciertos mecanismos de mercado –no de estricto contenido de este, sino más bien colegidos de sus aplicaciones– en un enfoque híbrido que se ha denominado cuasi mercado o mercado interno, se puede hablar, empero, de propuestas más concretas de reforma, agrupadas en cuatro grandes categorías:

1. Las dirigidas a afrontar la escasez de recursos, mediante la contención del gasto sanitario.

90 En esta línea, se recoge como derecho fundamental en las Cartas Magnas de los respectivos países.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

2. Las que inciden en la financiación del sistema y propugnan el mantenimiento de la universalidad, mediante la actuación centrada en los aseguradores.
3. Las destinadas a lograr una asignación más eficaz de los recursos de los financiadores a los proveedores.
4. Las que actúan directamente sobre los proveedores sanitarios para lograr una mayor calidad y eficiencia de la asistencia.

Respecto al mercado interno, o cuasimercado, interesa señalar brevemente que se apoya, *grosso modo*, en los siguientes principios: separación de tareas de financiación, compra y provisión pública; descentralización de la compra y gestión de las unidades productivas; competencia entre las unidades públicas y privadas; y libertad de elección del usuario.

El aumento del coste sanitario unido a la escasez de los recursos deja a los países dos opciones básicas y, a menudo, complementarias: elevar la cuantía de los recursos dedicados a la asistencia sanitaria, que detrae de otras partidas del gasto público, con el aumento de los impuestos o cotizaciones a la Seguridad Social.

Se trata de una cuestión de financiación y el nivel “apropiado” de la misma depende, en gran medida, del valor social relativo que se conceda a la salud y a la asistencia sanitaria para su restablecimiento. Inevitablemente, refleja las preferencias políticas.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

La segunda opción es actuar sobre la demanda o sobre la oferta de los servicios sanitarios:

— *Actuaciones sobre la demanda.* En general, se trata de concienciar a los ciudadanos de que la sanidad tiene un coste y de que los recursos asignados a la misma deben detraerse de usos alternativos, mediante el traslado de una proporción significativa de los costes de la asistencia sanitaria a los usuarios. Se concitan aquí los sistemas de pago compartido,⁹¹ el establecimiento de prioridades para racionar el acceso a los servicios financiados públicamente o la introducción de incentivos para gasto privado. Aproximadamente, la mitad de los países del occidente europeo utilizan alguna modalidad de copago en la asistencia primaria y una proporción similar aplican también esta medida a la asistencia hospitalaria y a la ambulatoria especializada.

No obstante, puede afirmarse que, dado el fenómeno denominado “demanda inducida por el proveedor”, el papel del copago para contener la demanda es débil, poniendo al usuario ante la disyuntiva ahorro/opinión clínica del médico.

Pero aunque pueda reducirla en alguna medida, como así ocurre, esta reducción no garantiza el control del gasto sanitario, pues uno de los elementos que lo determinan es la intensidad del servicio y esta es una característica propia de la prestación y no de la demanda. Además, el mentado sistema conlleva unos costes asociados a su

91 Comúnmente llamados “copago”.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

propia administración que necesariamente han de detraerse de los ingresos obtenidos.

En resumen, la reflexión conduce a pensar que los instrumentos que penalizan al usuario, o no son útiles por su escasa capacidad de decisión o si funcionan es porque lo pretieren del sistema. Ello, sin embargo, no empece la necesidad, por otra parte insoslayable, de inculcar mayor responsabilidad financiera en el usuario.

Resulta interesante incardinar tales medidas con el nuevo papel del ciudadano, en la línea de dotarle de poderes, de derechos y de capacidad de elección de proveedor y reivindicar para él un mayor papel en cuestiones logísticas,⁹² clínicas,⁹³ así como una mayor participación en la formulación de políticas para el sistema sanitario.

— *Actuaciones sobre la oferta.* Se contempla, en este caso, una amplia gama de estrategias que se han aplicado, con mayor o menor eficacia, al control de costes, como son: la reducción del número de nuevos médicos y de camas hospitalarias; control del precio de los recursos humanos o materiales; establecimiento de presupuestos globales para los proveedores; cambio de métodos de retribución de los profesionales; establecimiento de mecanismos para influenciar la utilización de recursos por parte de los médicos; optimización del uso de las tecnologías; creación de organizaciones médicas para la protección de la salud, descentralización y competencia etc.

92 Elección del médico y del hospital.

93 Posibilidad de intervenir en la toma de decisiones médicas.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

De todos ellos, el establecimiento de presupuestos globales a los hospitales parece constituir el medio más eficaz para controlar los costes, aunque la evaluación de la bondad de tales estrategias no debe medirse exclusivamente en función de dicho control de costes, sino también sobre la base de más amplios objetivos sociales y de eficiencia. En cualquier caso, requiere relacionar el presupuesto con la actividad, lo que implica necesariamente encontrar una medida de la misma.

También cabe mencionar la creación de organizaciones médicas para la protección de la salud dedicadas a la atención de un grupo de individuos, a cambio de una cantidad fija por persona.

Si bien estas medidas –que tratan de corresponsabilizar a médicos y hospitales para la asignación de los recursos– parecen más aplicables a los sistemas con producción privada, no dejan de ser también interesantes y factibles de desarrollo en sistemas con producción pública y propulsan la descentralización de la gestión y los sistemas de incentivos.

La descentralización se entiende en una doble vertiente: de la gestión (cuasimercado) y del sistema sanitario (lucha contra la excesiva burocratización). Esta última se halla en todos los programas de reforma, pero, aun siendo unánime la crítica a las grandes burocracias públicas centralizadas,⁹⁴ la experiencia demuestra que, pese a

94 Por su escasa eficiencia, su resistencia a la innovación y su insuficiente respuesta a las necesidades de los usuarios.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

su plausibilidad, para que dé buenos resultados precisa de un entorno cultural y social propicios y también de que determinadas áreas no sean objeto de descentralización, por ejemplo, el marco básico de la política sanitaria, las decisiones estratégicas relativas al desarrollo de los recursos sanitarios o la evolución y monitorización de las necesidades de salud y de la prestación de servicios.

Estas áreas son, en todo caso, tarea irrenunciable que afecta de modo indudable al núcleo básico de la prestación en sentido estricto, por lo cual pertenecen a la competencia y decisiones de la autoridad.

Por último, parece interesante determinar en qué consiste modernizar los sistemas sanitarios, postura a la que propenden todos los impulsos de reforma de modelos comparados que hemos vislumbrado. La modernización puede tener diversas acepciones, algunas muy al uso de los tiempos “agitados” que corren, pero que carecen de verdadera enjundia y, sobre todo, son ajenas a la realidad del sistema sanitario.

Por ello, resulta razonable entender y explicitar, por ende, que tal mudanza debe referirse además de a las estructuras, tal como se ha venido exponiendo, en la medida que sea posible, a los incentivos que ofrece el sistema.

A tal fin, debemos reconsiderar su “cultura”, creando un entorno que recompense la eficiencia y la calidad asistencial y de servicio, donde se avance hacia un mayor grado de libertad de elección de

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

proveedor y este se vea beneficiado por la elección que se practica. Conlleva también emplear las innovaciones que la ciencia pone a nuestro alcance, concediendo a los avances tecnológicos el papel de “aliado” o coadyuvante en la contención del gasto.

Modernizar es, finalmente, hacer uso de los grandes avances en los actuales sistemas de información, a través de los procesos de racionalización de la misma y, sobre ellos, establecer una gestión basada en datos objetivos e indicadores fiables.

Mención a la reforma del sistema sanitario español

La competencia gestionada es la opción propuesta por el “Informe Abril” que ha representado el primer intento global, serio, pero discutible y controvertido, de abordar los aspectos más relevantes del sistema sanitario español.

El siguiente, como segundo intento de acometer un análisis globalizador y sosegado de nuestro sistema de salud, lo constituyó la ponencia parlamentaria de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados de septiembre de 1996, cuyas conclusiones fueron aprobadas en el Pleno a finales del año pasado. Sobre esto, se hará un comentario más detenido en el siguiente apartado de este estudio.

Desde entonces, en todo caso, las líneas de actuación que están siendo llevadas a cabo por la Administración sanitaria descansan en una mayor diferenciación, por lo menos teórica aunque con

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

poco contenido práctico, de los cometidos de autoridad, compra y provisión de los servicios, reflejada esta última de forma casi generalizada en los “pactos” de presupuesto y actividad entre responsables de las distintas Administraciones sanitarias y las gerencias.

En definitiva, debe diseñarse un sistema que, manteniendo los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, logre una mayor eficiencia, macroeconómica y microeconómica, adecuada a nuestras posibilidades, a la par que esté orientado a la satisfacción del ciudadano, de sus necesidades⁹⁵ y de sus preferencias.

3. Conclusiones

Aunque resulte arduo, parece ilustrativo proceder a la formulación de una serie de extremos comprensivos de las querencias con posiciones más o menos pacíficas, vislumbradas de la exposición precedente, para la realidad del sector sanitario de los países de nuestro entorno.

Por ello, en apretada síntesis, dadas las características de este proyecto de tesis, se esbozarán unas conclusiones posiblemente heterodoxas y tal vez transidas de cierto riesgo. Así, entre otras, podemos convenir en explicitar los siguientes:

1. La sanidad es uno de los servicios paradigmáticos del estado del bienestar y, por tanto, comparte con este los factores de crisis finan-

95 Reales, tras la una razonable valoración y opción por este último.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

ciera, disminución de la eficacia y pérdida de soporte social. De ahí, la necesidad de acometer las actuaciones necesarias para su reforma en los elementos que resulten precisos y su consiguiente consolidación.

2. Si bien tradicionalmente se ha distinguido entre sistemas sanitarios públicos y privados, atendiendo a la fuente de financiación predominante, en la actualidad todos ellos son realmente mixtos o híbridos, aunque prime sobre el conjunto alguno de los dos modelos.

3. Ante la común preocupación por la contención de costes y el uso eficiente de los recursos, las tendencias reformadoras en los países industrializados intentan combinar los principios del modelo público con las fuerzas del mercado, entendiendo como tales, no sus leyes en sentido prístino, sino más bien ciertas realizaciones de aquel, inequívocamente plausibles y trasladables a este sector.

4. Los fallos propios de este último, que dificultan la eficiencia y la equidad, han conducido hacia sistemas sanitarios en los cuales el Estado tiene una participación importante en convivencia con la competencia gestionada, separando financiación, compra y provisión de la asistencia, es decir, con el denominado mercado interno o cuasimercado.

5. Se ha constatado que las Administraciones nacionales deben combinar los ya citados elementos de mercado con instrumentos de regulación tradicionales. Igualmente, ha sido puesto de mani-

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

fiesto que el papel de tales Administraciones debe orientarse hacia tareas de planificación estratégica y financiación de la asistencia sanitaria –como garante de la cobertura universal y la solidaridad–, más, tal vez, que a funciones de provisión directa de los servicios.⁹⁶

6. Existe poca evidencia acerca de la eficacia real de un gran número de estrategias de reforma, tanto de las que han intervenido sobre la demanda como de aquellas que han actuado sobre la oferta. Sin embargo, hay consenso, casi incontestable, respecto a la acertada descentralización de los hospitales públicos.

7. Por otra parte, la diversidad global y sustancial existente en las distintas áreas de Europa, así como el actual desarrollo del sector sanitario, convierten en prematura la idea de estrategias políticas comunes o de “convergencia” y conectan con un aspecto al que, en ocasiones, se ha prestado poca atención: la importancia de los factores contextuales para la implantación de las reformas.

En una reforma, no solamente interesan las medidas que contiene, sino, como parte integrante de la misma, el método para llevarlas a cabo en términos del contexto donde se insertan, el proceso mediante el que se formulan y aplican, y los sujetos en quienes recaen.

Aunque el enfoque en cada país depende de sus circunstancias concretas y específicas, la experiencia reciente indica que existen

96 De todas formas, esta cuestión resulta muy polémica en los propios países que han introducido medidas de este tenor.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

una serie de factores con incidencia importante, favorable o desfavorable, en la implantación de los cambios como son:

- Elegir una programación temporal adecuada, tal es el caso de los períodos de transformación política y social.
- La sostenibilidad financiera, muy en boga en la crisis actual.
- La capacidad técnica para introducir medidas organizativas y de gestión complejas.
- La voluntad política y la profesionalización de los gestores.
- Y, por supuesto, la gestión adecuada del proceso de reforma. En este último, cabe señalar cinco aspectos clave: definición previa de objetivos, establecimiento de mecanismos de gestión idóneos, adopción de la legislación pertinente, empleo de incentivos financieros para mejorar las posibilidades de ejecución de las reformas y, finalmente, fijación de un ritmo adecuado para la introducción del cambio.

8. Ha sido constatado con frecuencia que el debate generado fue impelido por consideraciones ideológicas más que por la evidencia sobre los beneficios esperados de las reformas. Resulta concluyente, para esta aserción, la existencia de variantes de notable entidad en los planteamientos de los responsables políticos, por mor de las conformaciones ideológicas de sus programas, que han determinado realizaciones de distinto tenor.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

9. Además, tanto por estas consideraciones ideológicas como por otros motivos, cada país resolvió a menudo en grado más o menos importante sus problemas sanitarios de la forma que a sus responsables les ha parecido más conveniente o idónea, con manifiesta preterición de lo que han hecho sus vecinos. De ahí que pueda ser constatada la existencia de variaciones de impuestos, seguros sociales, cargos a los pacientes, seguros privados, hospitales públicos y privados o médicos que trabajan para ellos.

10. En definitiva, el logro de los objetivos de cualquier reforma depende decisivamente, con independencia de su plausibilidad (lo que no siempre ocurre), de la capacidad de los políticos sanitarios para responder con flexibilidad, creatividad y cierto arrojo al entorno en que se encuentran y, aunque los principios básicos de la reforma de la sanidad ya aludidos sean válidos en sus aspectos nucleares por encima de las fronteras nacionales, su aplicación dependerá de las necesidades y expectativas concretas de cada país.

11. En España, desde hace unos años, coincidente con la notable crisis económica, se ha aparcado cualquier análisis de futuro como proyecto de estructura del sector sanitario público.⁹⁷ La desazón producida por la crisis económica –de alguna manera también inmersa en la quiebra del conjunto de valores sociales que han preponderado en occidente, ya parcialmente periclitados– ha conducido a la articulación de medidas únicamente, o cuando menos, sustancialmente restrictivas de la demanda de los servicios. Véanse

97 En conexión con el privado complementario.

III. ESTUDIO DE LOS MODELOS COMPARADOS

al respecto las reformas sobre el acceso operadas por el Estado desde hace dos años, que principian con el Real Decreto-ley 16/201, de 20 de abril, ya aludido, que se intitula para la sostenibilidad y mejora de la calidad de las prestaciones y las normas reglamentarias que lo desarrollan. Esas reformas han puesto en pie de guerra a la ciudadanía y organizaciones benéficas y de solidaridad social, por las restricciones que conllevan.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y PULSIONES DE CAMBIO

A lo largo del esbozo contenido en los apartados anteriores se ha podido constatar que existen una serie de aspectos de la conformación del modelo de relaciones laborales vigente en nuestro Sistema Nacional de Salud, en su contraste también con los modelos más importantes de la orbe occidental, que, por no ser pacíficos e incontestados, precisan de un mayor detenimiento, crítica y, seguramente, transformación total o parcial. Así se ha dejado entrever o atisbar con la mera descripción o análisis somero que se ha hecho de las características más notables.

Bien es verdad que resulta tarea ciertamente ardua abordar con la profundidad requerida un campo de análisis tan vasto y objeto de permanente controversia, no exenta de posicionamientos acerbos y transidos de aptitudes prejuiciosas y partidarias, a veces impelidas por un determinado credo. Es, con todo, vano pretender ser incólumes o inmarcesibles a determinadas querencias en el estudio crítico que se efectúe.

1. Para ello, debemos principiar por el tratamiento de la base que sustenta un modelo, que no es otra que el sistema de organización imperante en nuestro sector sanitario, por cuanto este impone indudablemente las características de aquel. Base y estructuras ya aludidas anteriormente, al describir la evolución histórica y los modelos occidentales en su contraste y propio parangón con el español.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Es dable reseñar que el sector sanitario ha venido aplicando a lo largo de los años, tras la plena instauración y apogeo de la Seguridad Social, un sistema de gestión integrado a través de la creación y funcionamiento de unos entes públicos territoriales, dotados de personalidad jurídica propia y autonomía para la gestión de su patrimonio y medios, cuales son el INSALUD y los servicios autonómicos de salud.

Con el proceso de transferencias en materia de asistencia sanitaria a las distintas autonomías, ya ultimados, se fue desgajando del INSALUD la gestión de esa materia para determinados territorios autonómicos y, con ello, se ha dotado a estas comunidades autónomas, de servicios de salud propios, constituidos, a modo de aquel, como entidades públicas territoriales de carácter autónomo.

Por tal gestión integrada, como es fácil colegir de la realidad factual, se entiende aquella ordenación de medios materiales y humanos llevada a cabo directamente por quien posee su titularidad jurídica plena. En este caso, la propia entidad financiadora provee con sus propios medios los servicios sanitarios sin recurrencia a proveedores independientes o autónomos vinculados contractualmente con aquella.

Este tipo de gestión es aplicable en los sistemas sanitarios del tipo de los servicios nacionales de salud, diferentemente a aquellos otros que siguen el modelo de sistema de seguro social en los que el financiador contrata, para la prestación de asistencia, a hospitales o servicios médicos independientes.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Este modelo de gestión integrada concurre en líneas generales para el ámbito del Sistema Nacional de Salud, donde las entidades públicas territoriales gestionan directamente la asistencia sanitaria y los medios que su ejecución comporta.

Por ello, en lo concerniente a los recursos humanos, materia nuclear del proyecto, se constata una real vinculación jurídica y responsabilidad última de los profesionales que prestan servicios en las instituciones sanitarias con el ente territorial que gestiona esa asistencia, sin menoscabo de la lógica descentralización o desconcentración de funciones que, en mayor o menor grado, pueda aplicarse.

Es decir, nuestro modelo lleva a cabo una gestión o política de recursos humanos denominada de sistema,⁹⁸ que excepciona en pureza una verdadera autonomía de gestión por parte de los centros o instituciones sanitarias integradas en aquel.

Este modelo de gestión integrada, y por ende con política de sistema, viene siendo cuestionado desde hace ya tiempo, por mor de las críticas internas que se han vertido contra él, fundadas en su presunta ineficacia e ineficiencia, que se presumen derivadas del periclitado sistema burocrático que lo caracteriza, con influencia innegable para sus mentores de las actuaciones habidas en los modelos comparados de la Europa Occidental, fundamentalmente. No se puede desconocer, en este sentido, la influencia ejercida por el

98 Plausible acepción que hizo fortuna en el medio.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

“Informe Abril”, ultimado en 1991, que, a su vez, recoge inferencias manifiestas de las transformaciones experimentadas en el modelo inglés.

El citado Informe parte de una necesaria separación entre las entidades compradoras de servicios y los proveedores de los mismos en el marco de las áreas sanitarias, que tuvo predicamento en la reforma del Servicio Nacional de Salud Británico a finales de los años ochenta del pasado siglo.

Con independencia de la relativa fortuna o bonanza alcanzada en Inglaterra por la separación propugnada, bastante dudosa y discutida, sus defensores en nuestro país la trasladaron como una verdadera solución a los problemas que habían detectado en el sector sanitario. La influencia de la postulación británica fue similar a la que había tenido la importación a España de la figura de los gerentes, como intento de plasmar en las instituciones sanitarias una dirección profesionalizada y que propendiese a la eficiencia en la gestión.

Expuestas sus raíces y razones más inmediatas, tenemos que viene siendo aceptada ampliamente la necesidad de la separación de funciones en el sector sanitario, a través del paralelo establecimiento de un mercado sanitario interno en un marco regulado con competencia entre las entidades proveedoras de servicios.

Con independencia de que se acepte o no este posicionamiento, lo cierto es que, en el texto del Acuerdo de la Subcomisión de Sani-

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

dad del Congreso de los Diputados para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud (a que se ha hecho mención en la parte introductoria), parece atisbarse la adopción de tal medida, en cuanto los ponentes parlamentarios recomiendan “proseguir los esfuerzos por separar las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, configurando los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultades de decisión efectivas y responsables en cuanto a la gestión y dotar a los centros de órganos de gobierno operativos y participativos, independientes de las entidades compradoras y/o financiadoras.” E, igualmente, “impulsar la competencia entre proveedores en el marco de un mercado sanitario regulado, con un soporte de un sistema integrado de información, fomentando relaciones estables y duraderas entre los agentes del sistema, instrumentado a través del control y evaluación de los resultados obtenidos.”

Así las cosas, los grupos parlamentarios que asumieron el Acuerdo instan a un cambio importante del modelo de gestión de las instituciones sanitarias, que, por lo menos, suponga un notable grado de autonomía para las instituciones proveedoras de servicios sanitarios respecto a la entidad financiadora. Y tal cambio de alguna manera va a suponer, sino la destrucción, sí al menos la modificación importante del actual sistema integrado vigente y la correlativa modalidad de gestión centralizada que lo caracteriza.

También parece esbozarse una tímida formulación de un mercado interno en el que se regula una cierta competencia entre los proveedores.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Las cuestiones aludidas resultan al margen o suponen un análisis independiente de los intentos concretos, sin tapujos, ni ambages, de “privatización” del sistema sanitario público madrileño, al que se ha puesto freno por la movilización de los profesionales afectados y la propia ciudadanía, con el resultado final de la paralización del proyecto, tras un varapalo de la justicia competente.⁹⁹

2. Además, como corolario de lo anterior, parece razonable y casi obligado intentar de alguna manera, definir la actual configuración de las instituciones sanitarias, en su entronque con lo que se entiende por “empresa sanitaria”.

De entrada, podemos asegurar que el concepto moderno de “empresa sanitaria”, o de institución sanitaria proclive a ella, choca frontalmente con una concepción burocrática y tradicional de los profesionales a su servicio.

Por lo tanto, puede aseverarse que, al sentir de sus eximios defensores, el cambio en esta textura implica un proceso de transición desde sistemas sanitarios verticalmente integrados, mediante tecnoestructuras administrativas funcionalmente burocráticas, hacia modelos organizativos orientados al usuario más horizontales, descentralizados, interactivos en su arquitectura estratégica, socialmente cohesionados y comprometidos con la calidad y la eficiencia

99 Empero, los promotores de la medida de privatización de sistema, en cuanto entrega a la iniciativa privada, sigan defendiendo sus bonanzas, en contra del sentir de los profesionales y los ciudadanos.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

en sus resultados. Y, también, que en nuestras instituciones debe propenderse hacia una desconcentración organizativa y funcional, con búsqueda de soluciones eficientes mediante fórmulas de gestión más innovadoras que introduzcan determinados mecanismos reguladores de competencia interna, con la definición de incentivos apropiados y avances en la autonomía de gestión.

Ni que decir tiene que la ejecución de tales asertos, hoy de moda para la práctica generalidad de los estudiosos, tanto dentro del sistema como del mundo empresarial, suponen innegablemente un cierto trastrocamiento en el modelo de relaciones laborales de nuestras instituciones.

Pero no es ni mucho menos fácil poder delimitar, con una mínima precisión, hasta donde debe alcanzar el cambio en el modelo actual, por mor de todo ese conjunto de medidas correctoras que, enfáticamente, preconizan los expertos: si el cambio de la denominada burocracia tradicional, con sus sistema jerárquico de actuación, modalidad de vínculo jurídico y de prestación debe ser total, o si más bien procede algún retoque, en puntos esenciales, para conseguir una mayor racionalidad del modelo.

En este sentido, no se puede desconocer, como aseveran los estudiosos y se viene admitiendo pacíficamente, que el cambio en el factor humano de las instituciones, respecto al ejercicio profesional, ha sido importante por la renovación tecnológica y mejora de la calidad científica, con el trasunto de los modelos de decisión profesional basados en la evidencia científica.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Así, la profesión médica, de modo inexorable, va a sufrir una transformación en la modulación de su ejercicio, que procura tanto una ejecución más reglada o pautada –con huida de la antigua concepción al uso, cuasi liberal y autónoma que la venía caracterizando– como a una mayor implicación en el resultado satisfactorio de los procesos patológicos de los pacientes, debidamente evaluado y al menor coste, o, lo que es igual, más eficientemente. Criterio de eficiencia que claramente entronca con la propia sostenibilidad del sistema sanitario, que concierne y debe implicar, sin duda, a los profesionales.

Sin entrar en un análisis minucioso de toda esta atractiva problemática, debe señalarse que estos procesos de cambio ya se están produciendo con la implantación de una serie de innovaciones en las instituciones sanitarias, así como mudanzas evidentes en sus modelos organizativos, sin llegar a métodos demasiados radicales.

En esta línea, se han llevado a cabo en nuestro campo acciones concretas de gestión por procesos clínicos con unificación de departamentos o servicios y apoyo de sistemas adecuados de información, que han supuesto ventajas innegables para una más idónea resolución de los procesos patológicos, con reducción de costes, mayor satisfacción de los pacientes y constatado aumento de la motivación de los profesionales.

En pocas palabras: sin que se hubiese producido un cambio brusco en la conformación jurídica de las instituciones sanitarias, ya han sido aplicadas innovaciones importantes respecto a alguna de ellas,

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

que cohonestan con el paradigma de gestión innovadora y competitiva de la actual empresa sanitaria moderna, la cual, de forma muy simplificadora, se caracteriza por tratarse de una organización flexible a los cambios del entorno, por activa, horizontal, innovadora y “sin fronteras”, constituida por un conjunto de procesos que traspasan las barreras funcionales y departamentales para orientarse a los usuarios específicos.

Por otra parte, las instituciones sanitarias tienen otra particularidad digna de relieve: el tipo de procesos desarrollados se caracterizan por una notable incidencia del conocimiento de los profesionales que determina indefectiblemente su calidad; es decir, en este sector, tal vez más notablemente que en otros sectores productivos o de servicios, se produce una verdadera “gestión del conocimiento”, con la exigencia para los gestores intervinientes en su ordenación del uso y puesta en marcha de todos los medios precisos o elementos facilitadores al objeto de que aquella se encauce en un adecuado decurso para la más óptima resolución de esos procesos.

Igualmente, no se puede desconocer que la implantación, aunque sea incipiente, de la empresa sanitaria moderna en sus características más definidoras aludidas con anterioridad, conlleva la aceptación de otro de los axiomas asumidos en la actualidad, cual es el caso de la intitulada “asistencia gestionada” o –aún más frecuentemente utilizado– de la “medicina gestionada”.

Esto se traduce en la exigencia para los profesionales sanitarios de un ejercicio asistencial condicionado, tanto por su preparación y

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

grado de conocimientos y estado óptimo de pericia, como por una ineluctable consideración de los criterios de coste-efectividad.

Tal aserto supone una evidente limitación para la total autonomía que se venía predicando, casi incuestionablemente, en el ejercicio de las profesiones sanitarias, al introducir criterios de coste y oportunidad en la procura de una mejora de la efectividad en el uso de la cantidad y calidad de los recursos. Decíamos anteriormente que tal asunción cohonesta de forma muy especial o sensible con la situación de crisis que se está padeciendo, para cuya resolución el personal sanitario juega un importante papel, en cuanto resulta un agente muy importante de la producción gasto sanitario.

3. Continuando en el análisis de los aspectos organizativos determinantes de la configuración de un modelo de relaciones laborales, no podía faltar un esbozo de lo que ha venido denominando nuevas modalidades de gestión de la asistencia sanitaria. Nuevas modalidades que, se reitera, no resultan equivalentes a la denunciada “privatización del sistema”.

Sobre esto se ha escrito ya bastante, ora desde dentro del propio sector, ora en el marco más amplio de las Administraciones públicas, con la utilización en este último de la famosa referencia a la “huida del derecho administrativo”, para trasladar el impacto producido en la doctrina jurídica a causa de la aplicación en el sector público de estas técnicas instrumentales de organización de ciertos servicios públicos como ejercicio de la potestad discrecional.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Sin entrar en el amplio debate de esta problemática, muy viva aún en la actualidad, sí parece oportuno intentar la delimitación de las características que conforman estas nuevas modalidades y el porqué de su génesis.

Pues bien, ya a principio de la década de los noventa del pasado siglo (en los informes elaborados para la reforma de la sanidad pública, fundamentalmente el aludido “Informe Abril”), se instaba la transformación de las actuales estructuras organizativas de sistemas integrados en otras más flexibles e incluidas en el ámbito de regulación del derecho privado.

Esto se preconizaba para alcanzar el grado de autonomía preciso de las instituciones proveedoras de servicios sanitarios, en un marco de actuación que se quería dotar de cierta competencia entre ellas para su aproximación “ideológica” a las leyes de mercado, si bien indefectiblemente las reglas de funcionamiento de este a través del libre juego de la oferta y la demanda debían ser limitadas por las propias características del servicio público, a cuyo acceso no es dable poner condiciones.

En los años sucesivos, sin ninguna habilitación legal,¹⁰⁰ las entidades titulares de los servicios de salud de carácter territorial fueron desgajando una parte de la gestión de la asistencia sanitaria de sus respectivos territorios, mediante la génesis de unas nuevas modali-

100 Por cuanto la Ley General de Sanidad no contempla la posibilidad de utilizar estas técnicas instrumentales.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

dades de configuración varía, sometidas a derecho privado y con plena titularidad de las mismas. Así fue el caso de las empresas públicas y fundaciones, preferentemente.

Todas las formas utilizadas o técnicas instrumentales al uso entraban dentro de la pura gestión directa de las propias entidades territoriales, en cuanto poseían la total titularidad de aquellas y ejercían el pleno control de su gestión.

En el resto del sector público también se han venido utilizando parecidas modalidades de gestión sometidas al derecho privado, que han sido objeto predominantemente de dura crítica y más rotunda condena, por estimar que su uso implicaba una huida de la aplicación del derecho administrativo y, por ende, del rigor necesario y garantías que tal orden jurídico contiene para el asegurar el equilibrio entre el ejercicio de las potestades administrativas y los derechos indeclinables de los usuarios.

Los autores de este campo sostienen que no es posible desgajar partes importantes de las Administraciones públicas –caso notorio de la Agencia Tributaria u otras entidades– y someterlas, en un grado notable, al derecho privado, con base, en este último caso, en una actualización del principio constitucional de eficacia, por considerar que con ello se vulneran otros principios, también de rango constitucional, como los de legalidad, igualdad y seguridad jurídica.

Estos últimos principios garantizan, respectivamente, la exigencia de concreción por Ley del Estatuto de Servicio Público, la igualdad

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

en el funcionamiento del servicio y entre los gestores, los derechos y deberes de los gestores y usuarios, mientras que el de eficacia conlleva la racionalización, flexibilidad y simplificación de la gestión de tal servicio. En caso de conflicto o colisión entre los mentados, este último cedería ante cualquiera de aquellos otros.

No obstante, existen autores de opinión contraria que defienden el uso con raciocinio y moderación de nuevos instrumentos jurídicos para gestionar determinados sectores de las Administraciones públicas que precisan de un mayor nivel de eficacia, sin que ello conculque los otros principios constitucionales, al estar previstas medidas correctoras que lo impiden.

Consideran los estudiosos postulantes de su instauración que no se trata en absoluto de una “privatización de los servicios públicos”, como incorrectamente se denomina, sino más bien de su organización, o reorganización, sin cambio de titularidad, que no afecta en absoluto al estatuto irreductible del servicio sino a los aspectos meramente instrumentales; es decir, la “huida” se reduce únicamente a la toma de decisiones y relaciones con terceros, pero nunca implica la titularidad del servicio.

La instauración de estas técnicas instrumentales en el sector sanitario, al margen de su generalización, práctica innegable, ha sido objeto igualmente de una encendida polémica, muy viva en la actualidad, sobre la legalidad constitucional de su implantación y también en lo concerniente a la oportunidad de que sean aplicadas por morde su real eficacia.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

En cuanto a lo primero, constatada en este momento la “legalidad ordinaria” de su puesta en marcha, tras la entrada en vigor de la Ley 15/1997 que las habilita de un modo amplísimo y prácticamente sin cortapisas, no es del todo pacífico que resulten admitidas con arreglo a la “legalidad constitucional”.

Algunos autores sostienen su inconstitucionalidad, por estimar que pueden afectar al “núcleo básico irreductible” del derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 43 de la Constitución Española. El argumento que se esgrime, para tal aserción, consiste fundamentalmente en que la gestión jurídico-privada de los servicios de salud menoscaba uno de los dogmas que sustentan el sistema sanitario español, a saber, que lo organizativo es elemento esencial de lo básico. Así se explica la uniformidad del sistema organizativo y de gestión impuesto por la Ley General de Sanidad en todas las comunidades autónomas.

Se añade también, como corolario de esta tesis, que con su uso puede llegar a afectarse el contenido de la prestación de asistencia sanitaria para sus beneficiarios –de utilizar estos los centros que se gestionen a través de alguna de las susodichas modalidades–, ya que no es la autoridad pública quien directamente se hace cargo y garantiza la prestación asistencial, sino unas instituciones autónomas que, aunque de titularidad pública, resultan prácticamente independientes y sometidas a posibles situaciones de riesgo, que minoren aquella e incluso, hipotéticamente, pueden provocar parcial o temporalmente su quiebra.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Es decir, unos usuarios con irreductible derecho a la asistencia sanitaria idónea estarían expuestos a los vaivenes y vicisitudes oportunistas de una gestión privada, autónoma e independiente, sin la tutela y controles suficientes de la entidad pública de la que dependen. En este sentido, sus mentores refieren que la mejor garantía no está en la simple declaración legal de las prestaciones o la previsión de acciones o recursos para exigirlos, sino en los estándares de rendimiento de los servicios, en la calidad de la atención prestada, por lo que lo fáctico, lo instrumental u organizativo tiene así una relevancia sustantiva que no es posible desconocer.

La postura contraria no asume este posicionamiento crítico y considera más bien que las utilizadas son unas meras técnicas instrumentales, las cuales no afectan al estatuto del servicio colegido del artículo 43 de la Constitución Española, que la Administración legítimamente aprovecha para conseguir una mayor eficacia e incluso eficiencia de sus recursos y que, contrariamente a lo que sostienen los críticos, van a suponer previsiblemente una mejora en la asistencia a los usuarios, tanto en la calidad impartida como en la percibida. No cabría hablar de riesgo alguno por la posible reducción o pérdida de calidad de la cartera de servicios de estas instituciones, por cuanto están sujetas a una titularidad pública y, por ende, carentes de ese peligro potencial.

Supuesto diferente sería el caso de una *gestión indirecta*, en el que la entidad pública enajena su total capacidad de gestión y parte del control sobre las instituciones proveedoras, que se limita a concer-

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

tar o convenir contractualmente con ellas la asistencia dispensada a los usuarios.

Además, también arguyen sus postulantes la existencia de mecanismos más que sobrados en la normativa de control, que garantizan la aplicación de los principios básicos de carácter constitucional en cuanto al régimen de personal a su servicio, sistema de contratación y adquisición de bienes, y régimen presupuestario.

La verdadera y temible “huida” pasa únicamente por la privatización del sistema que se ha intentado llevar a efecto de forma muy generalizada en el Sistema de Salud de Madrid, al margen de pretéritas ejecuciones aisladas en otros ámbitos, con énfasis, para ello, en la mayor eficiencia del sistema; eficiencia que, en un análisis desapegado y racional del tema, no logra atisbarse para nada. En tal caso, contrariamente, sí se afecta al denominado “núcleo duro” constitucional, con su más que potencial peligro de eliminación.

Como modalidades utilizadas en los servicios de salud, destacan las fundaciones y empresas públicas, para la prestación asistencial de diversa índole. Aparece constatado el uso de estas técnicas instrumentales, de corte fundacional o empresarial, en la prestación de la asistencia especializada de carácter hospitalario; también en otro tipo de prestaciones complementarias de carácter formativo, investigador, de alta tecnología y, de modo bastante usual, para la gestión centralizada de los dispositivos de las emergencias o atención urgente extrahospitalaria.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Las fundaciones, actualmente muy generalizadas, no se presentan como una técnica apriorísticamente ortodoxa para la gestión directa de la asistencia sanitaria, si bien su creación a través de la norma constitutiva pertinente, viene tutelada por ley especial.

En principio, su carácter y tradición histórica parece apuntar más bien a la realización de tareas complementarias o accesorias de las propias entidades proveedoras que, propiamente, a la provisión directa que las postula.

Empero, para sus reputados defensores, suponen una organización útil en aras de la realización de funciones públicas, sin que sea contraria, en modo alguno, a la Constitución. La utilización generalizada de las mismas por las Administraciones públicas, tanto territoriales¹⁰¹ como institucionales,¹⁰² abunda sobre su bonanza, por mor de la propugnada búsqueda de la eficacia en la gestión del servicio y también, hay que decirlo, por el favorable régimen fiscal que la ley les otorga.

El consorcio es una forma instrumental caracterizada por la vinculación de entidades públicas a través de un convenio de participación, con el fin de prestar asistencia sanitaria en un determinado ámbito o sector. Esta figura proviene de la Administración local, donde fue largamente utilizada y es de frecuente incidencia en algún servicio de salud. Sin embargo, su uso no conforma un tipo de-

101 Estado, comunidades autónomas, entes locales.

102 El caso de las universidades públicas.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

terminado de gestión como los expuestos, sino que, al tratarse de una entidad pública personificada, precisa para su operatividad que se disponga de alguna de las modalidades existentes de gestión directa o indirecta.

Es decir, se consorcia o conviene entre varios para un fin de carácter asistencial, aporta medios en la forma que se estipule y adquiere, consiguientemente, personalidad jurídica propia, que, para su gestión, podrá dar lugar a una posterior modalidad de carácter empresarial, fundacional o a través de un concierto con una entidad privada.

Las ventajas o inconvenientes de estas técnicas instrumentales no se vislumbran aún del todo por su relativa modernidad, al ser preciso un mayor periodo de tiempo en su decurso para poder constatar con cierta solvencia su bonanza para el sistema, o, por el contrario, su escasa virtud o negatividad para él.

Por ello, la oportunidad de su implantación está por ser constatada de modo fiable y completo, sin menoscabo de valoraciones anticipadas que se puedan hacer por las realizaciones parciales atisbadas hasta la fecha, patentizadoras de una mayor flexibilidad para la gestión de personal y medios.

Las limitaciones y controles que se deben tener en cuenta necesariamente, por disposición de la normativa aplicable, no parecen en principio empecer esa mayor flexibilidad para la gestión.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

La aceptación de las susodichas técnicas en la práctica general de los servicios de salud, y su plasmación legal, tal vez ha impelido a los ponentes parlamentarios en el Acuerdo referenciado para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, a precisar en el texto la recomendación de

“facilitar la extensión de las nuevas modalidades de gestión a toda la red asistencial pública, abordando en el seno del Consejo Interterritorial, con pleno respeto a las competencias en materia organizativa de las comunidades autónomas, la definición de unas características comunes de la organización interna de los entes o empresas públicas sanitarias en todas aquellas materias que se consideren necesarias, atendiendo a las características del servicio que tales instituciones prestan. Estas características propias de las organizaciones sanitarias públicas deben permitir compatibilizar el establecimiento de garantías en la correcta prestación del servicio público (en materia de equidad en el acceso de los usuarios de los servicios y garantías en la prestación de los mismos, régimen presupuestario económico-financiero, control patrimonial y régimen de personal) con la aplicación de mayores cotas de autonomía (dotación de órganos de gobierno propios, vinculación de los ingresos mediante contrato de los servicios, gestión de flujos de tesorería y capacidad de auto-organización, entre otros).”

Por eso, no ofrece la menor duda la querencia de nuestros parlamentarios para con estas técnicas instrumentales, en la línea de la evolución histórica experimentada durante estos últimos años, tras

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

los primeros informes evacuados en su día para la modernización del sector.

Empero, no es fácil captar del todo el alcance de la recomendación efectuada, ya que se mixturán diversas cuestiones de difícil, o cuando menos, no pacífica convivencia, sin que tampoco puedan valorarse adecuadamente la entidad de alguno de los extremos propuestos.

4. Como ya fue aludido en la exposición preliminar, nuestros parlamentarios encargados de tan ardua tarea no sólo refirieron propuestas y recomendaciones en materia organizativa, sino también, de modo bastante categórico, lo referente al modelo de relaciones laborales pertinente para el sector.

Con esta finalidad, en el apartado III, “Organización y Gestión”, punto 10, “Potenciar el protagonismo de los profesionales”, se dice textualmente “que los profesionales sanitarios constituyen el principal activo del SNS. Su motivación y compromiso con la gestión, son, sin lugar a dudas, retos históricos pendientes de resolver en el sistema público. Dos factores pueden considerarse en el origen de esta situación: la falta de un adecuado sistema de incentivos y la burocracia y rigidez de las relaciones profesionales.

“Para abordar la resolución de este problema, la Subcomisión considera imprescindible el establecimiento, por Ley Básica, de un nuevo modelo de relación laboral para el personal estatutario de los servicios de salud. Respetando las competencias en materia sa-

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

nitaria de las comunidades autónomas, es preciso abordar un nuevo régimen de personal *compatible con la autonomía de gestión de los centros* –el subrayado es nuestro– al objeto de alcanzar los siguientes fines:

“a) Regular las peculiaridades del personal estatutario de las instituciones sanitarias públicas mediante un estatuto profesional propio, de carácter básico para todo el sistema, sin perjuicio de su desarrollo por las comunidades autónomas.

“b) Fomentar la descentralización de los procesos de selección y promoción profesional en el plano de las organizaciones proveedoras criterios objetivos y garantizar con la calidad de los servicios y el mantenimiento permanente de la motivación personal.

“c) Flexibilizar el régimen de dedicación mediante una mayor personalización de las condiciones de trabajo, promover nuevas fórmulas retributivas en las que realmente se prioricen los incentivos a la actividad y a la calidad y hacer efectiva la participación de los profesionales en la toma de decisiones de los centros.

“d) Adecuar las plantillas a las necesidades efectivas de las instituciones, promover soluciones legales para el ajuste por los centros de las mismas y regular la negociación colectiva a nivel de centro bajo pautas comunes a todo el sistema, por lo que se refiere al volumen total de empleo en el sector y a las condiciones salariales básicas.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

e) Profesionalizar la función directiva y establecer mecanismos consecuentes de evaluación de los equipos de dirección.”

En el ámbito de la regulación de las profesiones sanitarias, la Subcomisión considera conveniente:

“f) Promover por ley una ordenación específica de las profesiones sanitarias con amplia participación de los colegios, sociedades científicas y asociaciones profesionales.

“g) Instar al Gobierno a resolver urgentemente el problema de las titulaciones pendientes así como adecuar las especialidades sanitarias a las necesidades asistenciales, profundizando en el sistema de formación especializada (residencia) a través de criterios de troncalidad, dando paso a especialidades emergentes y promoviendo las áreas de capacitación específica. Las comunidades autónomas deben participar en este proceso de forma efectiva en el seno del Consejo Interterritorial.”

Parece conveniente citar en su totalidad el texto de ese apartado, por cuanto su trascendencia es innegable para la configuración del modelo de relaciones laborales del sector y otras cuestiones estrechamente imbricadas o que puedan colegirse del mismo.

Todos los extremos resultan importantes, pero algunos de ellos casi pueden considerarse de perentorio tratamiento por la premura de su adecuación o su carácter de premisa sobre la que va a sustentarse el modelo. También incluye aspectos diversos de la problemática

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

del sector sanitario, sobre los que se ha controvertido ampliamente o incidido en todos los ámbitos de debate, con la intención de subsanar las fallas del sistema y aumentar sus potencialidades.

Dos cuestiones nos parecen especialmente relevantes del análisis conjunto de estos extremos, debidamente cohonestados con otros apartados del Acuerdo, a saber:

a) El respeto obligado a las competencias estatutarias de las comunidades autónomas en la aplicación de las medidas dentro del contenido básico que para todo el sistema se fija, por mor del actual estado y plena consolidación del modelo de descentralización territorial instaurado en la Constitución Española; de ahí, las referencias constantes al respeto de esas competencias autonómicas en la ejecución de los aspectos nucleares del modelo.

b) En segundo lugar –motivo de nuestro subrayado en el texto–, la necesaria autonomía preconizada para las entidades proveedoras de servicios, que debe ser respetada o garantizada por el modelo que se formule.

Esta autonomía abarca todos los aspectos importantes de la gestión de personal, como: selección de personal, provisión de plazas, adecuar y completar, en su caso, el régimen retributivo, desconcentración de la potestad disciplinaria y negociación colectiva, en cuanto más relevantes. Todo ello sin menoscabo de las pautas o reglas básicas que se establezcan para todo el Sistema Nacional de Salud.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Respecto al conjunto de la recomendación, a pesar de los años transcurridos desde su formulación,¹⁰³ resulta vigente y, en algún aspecto, perentoria en la actualidad, con realización o acogimiento muy parcial durante los últimos años.

A la par, es preciso subrayar su pertinencia general con algún matiz para la plausibilidad de la gestión del sistema sanitario e, incluso, para el propio ámbito de las Administraciones públicas, dicho sea sin rubor alguno o sin que se vuelvan trémulos los mentores de la burocracia.

5. Ante tal determinación, los beneficiarios de la ardua tarea de elaborar un borrador de Estatuto, cuya confección se prevé explícitamente en el apartado a) antes mentado, se vieron necesariamente impelidos a considerar las citadas conclusiones en todos los aspectos que afectasen al contenido de aquel.

Como se ha expuesto, se ha desarrollado un dilatado periodo de debate para alcanzar, a la postre, la plasmación de la Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario, aludida por la referida recomendación.

En la comisión de debate y elaboración del proyecto, con participación notable e influyente de las comunidades autónomas, siempre

103 Si bien en nuestro ámbito de análisis cabe considerar o hablar de tiempo lento, de larga duración, casi estructuras inamovibles, en referencia cara a los historiadores de la escuela francesa de los "anales".

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

se mantuvo la posición incólume de operar una norma de mínimos que recogiera lo estrictamente necesario, para que luego las comunidades autónomas, en sus respectivos ámbitos territoriales, desarrollasen ampliamente su modelo de relaciones laborales.

Tal premisa se mantuvo inmarcesible en todos los borradores de estatuto hasta la definitiva plasmación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que consiguió por fin alcanzar el objetivo previsto en su día en la Ley General de Sanidad.

Con independencia de operar un análisis sucinto –por mor de la finalidad del proyecto de tesis– del contenido y verdadero alcance del estatuto, cabe principiar con la aserción de que el texto ha cumplido las exigencias de los mentores autonómicos y resulta minimalista en cuestiones verdaderamente esenciales que implican decantarse y afirmar sin ambages un modelo uniforme de relaciones laborales.

También es preciso considerar, por su imbricación indudable, la ulterior regulación operada por la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, que condiciona y afecta en algún aspecto nuclear el régimen jurídico del personal estatutario, contenido en el Estatuto Marco y cronológicamente anterior a aquel.

Resulta ilustrativo, asimismo, efectuar una breve referencia a un primer proyecto de Estatuto Básico de la Función Pública, configurado con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley del Estatuto Marco, cuyo texto precisa y aclara la condición de funcionario pú-

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

blico de personal estatutario, condición, hasta ese momento, debida, al haber sido catalogado de *tertius genus* entre el vínculo laboral y funcionarial.

En efecto, el pretérito proyecto del Estatuto de los Funcionarios¹⁰⁴ incluye en su ámbito de aplicación, con la condición de funcionario público, al personal estatutario, sin menoscabo de darle un tratamiento especial por sus características peculiares, en unión de otros colectivos que también las poseen, con la previsión, en su disposición adicional séptima, de elaborar un Estatuto Marco para este personal, que adapte los principios fundamentales del régimen de los funcionarios públicos a esas especiales peculiaridades del personal de las instituciones sanitarias.

A mayor abundamiento, el Consejo de Estado, en dictamen emitido en su día sobre el proyecto, ratifica el carácter de funcionario, en puridad, del personal estatutario, con la preterición de intituciones equívocas, como la mantenida hasta ahora y ya aludida, de *tertius genus*, entre los profesionales sometidos a vínculo laboral y los funcionarios, que ya conspicuos autores habían criticado por su imposible admisión, al no reconducirse necesariamente a una de esas dos clases de vínculo.¹⁰⁵ Empero, no rechaza el alto órgano consultivo la imprescindible adaptación del régimen de los funcio-

104 Así intitulado, en contraste con el ulterior, ya vigente, que abarca al conjunto de los empleados públicos, con clara querencia para esta última denominación.

105 Acorde con el propio tenor de la Carta Magna.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

narios a las condiciones de las instituciones sanitarias públicas, a través del Estatuto Marco previsto en la disposición adicional citada.

1. Contenido de la Ley del Estatuto Marco

Para la configuración de la normativa básica de personal estatutario en los aspectos sustanciales del artículo 84 de la Ley General de Sanidad, sus mentores han tenido en cuenta los siguientes principios, que se plasman en el contenido del texto:

a) Unificación del régimen jurídico del personal de instituciones sanitarias, a través de la aplicación con carácter básico de una única norma. De este modo, se elimina la situación anacrónica generada por los estatutos históricos, la diversidad de planteamientos para las distintas clases de personal y, consiguientemente, la incertidumbre e inseguridad jurídica para la gestión de personal.

b) Consideración del personal de instituciones como *funcionario especial*, sometido a los principios del régimen de la función pública,¹⁰⁶ en la línea de la postura jurisprudencial mantenida en estos últimos años, de innecesaria cita y comentario por ser sobradamente conocida, dada la polémica que suscitó.¹⁰⁷

106 Con la aplicación supletoria e integradora de los principios y normas de la función pública.

107 Desde posiciones más antiguas, que se decantaban hacia el ámbito privatista, a ulteriores, ya incólumes, que preconizan esa condición de funcionario público.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

c) Atención obligada a la actual configuración del modelo de descentralización territorial del Estado español y, por ende, de las competencias estatutarias de las comunidades autónomas.

Así lo ha tenido en cuenta el legislador, que ha atendido a esta premisa para la fijación de los aspectos nucleares del régimen del personal estatutario reducidas a las cuestiones indeclinables predicadas para todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud. Con la arrogación a las comunidades autónomas de las competencias para su desarrollo y ejecución en el ámbito territorial que les concierne. Por lo que, en algún aspecto, resulta excesivamente parca su regulación, y por este motivo se pierde el punto de equilibrio necesario.

d) Se abandona, a la postre, el grado y alcance de descentralización y autonomía que propugnan los ponentes parlamentarios en sus conclusiones de referencia.

Las medias descentralizadoras, según aquellos, suponen residenciar en el ámbito de centro sanitario los aspectos de mayor virtualidad para la gestión, que van a favorecer en gran medida la implicación de los profesionales en la misma. Y esa descentralización no se evidencia –antes se huye de ella– en las previsiones contenidas en el Estatuto sobre aspectos varios: retributivo, promoción profesional, selección y provisión... En resumen, sobre cuestiones básicas, cuya disposición debe corresponder en gran medida a los gestores, con la participación de los profesionales y organizaciones legitimadas.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Se asume y mantiene, pues, el aspecto centralizador de gestión y sistema, trasladado al ámbito de las comunidades autónomas, respecto a sus servicios de salud.

e) Falta el imprescindible tratamiento en el articulado, separadamente y con suficiente pormenor, de aquellos extremos que por su relevancia o trascendencia para el servicio sanitario y desarrollo de las profesiones que lo prestan, o tradición pacíficamente mantenida en el sector público, deban ser previstos. Así:

1) Se alude a los principios, derechos y deberes del personal estatutario, su nombramiento, temporal –su tipología– o definitivo, la regulación de su acceso –con alusión y respeto de los principios constitucionales, situaciones administrativas comunes a las del personal funcionario–, régimen disciplinario –con las particularidades de rigor por el ámbito al que se aplica–, régimen de jornada de trabajo, vacaciones y descansos, régimen de incompatibilidades y relaciones laborales colectivas.

En la regulación de esos extremos no se dan novedades significativas que, básicamente, sustraigan o excluyan la aplicación del régimen de los funcionarios públicos. La mayor parte de los preceptos se impregnan o simplemente reproducen la regulación del funcionario público, sin menoscabo de las alusiones y referencia obligadas al ámbito sanitario.

En cuanto a la jornada de trabajo, la norma opera una regulación amplia y pormenorizada, por imperativo de las directivas comunita-

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

rias existente sobre jornadas máximas, de aplicación directa en el territorio del Estado español, que apuntan a que se garantice y respete en todo caso el derecho al descanso mínimo a los profesionales sanitarios que impida la irrogación de daño a tal personal y, a la postre, a los pacientes y usuarios de sistema.

La aplicación de estas directivas dio lugar a condenas al Estado español por exceso de jornada de los profesionales sanitarios, con base en la exigencia de las condiciones adecuadas de salud y seguridad en el desarrollo de la prestación de los profesionales sanitarios, habida cuenta de la cobertura permanente de las instituciones sanitarias que garantizan y prestan a los pacientes tanto una asistencia normal y ordinaria (en acceso ambulatorio u hospitalario) como continuada y urgente (cuando los procesos patológicos lo requieran).

2) Aparece reconocida explícitamente, en precepto separado, la promoción profesional del personal del sistema sanitario público, tanto de carácter definitivo, en su acceso a otra categoría con nombramiento definitivo, como temporal.

En este último caso, se reitera la posibilidad de que los profesionales del sector se promocionen temporalmente a otros cometidos de igual o superior categoría, con el percibo de los emolumentos de nuevo puesto y sin limitación temporal, excepto la que resulta de su cobertura reglamentaria con carácter fijo. La situación en la que se encontrarán estos profesionales será la de servicio activo, que se

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

ha venido aplicando desde hace tiempo en las instituciones sanitarias para la denominada “promoción interna”.

Esta promoción interna temporal resulta novedosa respecto a otros vínculos –caso del funcionario público, donde no existe– y favorece e impulsa la formación y mejora de los profesionales, que, de este modo, ven premiado su esfuerzo de forma inmediata sin esperar a la solución definitiva, mediante las OPE que se vayan vehiculando.

3) Se establece, también en seguimiento de la línea tradicional de actuación, la movilidad forzosa del personal con traslado fuera del centro o ámbito de nombramiento, de conformidad con los planes de ordenación de recursos humanos de cada servicio de salud.

Sus premisas parecen coincidir con la pretérita formulación ya contenida en el artículo 87 de la Ley General de Sanidad, anteriormente referido, si bien se omite, por una parte, la referencia al área sanitaria y, por otra, se condiciona al contenido de los planes de ordenación de recursos humanos.

Esta movilidad obedece a fundadas razones de carácter organizativo, imposibles de soslayar a través de la política de personal que se diseñe, y, además, como ya se apuntó, está profundamente arraigada en el sistema. Se condiciona su aplicación, alcance y control a las disposiciones contenidas en los planes de ordenación de recursos humanos, en cuanto estos últimos son instrumento básico de planificación global del personal en el ámbito de cada servicio de salud.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Dicha planificación global apunta a determinar los objetivos que se han de conseguir en materia de personal con los efectivos necesarios y la estructura de recursos humanos que se considere adecuada en cada servicio de salud, con la definición de las medidas tendentes a alcanzar la precitada estructura en materias de cuantificación de efectivos, acceso, movilidad geográfica y funcional, promoción y reclasificación.

Dichos planes se han configurado muy recientemente –dada la inercia del sistema, una vez más evidenciada– para abordar cuestiones perentorias, caso, fundamentalmente, de la jubilación “forzosa” del personal estatutario, con el corolario de su no permanencia en el servicio activo. Permanencia en el servicio activo recogida como derecho en el EM, si bien “hurtada” como tal, a través de los aludidos planes de ordenación en la práctica totalidad del SNS. Esta situación de jubilación forzosa del personal está generando, fundamentalmente respecto al personal facultativo sanitario, innúmeros recursos judiciales.

El legislador ha querido dotar a estos planes de notable relevancia y hacerlos verdaderamente propulsores, tras el debate y proceso de negociación correspondiente, de una planificada política de personal.

4) Prevé, asimismo, la posibilidad de movilidad voluntaria por traslado a otro centro de la red, a través del sistema de convocatoria pública con concurso de méritos, que será regulada por las comunidades autónomas en el ámbito de su servicio de salud, sin menos-

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

cabo de la necesaria aceptación de la misma dentro del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la ubicación territorial de la plaza. Movilidad inter-sistema solamente predicable del personal estatutario, que parece colegirse de la propia esencia e idiosincrasia del modelo establecido en la Ley General de Sanidad, mateniendo la visión unitaria del conjunto a pesar de la descentralización territorial operada.

Los sistemas de movilidad que se apliquen en los distintos servicios de salud serán negociados con las organizaciones sindicales y dispuestos en atención a las circunstancias y problemática concurrentes en aquellos. La ley establece una movilidad rasa, ayuna de promoción profesional a puestos diferentes, en contraste con el sistema de traslados imperante en la función pública.

5) Como procedimiento regular selectivo de acceso, establece el sistema de concurso-oposición, más acorde con las profesiones y las competencias que se van a seleccionar, donde el mérito acreditado tiene una especial relevancia. Empero, también se admite, en aquellos supuestos que resulte preciso, la opción de utilizar el sistema de oposición o concurso. Este último caso, de carácter excepcional para puestos de gran complejidad y con perfiles muy definidos.

6) Igualmente, resulta novedosa la simplificación efectuada de la clasificación del personal por la función desarrollada, que intenta poner fin a la farragosa situación pretérita y, a la vez, permite una mayor flexibilidad a la hora de fijar nuevas categorías susceptibles de incorporación a las instituciones por su propia dinámica.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Asimismo, esa clasificación funcional acaba con la arcaica denominación de personal no sanitario, utilizada por exclusión y no en virtud de las características de su cometido, para sustituirla por la más loable e idiomática a tal fin, de personal de administración y servicios.

7) En lo que concierne al régimen retributivo, el texto de la ley determina la obligatoriedad de unas retribuciones básicas, caso del sueldo, trienios y pagas extraordinarias, iguales para todos los servicios de salud, fijadas en los presupuestos generales y coincidentes con las parangonables de los funcionarios públicos.

Las demás retribuciones complementarias de fijación no obligatoria se enumeran y definen, y se establece su carácter fijo o variable y las premisas que las sustentan, caso del complemento de destino, específico, de productividad, de atención continuada y complemento de carrera.

8) Novedad importante es la introducción de la carrera profesional. Su implantación venía siendo demandada por el personal del sistema, fundamentalmente facultativo, de forma reiterada, casi obsesiva. Esta insistencia obedece, fundamentalmente, a dos razones históricas: la falta de cualquier promoción profesional, en el sistema sanitario, equivalente cuando menos a la que dispone el personal funcionario de las Administraciones públicas,¹⁰⁸ y la necesidad

108 Aunque este último adolezca realmente de cualquier sistema de promoción mínimamente estructurado, amplio y motivante.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

de reconocimiento profesional en las profesiones como las sanitarias, muy exigentes en la actualización del conocimiento y pericia, ausencia que conlleva una paulatina desmotivación del sanitario.

Tales aspectos también deben ser coonestados con la incentivación económica cara a los profesionales del sistema, habida cuenta de su innegable situación de riesgo en el desempeño de su menester con los pacientes.¹⁰⁹

Como resumen de la situación analizada, puede decirse que, hasta la implantación del sistema de carrera profesional, los profesionales solamente disponían de la posibilidad de acceder a puesto de mando intermedio dentro de la jerarquía de cada servicio sanitario,¹¹⁰ modalidad de promoción escasa y que, hasta muy recientemente, no dispuso de un sistema de provisión básicamente reglado, con el consiguiente descontento y la tan manida desmotivación de los profesionales.

Así las cosas, el artículo 40 del Estatuto Marco regula la carrera profesional. Para ello, de forma hartamente sucinta, fija una serie de reglas y premisas, que pueden concretarse en las siguientes:

109 Riesgo cada vez más acentuado, a tenor de la proliferación de demandas o reclamaciones judiciales sobre responsabilidad en todos los órdenes, formuladas por los pacientes y sus asociaciones creadas a tal fin.

110 En igual o similar medida, para todo el personal estatutario.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

1. Sistema de implantación negociado en el marco de cada comunidad autónoma.
2. Progresión individualizada como reconocimiento al desarrollo profesional, en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimientos de objetivos fijado.
3. Principios y criterios generales de homologación, a fin de garantizar el reconocimiento de los grados de carrera y sus efectos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.
4. Finalmente, la adaptación de los criterios generales del sistema y desarrollo profesional, recogidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, a la idiosincrasia de cada servicio de salud.¹¹¹

Con repercusión económica, la Ley del Estatuto Marco comentada establece, dentro de la retribuciones complementarias, según se ha referido, la posibilidad de fijar un complemento de carrera, destinado a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional, cuando el sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la correspondiente categoría.

111 Habida cuenta de que la citada Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias dedica el Título III al desarrollo profesional y su reconocimiento, con afectación, ora al ámbito del servicio público sanitario, ora al ámbito de actuación de la sanidad privada.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

De las anteriores premisas se coligen, sin duda, dos consecuencias: la necesidad de implantar un sistema de carrera profesional y que el sistema o modalidad aplicable respete esas escuetas bases establecidas en la norma comentada, con referencia asimismo a los criterios que, respecto a la profesiones sanitarias regladas, se establecen en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, ley –esta última– coetánea de la del EM.

2. Críticas a la ley

Ya desde su publicación y fase previa de contactos y consultas, las organizaciones sindicales y otros órganos entidades o asociaciones afectadas han dispensado a la ley, ciertamente, más críticas que halagos.

Las críticas, con el debido respeto a sus mentores, han sido, en nuestra opinión, excesivamente acerbas en muchos casos y no es descabellado pensar que obedecieron más a un superficial impacto de parte de su contenido, o incluso a la parquedad de la norma, que a una lectura atenta y sosegada del texto remitido.

En nuestra exposición de los principios y reglas más importantes de su contenido ya se hizo alusión a un defecto general de falta de regulación suficientemente clara y definitoria del régimen jurídico establecido, dado que se viene, en puridad, a determinar el carácter funcional¹¹² del personal estatutario con un estatuto espe-

112 *Status* funcional que resulta obligado, por lo demás.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

cial, por mor de la ubicación de sus funciones, sin asumir las consecuencias de tal régimen en los principios esenciales.

En consecuencia, por una parte se genera una permanente, casi obsesiva, anomia, sin saber a qué conjunto normativo acudir y, por otra, se cede a las comunidades autónomas la parte más sustancial y de enjundia de la regulación, caso de: determinación de los sistemas de acceso y provisión de puestos; configuración, creación y supresión, en su caso, de las categorías profesionales existentes; sistema de retribución complementario al básico e implantación y sistemas de carrera.

La regulación abordada con mayor sustancia obedece a la plasmación de criterios generales en aspectos comunes que no permiten mayor amplitud o desarrollo,¹¹³ o que exigen una inmediata regulación, suficientemente pormenorizada, con motivo de la adaptación a las directivas y normas comunitarias, caso de la jornada de trabajo y sus límites insoslayables, al existir la ineluctable necesidad de una permanente cobertura asistencial en las instituciones sanitarias de sistema.

Asimismo, se echa en falta una mayor voluntad y arrojo en la introducción de novedades muy debatidas, en general asumidas y parcialmente aplicadas en el ámbito de sistema sanitario público. Nótese que son iniciativas recomendadas en el informe anteriormente aludido del grupo parlamentario. Así, no se aborda, ni menta si-

113 Nucleares del régimen o *status* del personal.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

quiera, la posibilidad de la gestión por procesos o clínica y sus consecuencias para el régimen estatutario establecido para el personal, régimen que no resulta incompatible con esa medida de gestión, moderna y eficiente.

Tampoco se facilita la posibilidad, legalmente establecida, de una descentralización clara de las medidas de gestión –al margen o de forma independiente de las competencias arrojadas a las comunidades autónomas y servicios de salud– en el marco más básico y próximo de las instituciones sanitarias (lo que es más importante), o siquiera de las áreas de gestión.

3. Ley del Estatuto Básico del Empleado Público

Después de varios esbozos fallidos de estatuto del personal funcionario, a cuyo último proyecto –incluso informado por el Consejo de Estado– se hizo referencia, se aprueba el Estatuto Básico del Empleado Público, a través de la Ley 7/2007, de 12 de abril.

Esta ley ya muda la intitulación y alcance del proyecto anterior (y esbozados previos), al apuntar en su ámbito a todos los empleados públicos, aunque la regulación concierna, en puridad, a los sometidos a una relación de carácter funcional al servicio de las Administraciones públicas del Estado.

En el presente análisis, cabe centrarse únicamente en las consecuencias de tal regulación respecto al personal estatutario, objetivo de este proyecto de tesis, con preterición de un estudio más am-

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

plio, a pesar de que tal estudio siempre estaría revestido de notable atractivo por el objeto tratado, a la luz y evolución de su tratamiento en el Estado español.¹¹⁴

Respecto al personal estatutario, viene incluido expresamente en el ámbito de aplicación de la ley, con referencia en el apartado 3 del artículo 2, ámbito de aplicación que señala paladinamente que este personal se regirá por su legislación específica, dictada por el Estado y las comunidades autónomas en el ámbito de sus respectivas competencias y por lo previsto en el presente estatuto, excepto en el Capítulo II del Título III, salvo el artículo 20 y los artículos 22.3, 24 y 84. Igualmente, el apartado 4 del mismo artículo 2 determina que cada vez que este estatuto haga mención al personal funcionario de carrera se entenderá comprendido el personal estatutario de los servicios de salud.

Así las cosas, con las anteriores previsiones principia, tras la entrada en vigor de la ley, un complejo *iter* de interpretación del alcance de las previsiones trasladadas al personal estatutario.

Las dudas suscitadas afectan inicialmente a dos cuestiones:

a) La virtud de la equivalencia en la intitulación del personal estatutario como funcionario de carrera.

114 Reforma siempre demorada y claramente fallida en sus planteamientos y resolución.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

b) La conciliación de las dos regulaciones aplicables a dicho personal: su específica, contenida en la Ley del Estatuto Marco y disposiciones complementarias de las comunidades autónomas, y la general, contenida en la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, salvo los preceptos explícitamente excluidos.

Respecto a la primera cuestión, después de las dudas iniciales por mor de la muy larga indefinición del régimen jurídico aplicable al personal estatutario (recuérdese lo dicho sobre su calificación como *tertius genus*), la jurisprudencia ha venido a considerar, prácticamente a todos los efectos, al personal estatutario como funcionario de carrera en estado prístino y no como un mero remedo de aquel, sin menoscabo de su sometimiento a un régimen especial para su adaptación a las particularidades e idiosincrasia de su prestación en el ámbito de las instituciones sanitarias.¹¹⁵

Tal conclusión, determinada por la interpretación y aplicación de los tribunales, se evidencia en la concreción operada de su fuero jurisdiccional ante los tribunales de lo contencioso-administrativo,¹¹⁶ en paridad con el resto del personal funcionario, e igualmente se viene constatando en una lenta pero paulatina evolución en otros aspectos de su régimen jurídico, siendo de resaltar, como

115 Prestación que obliga a una regulación específica en aspectos varios y esenciales de su régimen, ya anteriormente mentados.

116 Con anterioridad, sus litigios se vehiculaban ante la jurisdicción social, con un fuero especial y claramente privilegiado.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

particularmente sensibles, los de provisión de puestos, sistemas de movilidad y configuración de plantillas.

Con ello se aclara por fin, si bien no al gusto de todos, la clase de vínculo jurídico predicable para esta clase de personal. Situación pretérita de ambigüedad que ya no era posible mantener desde la propia formulación de la Ley del Estatuto Marco, aunque la tal fuese de la querencia de los colectivos de profesionales del sector, sobre todo facultativos, cuyo deseo estaba dirigido a mantener las especificidades más atractivas del sistema anterior, entre las que, sin duda, se cuenta el fuero especial de jurisdicción.¹¹⁷

El segundo aspecto referido resulta más complejo, en cuanto al análisis de su alcance y consecuencias derivadas de la entrada en vigor de la ley sobre la anterior normativa específica contenida en el Estatuto Marco.

Lo concerniente a la virtud de la regulación de la ley que nos ocupa y su posición o *status* respecto a la anterior norma de la Ley del Estatuto Marco –norma esta última específica para el personal estatutario, que explicitaba su estatuto especial– ha sido analizada, no bien entró en vigor, por los estudiosos y operadores del sistema sanitario. De ahí, la controversia sobre la preponderancia entre una y otra en caso de colisión y conflicto, obviamente referido a los pre-

117 Fuero colegido de una senecta remisión operada en la antigua Ley General de la Seguridad Social, que se tuvo en consideración hasta hace pocos años.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

ceptos que la propia Ley del Estatuto Básico determina como aplicables al personal estatutario de los servicios de salud, caso del apartado 3 del artículo 2 anteriormente citado.

La controversia, sin mucho tino por lo demás, parece resolverse a favor de la preeminencia de una regulación general, uniformadora de los funcionarios de carrera –condición que, como hemos indicado, la ley aplica al personal estatutario–, sobre un estatuto específico en supuestos de colisión que van a afectar a cuestiones generales del *status*, sin menoscabo o influencia negativa respecto a la idiosincrasia del sector sanitario. Es decir, las cuestiones del régimen jurídico que conciernen a los derechos básicos del personal estatutario se resuelven en coincidencia con los del resto de los funcionarios públicos.¹¹⁸

Sobre ello, después de un periodo, sobre todo inicial, de alguna duda o disparidad de criterios, los tribunales del orden jurisdiccional contencioso-administrativo han mantenido esa exigencia de uniformidad.

Ahora bien, la dificultad se levanta en aquellos aspectos de regulación que deben conciliarse entre ambas normas, por mor de su disímil planteamiento o configuración.

Las colisiones más relevantes afectan a dos cuestiones:

118 Pretender lo contrario pasa por discriminar, positiva o negativamente, sin fundamento o razón alguna que lo justifique.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

A) La creación, modificación y supresión de los cuerpos y escalas de funcionarios, para cuya operatividad se requiere la aprobación de una ley –según lo dispuesto en el artículo 75 de la Ley del Estatuto Básico, que comprende en la referencia a cuerpo y escalas cualquier otra agrupación de funcionarios–, en contraste con la situación prevista en la Ley del Estatuto Marco, cuyo artículo 15, “Creación, modificación y supresión de categorías”, determina: “En el ámbito de cada servicio de salud se establecerán, modificarán o suprimirán las categorías de personal estatutario de acuerdo con las previsiones del Capítulo XIV y, en su caso, del artículo 13 de esta ley.”

El aludido contraste radica en que, en la Ley del Estatuto Básico, se exige indefectiblemente la aprobación de una ley para tal menester, mientras que en la Ley del Estatuto Marco no se explicita tal exigencia y se cede a cada comunidad autónoma la competencia para ello, con base en las previsiones contenidas en los planes de ordenación de recursos humanos (artículo 13) y de la negociación previa con las organizaciones sindicales representativas, dispuesta en el Capítulo XIV del Estatuto Marco. Ante tal estado de la cuestión, puede ocurrir, y así ha ocurrido, que una comunidad autónoma acuda a una norma o disposición sin rango de ley para operar cualquiera de esas actuaciones.

Tal operación se ha llevado a cabo en el ámbito del Servicio Gallego de Salud (Sergas) con la creación de la categoría de médico de urgencias hospitalarias y de admisión y documentación clínica, vehiculadas a través de decreto aprobado por el Consello de la

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Xunta de Galicia, dictado con posterioridad a la entrada en vigor de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. Ya con anterioridad se había creado una categoría estatutaria de personal de apoyo, no sanitario, con destino en los centros de salud adscritos al nivel de atención primaria, intitulada personal de servicios generales; categoría por lo demás de gran éxito y querencia por los gestores, dada la polivalencia de sus funciones.¹¹⁹

La actuación seguida, además de vulnerar flagrantemente la Ley del Estatuto Básico respecto a un precepto de aplicación al personal estatutario, conlleva una degradación del *status* y nivel exigido a la categoría –como agrupación específica del personal estatutario, equivalente a la de cuerpo o escala–, con un menor control sobre su creación, al sustraerse su aprobación al parlamento para ceder en exclusiva al Gobierno de la comunidad autónoma, a su guisa, el ejercicio de la competencia.

La aludida y otras actuaciones parangonables muestran la falta de respeto por la legalidad que, lamentablemente, ha venido aconteciendo en nuestro medio en la gestión de los recursos humanos, con un grado insólito de tolerancia a los responsables de la gestión del sector sanitario, sin duda perverso para el sistema, ya que no

119 Como detalle de relevancia, cabe mentar que tal categoría –con una ya dilatada vigencia, andadura y prosperidad en el sistema sanitario de Galicia de casi 20 años– no fue homologada hasta la fecha dentro del Sistema Nacional de Salud, conforme exige el apartado 3º del referido artículo 15 de la Ley del EM.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

siempre (probablemente, casi nunca) resulta corregido por los órganos de control, ya político, ya jurisdiccional.

B) La segunda cuestión afecta al tratamiento de la ordenación de los puestos de trabajo, que regula el artículo 74 de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, con la exigencia de la utilización de relaciones de puestos de trabajo u otros instrumentos organizativos similares, los cuales comprenderán, al menos, la denominación de los puestos, los grupos de clasificación profesional; los cuerpos o escalas, en su caso, a que estén adscritos; los sistemas de provisión y las retribuciones complementarias.

Sin menoscabo de la básica y flexible regulación anteriormente aludida, la Ley del Estatuto Marco, como contraste, ni siquiera establece unas pautas mínimas para la ordenación de los puestos. Su artículo 14, “Ordenación del personal estatutario”, se limita a delegar en los servicios de salud las competencias para establecer los sistemas de agrupamiento y enumeración de los puestos o plazas.

En ejercicio de las competencias transferidas y con preterición paladina del mentado precepto de la Ley del Estatuto Básico, las comunidades autónomas en general (y de forma muy especial en el caso del Servicio Gallego de Salud) han omitido toda medida de ordenación de los puestos de trabajo del personal estatutario, ora a través de las tradicionales relaciones de puestos de trabajo, ora mediante otros sistemas similares, caso de los catálogos o plantillas orgánicas, estas últimas de tradición en el sector sanitario público, por mor de su pretérito uso en la gestión del INSALUD.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Esta anomia supone que, de forma muy acusada, el Servicio Gallego de Salud mantenga una desregularización de sus puestos de trabajo, muy cara a sus gestores por cuanto pueden manipular a su guisa las plantillas y colocar recursos a la carta, pero muy preocupante para los defensores de una ordenada gestión que obligue a disponer de un conocimiento de los recursos existentes, su ubicación y coste, al mismo tiempo que se establezca un sistema para su mudanza, en caso de resultar precisa.

A mayor abundamiento, con la finalidad de alcanzar sin duda una adecuación retributiva entre el puesto desempeñado y la retribución percibida, el ya mentado Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para la llamada sostenibilidad del sistema, artículo 10.2, modifica los apartados 3 y 4 del artículo 41 del Estatuto Marco, dedicados a los criterios generales del sistema retributivo, trocando el 4 por un nuevo apartado, donde se determina que los servicios de salud y entes gestores de asistencia sanitaria establecerán los mecanismos necesarios, como la “ordenación de puestos de trabajo” u otros, que garanticen el pago de la actividad realmente realizada. Disposición que, como resulta habitual en el sistema, ha sido omitida de toda consideración hasta la fecha, con el único, sufrido y poco fiable recurso de tener que acudir a los tribunales para exigir su implantación.

En cuanto al resto de la regulación, salvo matices de menor importancia, cabe referir que se van conciliando aceptablemente ambas normas, habida cuenta de que, a la postre, la Ley del Estatuto Básico completa la más parca regulación de la Ley del Estatuto Marco

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

en un número importante de cuestiones nucleares del régimen del personal estatutario, sin conflicto para la gestión.

4. Regulaciones atípicas: Ley de Ordenación Sanitaria y Ley de Salud de Galicia

No podía faltar, como colofón a este apartado, la referencia a los acometimientos habidos en materia de regulación de los recursos humanos en el ámbito territorial de los servicio de salud, con especial referencia a las dos operaciones efectuadas por el Servicio Gallego de Salud, por mor de su especial rareza y notable descontextualización en la regulación de la materia –las hemos titulado de atípicas, aunque bien podrían ser calificadas de espurias.

En otros servicios de salud se ha procedido a desarrollar el Estatuto Marco a través de leyes específicas para sus ámbitos territoriales, que contiene estatutos propios del personal de su competencia. Normas legales que, luego, fueron desarrollándose y completándose con regulaciones reglamentarias o incluso paccionadas, en materias específicas.

La formulación de estatutos de personal con rango legal en esos ámbitos no solamente obedece a criterios de racionalidad en la materia, sino que resultan necesarios, habida cuenta de la escasa regulación operada en determinadas materias de enjundia en la Ley del Estatuto Marco, que requieren el desarrollo o incluso su verdadera configuración en virtud de leyes de las comunidades autónomas.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Así las cosas, estos estatutos de personal fueron aprobados como tales en los parlamentos y pasaron a integrar, con las mayores garantías, la regulación más acabada del régimen del personal estatutario en sus ámbitos territoriales.¹²⁰

Pero, en Galicia, la Administración sanitaria propone y acomete una parte esencial (realmente nuclear, en muchos aspectos) de la regulación del régimen del personal estatutario de su ámbito de actuación dentro del contenido de las dos leyes sucesivas de ordenación de la sanidad y salud, ora en la pretérita intitulada de Ordenación Sanitaria de Galicia, Ley 7/2003, de 9 de diciembre, ora en la posterior denominada de Salud de Galicia, Ley 8/2008, de 10 de julio.

Tal acontecer se califica de cuando menos “atípico”, por cuanto esta regulación, previo planteamiento y debate parlamentario, debe vehicularse de forma autónoma, con contenido separado y dentro de una ley propia de estatuto del personal.

Las consecuencias de ello es que el tratamiento de la materia se difumina y pierde notablemente su identidad dentro de una ley de otra problemática y entidad. Se hurta, pues, el debate parlamentario, así como el previo en el marco de la negociación sindical.

120 De forma parangonable a las leyes de la función pública aplicadas en esas comunidades autónomas que, en la actualidad, viene a desarrollar, con el mayor rango, la Ley del Estatuto del Empleado Público.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Las causas de las mentadas actuaciones¹²¹ radican en que, de consuno y sin pudor, los responsables políticos de nuestra comunidad autónoma, con convicciones idénticas en este caso, adoptan medidas de importante calado, con suma facilidad y sin apenas debate parlamentario.¹²²

Con motivo de la trascendencia de la regulación, resulta obligado operar un comentario sobre las dos regulaciones sucesivas.

La Ley 7/2003 dedica el Capítulo VI del Título IV. Servicio Gallego de Salud, a la regulación de los “recursos humanos”. Dentro de los artículos referidos a la materia, cabe resaltar los que conciernen a:

- Artículo 60. Plantilla de personal.
- Artículo 62. Función directiva.
- Artículo 64. Relación con otros regímenes de personal.
- Artículo 66. Organización de personal.

El resto de los preceptos del capítulo viene a ser un mero remedo de la normativa básica del personal estatutario, así como de normas anteriores aplicables en el servicio de salud.

121 Seguidas, además, por dos Gobiernos de diferente color político.

122 Ni tampoco análisis y debate previos con las organizaciones sindicales.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Entrando al análisis de los preceptos escogidos, se constata la notable importancia y trascendencia de la regulación, en cuanto la excluye del contenido del estatuto del personal funcionario, colectivo este último al que pertenece el personal estatutario, empero con régimen especial.

El apuntamiento de esa regulación, de verdadera enjundia y trascendencia, radica en conceder a los gestores del organismo –Servicio Gallego de Salud– unas competencias de gestión exorbitantes en la ejecución referida a esos aspectos.

En efecto, la configuración de la plantilla de personal viene a sancionar y dar plena carta de naturaleza a la existencia, en el ámbito del servicio, de las denominadas “plantillas presupuestarias”,¹²³ plantillas operativas, que, en el ámbito de las instituciones sanitarias, se reducen a meras cifras contables, sin revestimiento y configuración adicional, ya como relaciones de puesto de trabajo, ya catálogos de puestos o instrumentos similares, con la concesión al organismo de la posibilidad de su gestión y mudanza dentro de las limitaciones establecidas en la disposiciones presupuestarias.

La medida plasmada en la ley, que ratifica la situación pretérita, resulta un escándalo mayúsculo y priva a la gestión del personal estatutario de cualquier básica garantía de estabilidad en su nombramiento, funciones y retribuciones inherentes. Choca, sin duda, con la tradición del ámbito funcionarial (a la par que del laboral, con-

123 Sistema muy caro a los gestores de la Administración sanitaria.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

tenido en las normas paccionadas) y obedece a dos razones no disimuladas, por cuanto evidentes: la incuria de los gestores a la hora de acometer una labor de configuración de las plantillas del organismo¹²⁴ y la cesión a la carta, a los gestores de los centros sanitarios, de capacidad para la manipulación, sin límites ni cortapisas, de los efectivos de que disponen.

El abordamiento en la ley de la función directiva viene impulsado por la necesidad de amparar legalmente una situación de hecho, ya constatada en el devenir de la gestión del organismo. Esto es, ratificar la existencia de una estructura directiva de las instituciones sanitarias excluida del régimen de los funcionarios públicos y próxima a la gestión de las empresas privadas.

Se habilita el reclutamiento del personal directivo desde fuera del sistema a través de vinculaciones contractuales de alta dirección, a la par que mediante nombramientos provisionales de carácter administrativo por libre designación, sin control alguno y, presumiblemente, a fin de favorecer el fichaje de directivos muy próximos y/o de la querencia de los políticos del momento.

El artículo 64 dispone y facilita sin ambages el trasiego del personal estatutario y funcionario sanitario a las nuevas modalidades de ges-

124 Causa, la aludida, no señalada o denunciada en las críticas vertidas sobre tal actuación, pero que, sin duda, resulta importante por mor de la falta de rigor y preparación tradicionalmente constatadas en el medio.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

ción, configuradas como fundaciones públicas y demás entidades dotadas de personalidad jurídica propia.¹²⁵ Establece, no obstante, el matiz o precisión de la temporalidad de la medida de asignación recíproca de recursos y también dispone la adscripción obligatoria del personal estatutario y funcionario del Servicio Gallego de Salud a esas entidades nuevas, cuando las necesidades del servicio público sanitario lo requieran.

Como cuestiones destacables de la medida contenida en el precepto, cabe señalar que la intitulación resulta parcialmente coincidente con la contenida en la Disposición Adicional Sexta de la Ley del Estatuto Marco, al referirse en los dos casos a “relaciones del personal estatutario con otros regímenes de personal”. No obstante, la Disposición Adicional del Estatuto Marco continúa diciendo “de las Administraciones públicas”, por cuanto esta última disposición adicional habilita esa posibilidad de relación –luego determinada y concretada en el ámbito de cada Administración pública– entre el régimen del personal estatutario y los ámbitos de aplicación de otros estatutos de personal del sector público.

Por ende, parece difícil encajar la regulación contenida en la Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia dentro de la habilitación arrojada por la mentada disposición de la Ley del Estatuto Marco.

Y, a mayor abundamiento, la obligatoriedad de asignación de recursos de personal estatutario a esas nuevas entidades por imperati-

125 Cuya existencia y análisis ya fueron objeto de tratamiento previo.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

vo del servicio público¹²⁶ no parece acomodarse con la exigencia de voluntariedad que refiere la Ley del Estatuto Marco en su artículo 65, “Servicios bajo otro régimen jurídico”, para acceder a la situación que, como tal, configura ese precepto.

Como reflexión sobre esta medida legal, parece obligado señalar que, de entrada (como se ha expuesto para la generalidad de la regulación), está fuera de contexto y, de salida, colisiona con la regulación contenida –muy breve y escasa, ciertamente– en la Ley del Estatuto Marco.

Finalmente, el artículo 66, “Organización del personal”, alcanza e incluso sobrepasa, sin pudor, los límites de lo aceptable. En efecto, tal precepto, después de la adopción de las medidas anteriormente comentadas (alguna de enorme calado y trascendencia), opera en el punto 1 una deslegalización de la regulación del régimen estatutario del personal y facilita su aprobación por decreto del Consello de la Xunta de Galicia. A la par, dispone en el punto 2 la creación, supresión y modificación de categorías asimismo por decreto, con la posibilidad final (punto 3) de integrar el personal fijo de las categorías que se declaren a extinguir en otras categorías, en función de las necesidades organizativas o asistenciales, en los ámbitos que se determinen reglamentariamente.

Sobre tal grado de desatino sobran comentarios, ya que supone un ataque, frontal y sin tapujos, a la esencia de cualquier régimen o es-

126 Empero, de carácter temporal.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

tatuto de personal funcionario, condición esta última que, repetimos, conforma al personal estatutario de los servicios de salud.

Los anteriores comentarios –de verdadera desolación para un tratamiento serio de la materia aludida– serían inocuos¹²⁷ si la siguiente regulación enmendase *sustancialmente* el desaguisado.

Como cuestión primera, ya denunciada respecto a la anterior norma, parece obligado reiterar la falta de idoneidad de esta clase de norma, Ley de Salud de Galicia, para la regulación de elementos esenciales del estatuto jurídico del personal estatutario o funcionario.

Pero, con omisión de tal hecho, de nuevo la Administración sanitaria de Galicia aborda en la nueva ley la regulación de elementos nucleares del régimen jurídico del personal estatutario. Y lo hace, de forma aún más extensa que la anterior, en el Título VIII, “De los empleados y empleadas públicos de la salud del sistema público de salud de Galicia.”

Sobre la regulación abordada en el mentado título, parece razonable principiar con la aseveración, para nada exagerada, de su general irrelevancia, salvo cuestiones muy concretas y escasas que se analizarán, por cuanto reitera proclamas, principios y apuntamientos ya contenidos en normas anteriores o de la regulación básica,

127 Sino irrelevantes, por cuanto evidencian la incuria e incluso desfachatez de los mentores y responsables del ámbito sanitario.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

ya del personal estatutario, ya contenida en la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, ley esta última de la que, por cierto, toma la referencia al empleado público de la salud.

Dentro de las concretas cuestiones de relevancia o interés, resalta la mudanza de determinados aspectos, alguno de enjundia, sobre la anterior regulación. Así, el punto 3 del artículo 109 señala que “se desarrollará por ley el estatuto jurídico de los empleados o empleadas públicos de salud de Galicia”, determinación que contrasta con la anteriormente prevista regulación reglamentaria.

Igualmente, el artículo 110, “Interrelaciones entre los distintos regímenes de personal”, elimina la permisividad del trasiego sin limitaciones (e incluso forzoso, temporalmente) del personal estatutario o funcionario sanitario a las nuevas modalidades de gestión, con la referencia en este artículo a la movilidad inter-administrativa a través de convenios de colaboración; establece la disposición de una única prestación de servicios, para los funcionarios sanitarios locales, y el régimen jurídico de las plazas vinculadas de los profesores universitarios.

Lógicamente, la eliminación antedicha del citado trasiego resulta acorde con la posición del Gobierno que impulsó la Ley de Salud de Galicia –sustitutiva de la anterior de Ordenación Sanitaria–, cuyo programa incluye la extinción de las modalidades de gestión anteriormente vigentes y operativas, con la consiguiente integración del personal a su servicio en el régimen del personal estatutario, integración ya ultimada en la actualidad.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El artículo 113, “Clasificación del personal”, efectúa una vaga, del todo genérica y claramente imprecisa alusión a la ordenación del personal intitulado empleado y empleada público de la salud. Su lectura, incluso atenta, hace patente la inutilidad del precepto en cuanto a la finalidad pretendida: configurar un sistema de ordenación de las plantillas con la exigencia de unos presupuestos básicos para las diferentes categorías profesionales y destinos.

Se refiere lo obvio y no se declara o concreta nada sobre la cuestión, con el agravante de la posición adoptada en el siguiente artículo, 114, “Estructura de los puestos de trabajo”, de ulterior análisis, que viene a desmentir o a anular cualquier sistema de ordenación del personal.

Sí, en cambio, en el artículo 113 que nos ocupa, se ratifica el proceso de deslegalización anteriormente denunciado, en dos aspectos, apartados 4 y 5, respectivamente: la creación, modificación y supresión de categorías por decreto del Consello de la Xunta, y la integración de personal fijo de categorías extintas en otras categorías, en función de las necesidades organizativas o asistenciales, en los ámbitos que se determinen reglamentariamente.

Entrando en el análisis anunciado del artículo 114, se evidencia que la posición de los mentores de la nueva ley ratifica paladinamente la de la anterior Ley de Ordenación Sanitaria, al apoyar, con descaro y sin pudor, “la plantilla presupuestaria” como el instrumento de ordenación de personal estatutario del Servicio Gallego de Salud y, una vez más, huyendo de cualquier ordenación, siquie-

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

ra básica, de los puestos de trabajo a través de relaciones o catálogos de los mismos, con la precisión de los elementos mínimos que los configuran.

Las querencias de la anterior y posterior Administración sanitaria, a pesar de la mudanza de Gobierno y posición política, pasan por seguir permitiendo a los gestores de las instituciones sanitarias disponer, a su guisa, de las plantillas asignadas con la única limitación del control de gasto.¹²⁸

Finalmente, el artículo 121, “Función directiva”, mantiene, salvo la referencia al respeto de principios insoslayables de la legalidad constitucional y positiva,¹²⁹ los mismos sistemas de reclutamiento de personal directivo ya previstos anteriormente: nombramiento de libre designación o contrato de alta dirección, sistema de reclutamiento que difícilmente se coherente con una selección basada en los mentados principios constitucionales.

Tiene idénticas consecuencias en el caso de desempeño de los puestos directivos¹³⁰ y, finalmente (punto 10), incluye la precisión, no prevista anteriormente, de que las condiciones de trabajo de este personal directivo no serán objeto de negociación colectiva,

128 Finalidad, única, de control presupuestario.

129 Selección basada en los principios de mérito, capacidad, idoneidad y publicidad.

130 Beneficios inherentes para procesos de provisión y selección, antigüedad y carrera administrativa.

IV. CRÍTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

previsión acorde con la exclusión de tal materia como objeto de negociación, contenida en el artículo 37.2.c de la Ley de Estatuto Básico del Empleado Público.

Como reflexión final, señalemos el tratamiento de ambas leyes sobre una materia, en principio, ajena a las mismas y resaltemos también su coincidencia en aspectos tradicionalmente muy caros para los gestores de las instituciones sanitarias públicas,¹³¹ como es la desregularización o anomia del sector en la gestión de los recursos humanos, que se evidencia en los aspectos nucleares mentados, unida a una posibilidad muy amplia y generosa para el reclutamiento del personal directivo.

Esta situación se ha mantenido hasta la actualidad con una doble consecuencia, constatada por los avezados analistas del sector sanitario: la inseguridad notable y falta de garantías del personal estatutario en los destinos adjudicados y la falta de control sobre la configuración de las plantillas de las instituciones sanitarias del organismo, falta de control ya denunciada recurrentemente en los informes del Consello de Contas de Galicia, donde se incide sobre esa opacidad de las plantillas de las instituciones y sobre la imprescindible exigencia de confección de unas relaciones de puestos de trabajo en su marco.

131 Con el arropamiento, sin fisuras, de los políticos de turno.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Una vez aludidos los elementos más importantes que han supuesto cierta pulsión para el cambio en los aspectos organizativos del modelo sanitario, ora en la microgestión, ora en la macrogestión de las instituciones sanitarias, cabe operar un análisis del grado de efectividad de estas medidas para la gestión del sistema y el modelo de relaciones laborales imperante, lo que constituye el objeto focal de este trabajo.

1. Sistema organizativo

1.1. Paradigma del cambio

Siguiendo el orden de exposición del apartado anterior y, también, el lógico decurso de un relato coherente, parece razonable principiar por la determinación del sistema organizativo que se propugna, del cual van, casi ineluctablemente, a depender las características del modelo de relaciones laborales, tanto en lo que concierne al vínculo de los profesionales del sector, como a lo que de él se colija para las condiciones de prestación.

Se expuso, con cierto detenimiento, que el sistema organizativo de nuestro servicio de salud corresponde a un modelo integrado en el que el órgano financiador titular del servicio gestiona directamente la asistencia sanitaria con los medios materiales y humanos de su propiedad. Esta innegable aserción ha condicionado, en mayor o menor medida, el modelo de relaciones laborales del sector, ade-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

más de otros aspectos relativos al funcionamiento de las instituciones sanitarias.

De este modo, hasta la fecha, con independencia de las críticas o cuestionamientos efectuados, que han quedado reducidos a meras cuestiones teóricas sin suficiente traducción práctica, el modelo de vínculo de los profesionales y su contenido, en sentido amplio, ha sido bastante similar al de un sistema burocrático. De ahí las críticas, casi unánimes y no ayunas de cierta razón, que lo etiquetan de inflexible, rígido, ineficaz y claramente ineficiente; es decir, para sus detractores, una verdadera “carcoma”.

Con estas premisas poco alentadoras, un importante número de estudiosos y profesionales del sector¹³² han disputado sobremanera, ya desde hace tiempo, acerca de la fórmula más plausible para eliminar las nefastas demonizadas características del aludido sistema burocrático, que no eran sino una mera repetición de las registradas en el marco del personal al servicio de las Administraciones públicas como conjunto.

Esos defensores de la reforma también vienen alegando que los países del orbe occidental han adoptado medidas tendentes a mejorar sus sistemas sanitarios en su generalidad y, también, por afectación lógica, en lo relativo al modelo de relaciones laborales, trocándolo por otro menos rígido, por ende más flexible y motivador,

132 Entre estos últimos, sobre todo los que ejercían responsabilidades de gestión en todos los niveles.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

lo que, indudablemente, conllevaría una mejora en la asistencia impartida y percibida.

A estas medidas se ha hecho alusión, si bien parca, en el apartado del presente trabajo concerniente a los modelos comparados, aunque parece merecedora de especial referencia la alusión al paradigma de las aplicaciones de esos modelos en este contexto, los cuales pueden reconducirse a los denominados por algún conspicuo tratadista “modelos ideales” de mercado planificado.

El primero, aplicado en Suecia, apunta a un determinado sistema de “competencia pública” que, sin llegar a asumir riesgo final para las instituciones proveedoras ni menoscabo del principio de equidad, alcanza una autonomía y descentralización plausibles, con las bonanzas que ello implica. El agente central del cambio es el paciente que, mediante la elección del médico y lugar de tratamiento, arrastra consigo los presupuestos institucionales y los incentivos para personal. De este modo, los proveedores que atraen más pacientes obtienen más presupuesto público y, en caso contrario, se les minora este con la consecuencia de problemas financieros y políticos.

En cuanto al segundo “modelo ideal”, instaurado en el Reino Unido a través de las autoridades de distrito, se caracteriza por la implantación de un mercado “mixto”, con competencia entre las instituciones proveedoras públicas y privadas, que pueden conducir incluso al cierre de las menos competitivas por la cantidad y calidad de la cartera de servicios ofertada en régimen de eficiencia, con el riesgo y afectación traumática consiguientes.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Es conveniente resaltar que tal sistema de competencia británico ha sido muy difícil de implantar, política y técnicamente. Además, en este país, tras el ya relativamente antiguo cambio del partido político gobernante, se ha producido una mudanza de actitud en la gestión que retorna hacia las posturas más tradicionales del servicio británico.¹³³

Asimismo, cabe referir que, dentro del marco más amplio de las Administraciones públicas que afecta al propio modelo funcional, también se han asumido importantes reformas que, como corolario, suponen una mejora evidente en el funcionamiento de aquellas, al preterir la marcada rigidez y ausencia de motivación, que convertía casi en tedio el ejercicio profesional, con transformaciones más que notables, acordes con las demandas y exigencias de los usuarios y la mayor eficiencia procurada.

Estas mejoras han supuesto importantes cambios que propugnan decantarse hacia las necesidades de la organización dirigidas a los usuarios, frente a las “manidas” proclamaciones de los derechos de los empleados públicos como garantía inmaculada e inmarcesible. Es decir, una Administración adaptada a la realidad social a través de la articulación, por ejemplo, de una medida como la “Carta de servicios”, que aplique cambios imprescindibles en aspectos varios de carácter esencial, con atención muy especial a los logros del sector privado en el régimen de competencia que lo caracteriza.

133 Consideraciones a las que se une la actual situación, varias veces mentada, de crisis económica y aneja crisis de valores.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Así se eliminan o minoran axiomas pretéritos en el tratamiento de la materia, como es el caso de sistemas retributivos arcaicos basados en la simple permanencia, más bien triste, de los servicios públicos, que soslaya el resultado del cometido; también, sistemas de carrera profesional arcaicos, incluso en su denominación; la ausencia de una verdadera gestión profesionalizada y un vario etcétera.

Como no podía ser menos, en las citadas reformas se enfatiza el aspecto retributivo como uno de los elementos claves de la política de recursos humanos para los empleados públicos y, en concreto, la remuneración del rendimiento que establece su basamento –característica referencial en algún modelo avanzado, como el sueco– en los resultados obtenidos por el grupo, más que por el individuo en particular, con el cuidado de llegar a criterios que realmente reflejen mejoras en los resultados desde el punto de vista de los clientes y el público en general. Por ello, la flexibilidad salarial debe ser un factor clave que sirva, además, como elemento importante de promoción profesional.

Tales reformas burocráticas no han sido verdaderamente trasladadas a nuestro país, que así muestra una clara reluctancia a cualquier atisbo de cambio por razones varias, en las que indudablemente tienen relevancia nuestras especiales circunstancias históricas, mentadas con anterioridad.

No obstante, de forma tímida, se han fijado premisas para la evaluación y retribución de los funcionarios por su rendimiento y objetivos alcanzados, premisas incorporadas a la Ley Básica del Em-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

pleado Público, que no han llegado a desarrollarse. Esta renuncia trae consigo una manifiesta lacra, cada vez más enquistada y difícil de erradicar, puesto que las muy buenas intenciones evidenciadas no parece que vayan a dar resultados medianamente satisfactorios.¹³⁴

El momento actual, con las crisis que nos inunda y condiciona, ha colocado además al empleado público en una situación límite y claramente denigratoria para su *status* y menester. Las medidas restrictivas adoptadas evidencian la ausencia de valoración del ejercicio o actividad público en los diversos ámbitos de actuación, con el agravante, muy ilustrativo, de la mofa y vituperio aplicado a los empleados públicos en estos últimos años, que ahondan aún más en el deterioro de la estima y pública consideración de la burocracia.

Así las cosas en el conjunto, ciñéndonos ya al concreto ámbito sanitario, hay que señalar que, durante la década de los noventa del pasado siglo, se mantuvieron muchos contactos, mesas de debate o reuniones para tratar de todo lo concerniente a la reforma o mudanza del modelo organizativo del sector. Ese interés ha periclitado considerablemente estos últimos años de la tan repetida “crisis”.¹³⁵

134 Ejemplo notorio resulta el planteamiento meramente formal, sin aplicaciones prácticas, del actual Estatuto Básico del Empleado Público y la manida y recurrente alusión de los gobiernos a la necesidad de operar una verdadera reforma y puesta al día del empleado público del Estado, sin llegar a acometer, a la postre, medida alguna de mudanza.

135 Realmente, ya a partir del año 2000.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

De entre los muchos actos habidos, dotados de mayor o menor formalidad, para debatir la reforma en todos los aspectos (y también en lo que concierne a la materia de recursos humanos), debe hacerse mención, por la relevancia de las personas concurrentes, a una mesa redonda celebrada en Pamplona en el otoño de 1994, por mor de un congreso de la “Asociación de Juristas de la Salud” que tenía por objeto el análisis de esa temática.

En esta mesa redonda¹³⁶ intervinieron tres responsables de recursos humanos de servicios de salud con transferencia en materia de asistencia sanitaria, además de un eximio catedrático de Derecho de Trabajo, que impelieron, de consuno, un cambio ineluctable en el modelo para conseguir unos mínimos objetivos, considerados casi imprescindibles.

Puede aseverarse que, “oficialmente”, fue la primera vez que, desde un enfoque institucional, representantes intitulados por sus cargos públicos debatieron temas tan polémicos con pronunciamientos ciertamente heterodoxos para la visión burocrática tradicional. Para ello, todos los intervinientes –a pesar de los diversos enfoques y las ineludibles diferencias expositivas y de tenor discursivo– convinieron en un cambio organizativo con quiebra total o parcial, según el caso, del sistema de gestión integrada vigente.

136 Cuyo tema de análisis era de una larga intitulación: “Los recursos humanos, convivencia de diferentes regímenes jurídicos, en especial el papel de personal funcionario y estatutario ante la introducción de formas de gestión de derecho privado.”.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

En concreto, el representante del Servicio Gallego de Salud, de ulterior vida política muy rica y animada, otrora compañero de menester del que suscribe en el tratamiento de los recursos humanos del Servicio Gallego de Salud, indicó la imperiosa necesidad de una transformación del modelo de “sistema” imperante, por uno de “centro”.

De este postulado se colige, sin lugar a dudas, una mayor descentralización, con autonomía para las instituciones proveedoras de servicio, con el consiguiente desaparecimiento –en importante medida– de la gestión burocrática centralizada que, hasta el momento, da lugar a que el acto de gestión más nimio sea requerido y aplicado por los servicios centrales.

De esta intervención, no podemos sino citar un párrafo claramente ilustrativo y expresivo de lo apuntado:

“... el régimen jurídico de personal es una consecuencia del modelo organizativo que previamente hayamos escogido. Evidentemente, esto supone que en ese modelo organizativo debemos tomar una decisión primera y decisiva, cual es la de reflexionar sobre la cultura organizativa que queremos. Si queremos una cultura organizativa de sistema, tal como es la diseñada actualmente y clásica, o si queremos una cultura de centro, entendiendo esto como una cultura en que los centros sanitarios tienen una autonomía y, en contraste, tengan también una responsabilidad. Por tanto, estas dos culturas de alguna forma van a definir el régimen jurídico, pero más que el régimen jurídico, porque realmente ha-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

blar de funcionarios o hablar de laborales en una cultura de sistema es prácticamente un indiferente jurídico...”

Consideramos que vale la pena esta cita por su fuerte contenido exponencial para el tema que nos ocupa. Los demás responsables de recursos humanos abundaron en la misma idea, sin menoscabo de sus particularidades en el análisis efectuado, con un amplio esbozo de las diversas materias que conforman necesariamente la política de personal.

Cabe aludir destacadamente a la citada mesa redonda, entre otros receptáculos de controversia, por dos aspectos fundamentales concurrentes:

1) La calidad, responsabilidad y símbolo oficial de sus participantes. En este sentido, indudablemente por el cargo ostentado y funciones arrojadas, sus aportaciones suscitaban el mayor interés por el profundo conocimiento del sector en esta materia y por ser claramente beneficiarios de las pulsiones de cambio.

2) Por la coincidencia manifiesta de estas personalidades en exigir una mayor descentralización para el sistema, asignando a las instituciones proveedoras de servicios competencias y funciones de las que, hasta este momento, estaban desprovistas.

Curiosamente, durante los años posteriores se potenciaron los estudios y propuestas en el medio con reuniones, simposios y mesas de debate de amplio espectro, incluso de marcado carácter ofi-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

cial,¹³⁷ con insistencia en el mismo punto nuclear: el necesario cambio organizativo que permitiese la instauración de las mudanzas precisas en las modalidades de vínculo jurídico de los profesionales del sector y su contenido prestacional, sentenciando, cual apotegma, que, sin un cambio en la organización, es imposible siquiera paliar los nocivos efectos de la burocracia, con sus secuelas innegables: insatisfacción, desmotivación, ejercicio incurioso, irresponsabilidad y un largo etc. de denostadas características. Por lo tanto, puede aseverarse que la tesis expuesta resulta de pacífica aceptación en el sector.

Como colofón a esta serie de análisis teóricos, cabe añadir que, no menos curiosamente, desde hace más de una década (prácticamente, coincidiendo con la entrada del nuevo siglo), se viene observando una caída en picado desde el punto de vista teórico en el interés por la “reforma” o “cambio” en nuestro sector.

Parece que los impulsos y fuerzas caras a la mudanza se agotaron con el fin de la década prodigiosa de los noventa del pasado siglo, en parte, tal vez, por la constatación de la cierta ineficacia, o cuando menos suma debilidad, de las aplicaciones prácticas empeñadas e, igualmente, por la inercia de sistema.

137 Además de congresos, ponencias y otras lides.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

1.2. *Virtualidad del cambio*

Nos hemos referido al impulso habido en el sector sanitario cara a la necesaria mudanza del modelo organizativo, lo que, como también hemos señalado, contrasta con el mínimo o casi nulo interés suscitado en lo concerniente a la administración burocrática del Estado, ayuno incluso de debates teóricos dentro del sector, fuera de los círculos meramente académicos.

A continuación, cabe operar una valoración de las consecuencias prácticas de esos modelos teóricos propuestos, tanto dentro de la macrogestión (la cual comprende las nuevas modalidades de gestión analizadas, que se dan cita en todo el ámbito del Sistema Nacional de Salud) como de la microgestión, fundamentalmente centrada en las técnicas de gestión clínica, aplicadas dentro de la configuración de la que se ha denominado “empresa sanitaria”.

1.2.1. Nuevas modalidades de gestión: estado actual

En el anterior apartado se constató la existencia generalizada de nuevas modalidades de gestión, preferentemente, bajo la forma jurídica fundacional, así como su naturaleza jurídica y la polémica suscitada por su utilización.

Las susodichas figuras han experimentado en los últimos años un severo menoscabo, no tanto en sus aspectos formales, como en su verdadera potencialidad. En efecto, tras el verdadero apogeo y extensión de esa fórmula a finales de la década de los años noventa del pasado siglo, una vez habilitada legalmente su operatividad por

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

la ley aludida del año 1997, empezó a vislumbrarse una cierta decadencia, coincidente con los cambios políticos que mudaron la posición del Ministerio de Sanidad como órgano impulsor de tales medidas, por las que los nuevos responsables evidenciaron una menor querencia.

Como muestra palpable y colofón del anterior ímpetu, mediante la utilización de la Ley 50/1998, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social,¹³⁸ incluso fue posibilitada la transformación de las instituciones tradicionales de gestión integrada directa, fórmula jurídica explicada anteriormente, en fundaciones públicas con personalidad jurídica propia.

El Reglamento de desarrollo de la citada Ley del año 1997, aprobado por Real decreto 29/2000, de 14 de mayo, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud, configuró el nuevo panorama jurídico de todo este entramado, con el amplio desarrollo de las nuevas fórmulas de gestión habilitadas legalmente, así como el mecanismo de transformación de aquellas instituciones tradicionales que quisieran operar la mudanza y estuviesen en condiciones de efectuarla. Con estas medidas se intentaba apuntar en un doble sentido:

- Facilitar la autonomía de gestión a todas las instituciones sanitarias que, por su aceptable viabilidad y funcionamiento acreditados, fueran susceptibles de ello y transformarlas en la nueva fi-

138 Artículo 111: Fundaciones Públicas Sanitarias.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

gura jurídica de fundación pública. Su naturaleza y titularidad serían de carácter público con sometimiento a esta rama del derecho.

- Posibilitar que las instituciones transformadas en modalidades de carácter fundacional mantuviesen el vínculo de naturaleza pública para su personal, es decir, de carácter estatutario o funcionario especial, como ya lo intitula el Estatuto Marco.

Así las cosas, según las previsiones del Gobierno, bastante asumidas en general en ese momento por los gestores del medio sanitario, se concitarían potencialmente tres clases de modalidades de gestión en el ámbito que nos ocupa: las tradicionales, de gestión integrada directa transformadas en fundaciones públicas; las ya constituidas y operativas modalidades de gestión sometidas al derecho privado, con carácter preferentemente fundacional; y las también tradicionales de gestión integrada directa que no se hubieran transformado en fundaciones públicas.

Pero, como se ha dicho, de repente, esta visión idílica de la eficacia y presunta eficiencia del nuevo modelo se mudó en un cierto cuestionamiento de su bonanza para el sistema, sin que se presentaran y ofrecieran datos relevantes para el brusco cambio de postura. En este nuevo panorama se pareció apostar más por medidas de gestión clínica y menos por esas más amplias mudanzas organizativas.

La única excepción, de génesis muy reciente y altamente relevante, concierne al intento fallido de apostar por una gestión privada de

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

las instituciones sanitarias públicas adscritas al Servicio Público de Salud de Madrid que, por sus características y apuntamiento, excluye las figuras pretéritas expuestas para postular paladinamente una privatización del sector público en el ámbito de los dos niveles asistenciales: primaria y especializada.

Este breve pero convulso intento fue frustrado por la movilización del sector sanitario, a la par que ciudadana (la denominada “marea blanca”), que, atisbando una verdadera privatización del sector sanitario público, con la consiguiente pérdida de su esencia y potencialidades, luchó denodadamente por impedir la medida y consiguió a la postre su objetivo únicamente tras la judicialización del proceso y su resolución por el orden jurisdiccional competente. De momento, pues, parece que existe una tensa calma en el sector con el mantenimiento de los presupuestos anteriormente explicitados.

1.2.1.1. Situación en Galicia

En Galicia, al compás de esas modas, se hizo una operación de derribo parcial de las fundaciones existentes, hasta esa fecha de naturaleza privada, con su novación en fundaciones públicas sanitarias, en virtud de la Ley de Acompañamiento a los presupuestos del año 2001.

Es decir, no solo se desechó la posibilidad de transformar las clásicas instituciones del sistema en modalidades fundacionales de naturaleza pública, al abrigo de las normas legales y reglamentarias aludidas, sino que las propias fundaciones existentes en el ámbito de la comunidad se dotaban de naturaleza pública con todas las

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

consecuencias colegidas respecto a su funcionamiento y régimen económico-financiero, sin menoscabo de seguir admitiendo el vínculo laboral del personal a su servicio.

Luego, en el breve periodo del denominado Gobierno bipartito gallego, se operó, a través del Decreto 183/2008, de 31 de julio, la extinción de las fundaciones públicas de carácter hospitalario con su integración al sistema de gestión directa y se mantuvieron únicamente las dedicadas a otros menesteres, situación aún viva en la actualidad.

En esta línea de actuación del mentado Gobierno, ya el anterior Decreto de 26 de abril de 2007 (DOG de 25 de mayo de 2007) vehicula el proceso de integración voluntaria en el régimen estatutario del personal del sector sanitario gestionado por entidades adscritas a la Consellería de Sanidade, integración que afecta a la totalidad de las nuevas modalidades de gestión imperantes en Galicia, ora de carácter fundacional (caso de las hospitalarias), ora conformadas como empresas públicas. Esta vocación de un régimen jurídico uniforme se plasma en la ya comentada Ley de Salud de Galicia.

Además, en la anterior Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia¹³⁹ se atisbaba la transformación al régimen estatutario del personal al servicio de las fundaciones públicas, que lo trocaba en un vínculo de naturaleza pública de carácter estatutario, como el resto del per-

139 Con mentores políticos diferentes a los que conformaron el Gobierno bipartito.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

sonal del sector. Esta medida ya estaba contenida en el artículo 56.3 de la ley y asimismo pactada y, por ende, asumida de consuno entre la Administración sanitaria y las organizaciones sindicales integrantes de la Mesa Sectorial de personal sanitario.

La razón de esa mudanza en la instrumentalización jurídica de las fundaciones sanitarias gallegas obedeció, previsiblemente, a las críticas vertidas por organismos oficiales de control, caso, entre otros, del Consello de Contas, sobre el exceso de autonomía en el régimen económico-financiero de aquellas, circunstancia unida a la malquerencia de los sucesivos equipos de gestores de la sanidad gallega por la utilización de estas modalidades de gestión, en contraste con los defensores de antaño que las propiciaron e instrumentaron por todo el ámbito de la comunidad autónoma.

La censura aludida fue aprovechada también por los partidos políticos y asociaciones de carácter sanitario (entre otras, la constituida para la defensa de la sanidad pública), muy críticas desde siempre con tales modalidades. Esta situación llevó al Gobierno gallego al cambio de postura y a asumir el principio del fin de esas fórmulas, de las cuales otrora había sido pionero y encarecido defensor.¹⁴⁰

A la posición aludida de malquerencia –bastante generalizada en el Sistema Nacional de Salud– de las nuevas modalidades de gestión,

140 No se olvide que sus iniciales mentores las potenciaron sobremanera durante su paso por el Ministerio, caso de la Consellería y posterior Ministerio del señor Romay Beccaría.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

sobre todo con el carácter de fundaciones públicas sanitarias, no empece la consideración legal contenida en el capítulo VIII, sección 2º, que le dedica en la Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia.

En efecto, en este sentido conviene recordar que, en la aludida sección de la norma, se opera una mera definición de tales modalidades y se las configura como de titularidad y naturaleza públicas, con reproducción de las características más básicas que las informan como fórmulas de provisión de los servicios sanitarios utilizadas por el Sergas.

A tales modalidades de provisión se unen, en este menester, las de gestión directa integrada tradicional y las de titularidad privada concertadas, con referencia muy sucinta al régimen laboral de su personal y el sistema público de contratación administrativa, ambos con sujeción a las reglas principios recogidos en la Ley 10/1996, de 5 de noviembre, de actuación de los entes y empresas que tienen participación mayoritaria de la Xunta de Galicia en materia de personal y contratación. También indica que, en materia financiera, presupuestaria y de control, tales fundaciones públicas se rigen por lo previsto para las sociedades públicas autonómicas en la Ley de Régimen Financiero y Presupuestario de Galicia.

El sometimiento a las normas señaladas en los aspectos esenciales de su régimen y funcionamiento ya se daba en su anterior *status* jurídico, previo a la aludida transformación, por lo que sustancialmente la mudanza y referencia legal tienen efectos meramente formales.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Sin embargo, en un plano crítico, tanto de carácter formal como sustantivo, no cabe casar o conciliar su naturaleza pública con el régimen laboral de su personal. Lo correcto, en puridad, pasa por establecer un régimen de personal sometido al derecho público, en correspondencia con el del resto de personal al servicio del organismo.¹⁴¹

Conviene reseñar, a continuación, el planteamiento y relación que las dos normas legales mentadas, sucesivas en el tiempo, establecen para el sistema de sanidad de Galicia, ora público, ora privado.

A) Respecto a la Ley de Ordenación Sanitaria resulta curioso y verdadera novedad para el sistema hasta ahora imperante –que trae su génesis y mana de la Ley General de Sanidad– la apuesta firme que el Gobierno gallego hace por la utilización de la sanidad privada, a la cual coloca en paridad con la de naturaleza pública, al englobar a todo el conjunto en lo que intitula “Red gallega de atención sanitaria de utilización pública”, regulada en la Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia, capítulo IV, artículos 11-19.

Según la norma legal gallega, esta red estará integrada por todas las instituciones de titularidad y naturaleza pública y privada que se utilicen con la loable finalidad de restablecer, cuidar, mejorar y

141 Ahora bien, en un plano práctico, tal transformación del vínculo del personal ya se preveía entonces y luego se ha operado definitivamente, a partir del decreto aludido, con extinción, a la postre, de tales modalidades de carácter hospitalario.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

proteger la salud de los ciudadanos gallegos. Lo que se traduce en que las instituciones sanitarias del sector privado se pueden utilizar sin limitación alguna para la atención de los ciudadanos con financiación pública, a través de la figura jurídica del denominado “contrato de servicios sanitarios”.¹⁴²

Con esta previsión legal, muy cara al legislador gallego, se ha pasado de la situación de complementariedad prevista en la aún vigente Ley General de Sanidad a la total amplitud y trato en régimen de igualdad con la red de titularidad pública, a costa obviamente de los caudales públicos.

Y de tal posibilidad y habilitación se ha constatado que el organismo gestor, Sergas, hizo un uso amplio ya que, en información recogida en la prensa de aquel entonces,¹⁴³ se afirma, sin rubor, que más de 15.000 intervenciones quirúrgicas son ejecutadas por la sanidad privada concertada, como si no existiesen suficientes centros públicos y con sobrada cualificación y dotación en nuestra Comunidad.

De ahí que la oposición, de forma unánime y sin fisuras, haya calificado de “privatización” esta medida posibilitada y propiciada por la Ley de Ordenación Gallega, calificación que, en este caso, cabe ra-

142 Instrumento, por lo demás, pésimamente configurado en el artículo 40 de la ley, cuya lectura, aunque atenta y paciente, no consigue desentrañar las verdaderas características de tal instrumento jurídico.

143 *La Voz de Galicia* de 24.5.2004.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

zonablemente aplicar, ya que se trata de la enajenación de un servicio público a otros titulares, a los que se les financia el cometido.¹⁴⁴

Con independencia de las valoraciones que se operen al respecto, derivadas de opciones políticas o ideológicas que estimen, por un lado, la bonanza de una equiparación del sector privado en la cobertura sanitaria, o cuando menos una mayor participación; o, por el contrario, enfatizen la falta de seguridad y garantías para el ciudadano de esa intromisión importante y no meramente subsidiaria de tal sector privado, lo cierto es que *lege data* resulta imposible esa introducción en paridad del sector privado en la prestación del servicio sanitario público, efectuada sin rebozo por el legislador gallego.

En efecto, como hemos precisado en su lugar, la Ley General de Sanidad solo admite esa labor complementaria de la sanidad privada mediante la utilización del concierto, o, en su caso, con carácter excepcional, del convenio.¹⁴⁵ Por eso, la previsión contenida en la Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia vulnera manifiestamente el

144 En contraste, como hemos mencionado en el anterior apartado de este trabajo, las nuevas modalidades de gestión no suponen privatización alguna, ya que en estas se mantienen la titularidad pública y, por ende, la plena disponibilidad de los medios.

145 Por cierto, ni siquiera el legislador gallego fue respetuoso en cuanto al mantenimiento de esta fórmula contractual de concierto, ya que se alumbra la nueva figura de contrato de servicios sanitarios, tal vez para escapar por completo a las características y dictado de aquella tradicional fórmula jurídica.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

dictado de la Ley General de Sanidad, con todas las consecuencias inherentes a su potencial impugnación.¹⁴⁶

El modelo sanitario público, recogido como estatuto del servicio en el artículo 43 de la Constitución, ha sido desarrollado en sus elementos básicos e indisponibles por la Ley General de Sanidad y, como tales, deben ser respetados en todo el Sistema Nacional de Salud.

B) La Ley de Salud de Galicia, que sustituye a la anterior, muda la intitulación del sistema sanitario gallego con la referencia al “sistema de salud de Galicia” como englobante del sistema público de salud de Galicia y el sector privado de atención sanitaria, con la dedicación del título V de la ley a la configuración de este último y a sus relaciones con el primero.

Para lo que al presente análisis concierne, la ley determina paladinamente en su artículo 88 el carácter de complementario y subsidiario del sistema privado respecto al público.

Dentro de la anterior configuración, se establecen mecanismos de relación entre ambos, público y privado, con suscripción del contrato de servicios –que garantiza, indefectiblemente, la igualdad de

146 Impugnación que no se ha operado y mantiene la inercia e incuria de todos los operadores del sistema, aún los críticos con el mismo y con mayor motivo cuando hubo un debate parlamentario acerbo sobre tal planteamiento con motivo de la tramitación, en su día, de la ley.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

condiciones de eficacia, eficiencia y calidad– y se otorga preferencia a las entidades y organizaciones sin ánimo de lucro para la suscripción de estos contratos.

De forma específica, el artículo 74 conforma el aludido contrato de servicios sanitarios,¹⁴⁷ que, igualmente, es dable aplicar a los centros de provisión pública con la finalidad de conseguir los objetivos del sistema público de salud de Galicia.¹⁴⁸

El apartado 3 del precepto señala que el contrato de servicios sanitarios revestirá la forma de protocolos internos de actividad –financiación, contratos, contratos-programa, conciertos, convenios, acuerdos u otros instrumentos de colaboración. Lo cierto es que el entramado resulta una tanto abstruso y mixtura cuestiones varias que únicamente abundan en la confusión del modelo.¹⁴⁹

En la fecha actual, la situación se mantiene igual que otrora, en espera de acontecimientos que siempre se verán pospuestos o, cuando menos, mitigados por la recurrente atención y consideración del estado de crisis económica, que viene sirviendo admirablemente a los gestores de la Administración sanitaria para minorar dere-

147 Claro remedo, en la intitulación, del anteriormente previsto.

148 Sistema coincidente, en puridad, con el pretérito contrato-programa suscrito con los centros sanitarios públicos.

149 Ahora bien, a tal estado de cosas ya se está acostumbrando en el sector, por lo que ya se ha dicho: cuanto más confuso y variopinto esté el panorama, más posibilidades de operar a su guisa tienen los gestores de turno.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

chos a los profesionales, con medidas restrictivas ya aplicadas y que se mantienen *sine die* y que, a la par, justifican la incuria en la adopción de cualquier actuación necesaria.

1.2.1.2. Valoración crítica de esas nuevas modalidades

En este punto de nuestro análisis y valoración de las apuestas y realizaciones habidas en el sector sanitario, cabe concluir que en este momento se ha dado, en general, un freno a la denominada autonomía de gestión, aplicada a través de la gestión pública diferenciada, y, además, como hemos explicitado, en Galicia se realiza una apuesta firme y constatable por una potenciación del sector privado, a costa del erario público, mediante la aplicación intensiva del concierto con centros privados.

Así las cosas, es dable hacer una valoración final crítica para tratar de explicar las virtualidades y fallos constatados de aquellas nuevas modalidades de gestión que, en un ámbito bastante amplio del sistema estatal, parecen tener sus días contados o, cuando menos, fenecen lánguidamente.

Sus *ventajas* pueden reconducirse a las siguientes:

- La introducción de una mudanza en el sistema organizativo tradicional que, como tal, sin mucha enjundia, puede servir de captaplasma para las excrecencias de aquel y acarrear cierto efecto estimulante de ilusión, ora para los propios gestores, ora para los profesionales vinculados.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

- La mayor autonomía en la gestión al propiciar una gestión de centro focalizada en un medio más reducido, más inmediata y atenta en principio a la problemática que en él se suscite, con huida de la gestión de sistema propulsada desde instancias superiores y tal vez menos adaptada a la idiosincrasia y necesidades del ámbito concreto al que concierne.
- Como corolario de lo anterior, una mayor capacidad para fijar la organización, estructura y funcionamiento de las instituciones, que procure –entre otros apuntamientos– una mayor flexibilidad en la organización del trabajo y distribución de las tareas y, con ello, mejor cumplimiento de los fines asistenciales.

A estas posibles ventajas de entidad que se vislumbran, en parte, del funcionamiento de las nuevas instituciones, cabe oponer unos *inconvenientes*, no menos importantes:

- Un régimen económico y financiero deficitario que ha convertido en endémico el endeudamiento de las susodichas instituciones. Sus presupuestos anuales, con base en los denominados contratos-programas suscritos entre el órgano financiador y la concreta fundación, se han evidenciado de cuantía insuficiente para afrontar tanto los gastos de personal como los de mantenimiento en general, lo que ha obligado a un recurrente endeudamiento de estas fundaciones. Curiosamente, los responsables públicos han aplicado una austeridad presupuestaria a estas instituciones verdaderamente notable, en contraste con la más habitual mano ancha tenida con las entidades tradicionales.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

- Un notable déficit en el reclutamiento de profesionales médicos del conjunto de las especialidades que se dispensan en los ámbitos territoriales de esas instituciones. Esta reticencia de los facultativos deriva de su deseo de acceder a instituciones de mayor entidad e importancia, vinculadas a proyectos más interesantes para satisfacer así sus querencias y lógicas ambiciones de carácter profesional. Este problema se suscita por mor de que esas nuevas instituciones son de escaso tamaño y volumen asistencial, atienden a zonas periféricas y, en todo caso, con dependencia manifiesta de hospitales de referencia. Ello se aprecia claramente en la lista de los nuevos hospitales de la comunidad autónoma de Galicia con carácter fundacional: Verín, Salnés, Barbanza y Cee.
- Como corolario de lo anterior, una más baja calidad asistencial que ya se ha evaluado durante el tiempo de funcionamiento de las susodichas instituciones hospitalarias, sin que la compense su mejor distribución del trabajo y de la asistencia sanitaria dispensada. Sin abordar un análisis profundo, en cuanto a la actividad y calidad asistencial de estas instituciones, cabe observar de los datos obtenidos que su gasto por habitante es inferior al modelo tradicional; sus estancias, ingresos, consultas e intervenciones, también inferiores, con un mayor número de derivaciones a otros centros hospitalarios, lo que se traduce en una clara situación negativa en cuanto a su rendimiento y eficacia.
- Para adornar el conjunto negativo, es dable constatar una más que deficiente formación y competencia de los equipos directi-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

vos, los cuales no reúnen las condiciones necesarias para gestionar esas instituciones, ya que su fichaje obedece, no a la mayor competencia y excelencia evidenciadas para su complejo menester, sino a las relaciones o amistades exhibibles ante los gobernantes de turno.¹⁵⁰

- Los indicadores obtenidos evidencian también las aludidas deficiencias de gestión en cuanto a las compras y suministros, así como un tratamiento presupuestario carente del rigor y transparencia precisos, que no vienen compensados por un mejor modelo de relaciones laborales. Por el contrario, en tal modelo se constatan altos índices de desmotivación y descontento del personal a su servicio, a pesar de su relativamente corta vida, pues las relaciones laborales del sector se plasman en un convenio colectivo cuyo ámbito abarca todas las fundaciones públicas gallegas y cuya textura responde casi miméticamente a los postulados del personal estatutario del Sergas, si bien a la baja en sus condiciones económicas y de prestación. De ahí que, por una parte, no se ha conseguido esa gestión de personal verdaderamente diferenciada y con diferentes postulados a la tradicional y, por otra, se ha conseguido desmotivar al personal de forma especial, al fijar unas condiciones de trabajo globales peores que las del personal estatutario del Sergas, sin nada a cambio.

150 Aunque el mal de la nula profesionalización de los directivos es una lacra del sistema en su conjunto y no exclusiva de las nuevas modalidades de gestión. Se ve agravado en este último caso por la poca relevancia de los destinos y consiguiente fichaje de menor entidad.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

La valorización global efectuada se refiere a las fundaciones de carácter hospitalario y debe matizarse, sin duda, en lo concerniente a las otras fundaciones que dispensan servicios diferentes de apoyo o complementarios de la asistencia sanitaria, caso de los bancos de sangre, unidades de alta tecnología o de formación. En estos casos, el servicio dispensado hace que la eficacia sea mayor e incluso pueda hablarse de cierta plausibilidad en su cometido.¹⁵¹

Igualmente, el fiasco de las fundaciones hospitalarias deriva de su apuesta a la baja, ya que no se ha utilizado la transformación de las instituciones tradicionales, ni siquiera en parte, para operar la mudanza en la gestión, por lo que no puede hablarse de una verdadera experiencia al respecto. De ahí que resulte, a la postre, inane lo acometido.

1.2.1.3. Gestión clínica

La gestión clínica, en puridad, tiene su génesis en dos premisas: la adopción de una práctica clínica que busca la excelencia en sus resultados a través de guías o manuales confeccionados a tal fin, muy enfatizada y aplicada en el ámbito anglosajón; y la modalidad de gestión basada en procesos de horizontalidad con su inspiración en la empresa privada, que es lo que hemos denominado microgestión y que a su vez está cohonestada con la anterior para, finalmente, de consuno, llegar a realizar procesos clínicos de forma excelente y eficiente, excelencia lograda con el gasto idóneo.

151 La competencia no existe, o es más reducida, por lo que su éxito se explica más claramente.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Con anterioridad, se definió la gestión clínica como un instrumento de microgestión que intentaba trasladar al sector sanitario las ventajas de una gestión horizontal, con abandono de las modalidades más tradicionales imperantes de carácter funcional o matricial. Se articula en el ámbito de las instituciones mediante la creación formal de institutos o áreas de gestión por procesos patológicos, con unificación de departamentos, servicios y medios materiales y humanos.

Como resumen, tal instrumento puede definirse como un cambio organizativo y, más en puridad, como una nueva organización, que supone mudar el viejo sistema jerárquico por un modelo más horizontal y transversal, cooperativo, flexible, participativo y holístico, centrado de verdad en el paciente y en el desarrollo y mejora de los profesionales, donde el poder de decisión es transferido mediante una auténtica delegación de funciones y una real transferencia de riesgo.

Con ello se ayuda a eliminar el efecto frontera entre las especialidades y categorías profesionales, con favorecimiento, a la postre, del cambio cultural y organizativo vinculado a la mejora continua y con una mayor racionalización de la actividad en sus aspectos asistenciales, de formación continuada, docencia e innovación.

La consagración legal de este sistema en Galicia, a que se ha hecho referencia, plasmó la querencia generalizada del conjunto de las Administraciones sanitarias por su virtualidad para mejorar la gestión sanitaria en nuestro territorio.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

En el resto del Sistema Nacional de Salud también se ha apostado firmemente por la introducción paulatina de institutos o áreas de gestión por procesos patológicos, a la vista de sus óptimos resultados. Por ello, ha existido desde hace tiempo una práctica unanimidad de todos los actores intervinientes en el sector sanitario, partidos políticos, organizaciones sindicales, gestores propios profesionales, en cuanto a la afirmación de la bonanza de este instrumento de gestión, sin menoscabo de la actual controversia, muy exacerbada, que se ha producido a raíz de los intentos de hacer operativa y reglamentar normativamente la práctica de la gestión clínica en Galicia (suceso y circunstancias que, como colofón, se comentarán).

El problema con estas modalidades es su difícil implantación en las instituciones sanitarias, fundamentalmente por varios motivos: elementos de inercia, cuotas de poder o participación y también corporativistas, al socaire de un mal entendido prestigio y relevancia profesionales, a la par que el miedo, hoy muy acentuado, de los profesionales a perder su *status* de personal funcionario, preocupación razonable en los tiempos de desatino que corren.

En efecto, para su implantación, es necesario unificar servicios y dotar a los conjuntos de gobiernos, direcciones unificadas con cabezas rectoras que aglutinen todos los esfuerzos y concreten los recursos en la dirección más pertinente para la solución de los procesos patológicos asumidos. Esto se ha conseguido con anterioridad en casos notorios y notables dentro de otros ámbitos territoriales de gestión y, en nuestro marco, con la creación y ulterior funciona-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

miento del Instituto de Cardiología del otrora Complejo Hospitalario “Juan Canalejo”, cuyos logros están avalados por los expertos y han sido experimentados positivamente por los pacientes beneficiarios del servicio. Con posterioridad, se desarrollaron otras experiencias similares, que constan como igualmente plausibles.

Pero su generalización se ha visto fallida por mor de la ausencia de consenso a la hora de determinar las cabezas rectoras de los institutos en cuestión, ya que a todos los protagonistas con relevancia les resulta especialmente caro y prestigioso ser designados para este altamente valorado menester. Ello se unía a la falta de interés de los equipos directivos de los centros, que temen una pérdida de poder y protagonismo, al desgajarse esas cuotas de gestión autónoma.

Además, la gestión clínica con la modalidad de institutos, agencias o áreas, solamente se ha aplicado o siquiera planteado para los centros hospitalarios dentro de áreas muy concretas, proclives o receptoras a la unificación de procesos, sin que tal experiencia se haya trasladado a la atención primaria, a la manera de lo acontecido en otros ámbitos territoriales, caso del catalán.

Con todo, lo verdaderamente importante es la asunción generalizada de esta modalidad de microgestión, que, aunque lentamente, parece introducirse en el conjunto del modelo sanitario y, además, cuenta con la plena anuencia de los profesionales implicados.¹⁵²

152 Lógicamente, los que asumen responsabilidades y se implican en su cometido, como ocurre en todos los ámbitos públicos y privados.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Cabe resaltar al respecto que la existencia de tal modalidad de gestión se recoge en la Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia, que le consagra el artículo 45, precepto que, además de sus presupuestos y finalidad, en la línea de lo apuntado, prevé la posibilidad de que tal sistema de organización exceda del ámbito de centro sanitario, con agrupación de unidades o servicios de diferentes centros o establecimientos.

Asimismo, se hace referencia a la gestión horizontal en la Ley de Salud de Galicia, al señalar en su artículo 97.2 que “se introducirán formulas organizativas con una visión horizontal e integradora de los procesos asistenciales y se adoptarán las medidas que fomenten la coordinación, colaboración y cooperación.”

La introducción de la gestión clínica no tiene una directa y decisiva influencia en el modelo de relaciones laborales. Ahora bien, debe ser resaltada por tratarse de un instrumento de organización y ejecución del trabajo con una clara mejora en la eficacia y calidad asistencial, que ha generado una mayor implicación y, por ende, motivación de los profesionales sanitarios (sobre todo facultativos, pero también personal de enfermería e incluso trabajadores de apoyo.

Igualmente, tal modalidad o sistema de gestión puede favorecer una mayor retribución de los profesionales, mediante la aplicación de incentivos con base en los objetivos logrados en las áreas y servicios. De ahí que aparezca un aspecto positivo y motivador para los profesionales implicados.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Breve excursio sobre la actual revuelta generada en el sector sanitario gallego

Con motivo de los últimos acontecimientos generados por una serie de medidas, ora de carácter estatal, ora de ámbito autonómico gallego, adoptadas en el ámbito de gestión clínica, parece recomendable realizar un breve comentario sobre su contenido y alcance, en relación con el revuelo suscitado.

Cabe principiar con la clara afirmación de que las distintas Administraciones sanitarias de Galicia, con mudanza política incluida, han defendido, sin ambages, la plausibilidad de la gestión clínica como una medida de gestión adecuada para el sector sanitario público. De ahí que las dos leyes, sucesivas cronológicamente, que han configurado el modelo sanitario de Galicia hayan previsto esta modalidad de gestión en el marco del sector sanitario público.

Ahora bien, esa defensa y asunción de la gestión clínica oficial no ha empecido una actitud contraria por parte de las organizaciones sindicales y asociaciones del sector, así como de los partidos políticos, cuando atisban que tal mecanismo de gestión encubre o disimula posibles planteamientos de privatización o de mudanza de régimen jurídico del personal estatutario vigente en la actualidad.

Así las cosas, parece razonable convenir en que las críticas, bastante acerbas, vertidas a la muy reciente regulación de la gestión clínica en el ámbito de la comunidad gallega, dentro de la gestión de Servicio Gallego de Salud, vienen motivadas por una cuestión básica y

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

sus consecuencias colegidas para el personal estatutario dependiente del organismo.

La cuestión de principio mentada se refiere a la mudanza legal de la Ley del Estatuto Marco con la introducción de una modalidad de situación de servicio activo del personal estatutario, operada en el año 2013, en fechas estivales y dentro de una ley ajena del todo a tal cometido. En efecto, la Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas Comunitarias 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, contiene una disposición final quinta que muda la Ley del Estatuto Marco en tres aspectos:

a) La consideración de servicio activo “cuando se desempeñe funciones de gestión clínica”.

b) La introducción de un nuevo artículo, 65 bis, que regula los servicios de gestión clínica en los casos en los que el personal estatutario fijo acepte voluntariamente el cambio en su relación de empleo para acceder a funciones de gestión clínica, cuando la naturaleza de las instituciones donde se desarrollen las funciones de gestión clínica no permitan que preste sus servicios como personal estatutario, con la garantía de reserva de su plaza de origen y derecho al cómputo del tiempo a efectos de antigüedad.

c) La inclusión de una nueva disposición transitoria octava sobre el pase a la situación de servicios de gestión clínica desde situaciones distintas al servicio activo, con servicios bajo otro régimen jurídico,

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

con la consecuencia inmediata de su declaración en la situación de servicios de gestión clínica y determinación de dos consecuencias: durante los tres primeros años, tiene derecho en su nueva situación –gestión clínica– al cómputo de tiempo de servicios a efectos de antigüedad y a su reincorporación al servicio activo en la misma categoría y área de salud de origen o, si ello no fuera posible, en áreas limítrofes con aquella; ahora bien, después de esos tres años, solo se valoran los servicios a efectos de antigüedad y no existe ya la posibilidad de reincorporación a la situación de origen.

Con tal proceder, resulta bastante lógico que las organizaciones sindicales y de defensa de la sanidad pública desconfiasen de cualquier intento de plasmación y puesta en marcha de medidas de gestión clínica (intentos articulados por varios servicios de salud) y más aún después de la muy ilustrativa actuación del Servicio Madrileño de Salud, que ha intentado operar una verdadera privatización, sin ambages, del sistema sanitario público con el ropaje y aditamento de la –malhadada al caso– gestión clínica.

Evidentemente, no resulta serio efectuar una operación de retoque de la Ley del Estatuto Marco, norma básica en la regulación del régimen jurídico del personal estatutario, camuflada en una transposición al derecho interno de normativa comunitaria del todo ajena a su objeto. A mayor abundamiento, tal mudanza resultó del todo ignota para las organizaciones mentadas y propio personal afectado, apareciendo, además, inopinadamente, en un momento histórico especialmente convulso del Sistema Nacional de Salud: restricciones operadas en el derecho al acceso a la asistencia sanitaria, de

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

los derechos económicos y laborales del personal estatutario, a la par que del resto de los empleados públicos y, finalmente, cuestión nuclear, la minoración de las plantillas del personal sanitario dentro del conjunto del SNS, con especial incidencia en algún servicio público de salud y el consiguiente menoscabo a la atención de los usuarios.

Como se ha explicitado reiteradamente en el presente proyecto de tesis, la gestión clínica supone una medida de gestión operativa para adelantar y mejorar el resultado del proceso clínico, con la búsqueda de su excelencia y, a la par, de hacerlo eficiente desde la perspectiva de la utilización de los recursos y gasto aplicado. Sin embargo, para nada conlleva una mudanza del régimen jurídico del personal cuya actual configuración –o la que, como mejora, se postule– puede y debe convivir con tal régimen, sin merma o detrimento de los derechos del personal, los cuales, a la postre, inciden en la calidad de la atención prestada a los ciudadanos y usuarios.

Con estos antecedentes, la Administración sanitaria de Galicia, tras un periodo de consultas con las organizaciones afectadas, caso de los colegios de médicos y de las organizaciones sindicales integradas en la Mesa Sectorial, aprueba y publica el Decreto 36/2014, de 20 de marzo de 2014, por el que se regulan las áreas de gestión clínica del Servicio Gallego de Salud.

La medida, largamente pospuesta (aunque aparezca recogida en las leyes de Ordenación Sanitaria y de Salud de Galicia), resulta una mera reiteración, remedo evidente de todas las proclamas ha-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

bidas hasta la fecha sobre esta modalidad de gestión horizontal. Se sitúa en línea muy similar a la operada recientemente en otros servicios de salud.

Así, la norma explicita la razón y fundamento de tal gestión y sus objetivos con los apuntamientos ya aludidos, sin novedad digna de resaltar, pues no aparece contenida la textura de la clase de gestión aplicada, sus herramientas y determinación de la forma de su ejecución en los ámbitos que se le asignan, las concreciones que se ceden a normas de desarrollo, en la línea de indefinición muy cara a las normativas al uso en el tiempo que nos acontece.

El decreto autonómico se centra especialmente, por una parte, en conformar el sistema de autorización de las áreas de gestión clínica y los órganos de dirección: comité y director(a) de área; y, por otra, en los acuerdos de gestión clínica, con la exigencia, respecto a estos últimos, de un contenido mínimo: estrategia, cartera de servicios, presupuesto inicial y sus mudanzas, recursos humanos y materiales asignados al área, su organigrama, los órganos de gobierno del área de gestión clínica, los objetivos y los indicadores de medida de su cumplimiento, sistemas de incentivos y, finalmente, las causas de su resolución.

Cabe resaltar, como aspectos sin duda ilustrativos de la entidad y alcance asignados a tales áreas clínicas, que estas carecen de personalidad jurídica propia, por su dependencia de las gerencias de gestión integradas a las que pertenezcan.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

A la par que la anterior constatación, la integración de los profesionales en tales áreas será voluntaria, ajena, pues, su organización y funcionamiento al ejercicio de las potestades administrativas arrojadas a la Administración sanitaria. Su vehiculación, luego, pende y depende de la querencia de los profesionales –con ejercicio multidisciplinar– que se incluyan en su ámbito de actuación, habida cuenta de que estamos ante una clara evidencia de gestión por procesos sanitarios.

La impresión causada por esta medida (paralelamente a otras habidas en el SNS) es que se habilita con el apuntamiento principal de fijar de forma más solvente y reglada un sistema de retribución por objetivos, que ora satisfaga o pueda satisfacer los intereses crematísticos de los profesionales sanitarios (con emolumentos muy mermados en la actualidad por mor de la crisis económica: pérdida retributiva directa e indirecta, esta última por la minoración de las “peonadas”), ora propenda correlativamente, como la otra parte la relación sinalagmática, a alcanzar más plausiblemente los objetivos asistenciales.

Para concluir este excursus, es dable aludir, como muy clarificados, a los informes elaborados por las organizaciones sindicales respecto a tal medida (voceras, sin duda, del sentir de los profesionales), siendo especialmente significativo el emitido por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) sobre cómo debe desarrollarse la gestión clínica en el Sistema Nacional de Salud, de enero de 2014.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Respecto a tal documento, resulta muy clarificador referirse a las diez conclusiones o exigencias que, sobre las áreas de gestión clínica, lo ultiman: 1º) Dependencia de las gerencias, con carencia de personalidad jurídica propia. 2º) Respeto, en todo caso, de la relación estatutaria. 3º) Proceso de adhesión voluntario. 4º) Respeto de los derechos adquiridos del personal. 5º) Modelos internos participativos, sencillos y eficaces. 6º) Liderazgo bien definido, con selección basada en los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, que huya de las servidumbres políticas o turiferarios del poder. 7º) Contrato de gestión comprensible, asumible, realista y posible. 8º) Autonomía de gestión real que implica un soporte, apoyo absoluto, constante y leal de las gerencias en todas las áreas implicadas. 9º) Incentivos económicos vinculados al grado de cumplimiento de objetivos, nunca al ahorro del presupuesto pactado. 10º) Diseño específico para la atención primaria en función de sus características peculiares.

Así las cosas, se evidencia *vox sindicalis* una coincidencia sustancial en la textura de la medida con la formulada por la Administración sanitaria, sin menoscabo de las lógicas desconfianzas respecto al buen hacer de esta en la ejecución de la medida, particularmente en extremos muy sensibles para los profesionales, como son: selección de responsables ajena a la cooptación; incentivos económicos reales y ajustados a los objetivos, con la exigencia de la racionalidad, claridad y ponderación equilibrada de estos últimos; verdadera autonomía de gestión, con apoyo sincero y real de las gerencias, huyendo de una mera proclama, sin contenido real; y un tratamiento diferenciado para la atención primaria, por razón de la

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

atención prestada en ese nivel asistencial y su demarcación territorial.

Las desconfianzas están lamentablemente fundadas, en un alto grado, por lo acontecido hasta la fecha y han dado lugar a la impugnación sindical del decreto (en relación, fundamentalmente, con los puntos denunciados), así como a la petición muy recientemente plasmada en la prensa de su derogación o eliminación, con motivo, al parecer, de su manifiesto fracaso, al no evidenciarse hasta la fecha la puesta en marcha de ninguna área de gestión clínica consensuada con los profesionales.

1.2.1.4. Conclusiones

Tras el examen de los aspectos organizativos del modelo sanitario comentados, bien cabe extraer las siguientes conclusiones, concernientes a su actual valor y operatividad:

1. La macrogestión ha tenido un predicamento muy notable en la década de los años noventa del pasado siglo, propiciada a principios de tal década por el mentado “Informe Abril” y luego ratificada por las conclusiones de la Comisión Parlamentaria, emitidas a finales del año noventa y siete. En el periodo intermedio entre esas fechas, se fueron habilitando las denominadas nuevas modalidades de gestión de forma profusa en la práctica totalidad del Sistema Nacional de Salud, que contaron (casi al final) con la ratificación legal pertinente.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Luego, estas modalidades sufrieron un parón tanto en su defensa como en su mayor extensión en el sistema, llegando a experimentar mudanzas importantes en su naturaleza, como en el caso aludido de Galicia que las transformó en fundaciones públicas, con eliminación de cualquier atisbo de vinculación intrínseca al derecho privado, para a la postre hacerlas desaparecer en su ámbito hospitalario, este último el más relevante dentro del sistema.

Además, cuando menos en Galicia, las actuaciones se dirigen a una introducción firme y sin cortapisas del sector privado en la dispensación de la asistencia sanitaria pública a los ciudadanos.

Con todo, la valoración de la eficacia y eficiencia de estas nuevas modalidades es más bien negativa, como hemos referido a tenor de los datos obtenidos, lo que fundamentalmente parece deberse a dos razones: el fracaso de sus gestores y la escasa colaboración y apoyo de las autoridades sanitarias.

Tal vez una mayor querencia y apoyo de los responsables políticos abundaría en su bonanza para el sistema, en la línea, por lo demás, manifestada y defendida con fuerza por muchos gestores del propio sistema, como los mencionados anteriormente en el foro de debate aludido y otros ulteriores habidos en la misma línea.

2. En segundo lugar, se aprecia la virtualidad *muy enfatizada* de la gestión clínica como medida de microgestión, cuyas ventajas parecen evidenciarse y que, como mera técnica de gestión descentrali-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

zada, con un mejor aprovechamiento de los recursos, resulta bastante aceptable y asumible.

Aunque se atisbe en las últimas medidas un modelo –que se presume generalizado– de gestión clínica muy lábil, de escasa entidad (basado en la querencia de los partícipes y por ende con resultados de gestión parcos y limitados), su apuntamiento real pasaría por introducir una verdadera gestión por procesos en el marco de lo que se configuró como “empresa sanitaria”.

3. En tercer lugar, se destaca el mantenimiento en puridad, pues, de la gestión directa integrada tradicional que, en los aspectos organizativos (salvo retoques menores), mantienen la textura contemplada en las normas dictadas a finales de la década de los años ochenta del pasado siglo, tras la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, cuyo análisis se ha operado en el primer apartado con bastante detenimiento.

4. En suma, la pulsión de cambio se ha quedado reducida a muy poca cosa en el determinante aspecto organizativo, lo que no ha empecido un importante y saludable análisis y debate teórico, con propuestas y algunas realizaciones parciales importantes, que, en la actualidad, con motivo del recurrente imperativo “económico”, se están viendo lamentablemente estancadas y afectas de esclerosis múltiple.

2. Modelo de relaciones laborales

Una vez analizado el sistema organizativo desde la perspectiva de las mudanzas operadas en verdad sobre su tradicional textura, su virtualidad y relevancia, nos compete valorar a continuación –elemento nuclear del proyecto de tesis– la configuración del modelo existente de relaciones laborales que debe, necesariamente, relacionarse y cohesionarse con aquel o, cuando menos, resultar el más resolutivo para la gestión de los recursos humanos del sistema.

En lo que a tal modelo concierne, el presente cometido debe consistir, para adecuarnos al tema propuesto, en tratar de evidenciar en lo posible su verdadera operatividad y eficacia para el correcto funcionamiento del sector, con la necesaria valoración de si el sistema actual, conformado por lo demás muy recientemente, resulta válido para la gestión de los recursos humanos que en tal sector se concitan.

A lo largo del bastante amplio tratamiento dado a la instauración del modelo vigente y sus bases actuales, contenidas en el Estatuto Marco y normas vigentes que lo completan, hemos aportado ya bastantes valoraciones críticas del conjunto de sus reglas y prescripciones. Se han comentado en cada apartado de relevancia las ventajas e inconvenientes de los elementos definidores del régimen jurídico del personal estatutario.

En este momento parece razonable centrarnos en aquellos aspectos esenciales del modelo para poder efectuar la valoración pro-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

puesta y ajustarlo a las conclusiones relativas a los objetivos del proyecto de tesis. De este modo, resulta obligado referirse a los tres apartados anteriormente descritos de forma general: modelo de vínculo individual, relaciones laborales colectivas y relaciones de conflicto.

2.1. Modelo de vínculo individual

En este punto se analizan aquellos aspectos verdaderamente relevantes y definitorios de la plausibilidad de un modelo de relaciones laborales desde su perspectiva individual. Son los siguientes:

A. Sistema de selección y provisión de plazas y puestos de trabajo

Hemos visto que la actual regulación de los sistemas selectivos, contenida en sus bases en el Estatuto Marco, no viene a innovar prácticamente nada sobre los modelos pretéritos del sector, ya descritos con amplitud, y muy poco sobre los existentes en el resto de las administraciones públicas.

La norma se limita a reproducir la operatividad de los sistemas imperantes de concurso-oposición, como general, y oposición para los casos que lo requieran, en su clásica definición. Excepcionalmente, permite la utilización del concurso a través de la constatación y defensa del currículum de los aspirantes para casos de gran especialización o plazas de textura muy específica.¹⁵³

153 Según el tenor del texto, no aparece claro o se ve como muy difícil el uso de este sistema.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Tal sistema de acceso se cohonesta en puridad con el establecido en la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, el cual concierne al conjunto de los empleados públicos de las administraciones públicas, con inclusión del personal estatutario, sin menoscabo de la regulación específica de este último en lo que no contradiga lo que el anterior dispone de forma general.

Con ello se aprecia un mantenimiento de los modelos tradicionales de selección de personal con su utilización *per se* en los procesos vehiculados, de tal forma que estos procesos, sin excepción, se configuran como: centralizados, basados en la prueba de aptitud genérica con base en programas de cada especialidad o categoría (normalmente, tipo test), vinculada a un concurso de méritos, cuya parte sustancial concierne a los servicios prestados.

Nada novedoso pues bajo el sol que excepcione el acceso de los profesionales sanitarios. Ni un poco se arriesga siquiera hacia fórmulas de selección por competencias o, cuando menos, hacia modelos mixtos en los que se pueda valorar no sólo la mera capacidad y conocimientos de los aspirantes, sino también su adecuación para las plazas y puestos de trabajo ofertados.¹⁵⁴

Los sistemas de provisión de puestos de trabajo no se recogen, sustancialmente, en la norma, sino con la simple referencia al modelo clásico de libre designación –el concurso de méritos ni se mencio-

154 Por ejemplo, utilizando el sistema de exposición oral reglada con todas las garantías de objetividad en su ejecución.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

na, en contraste con la normativa precedente–, por lo que el texto adolece de una notable falta de garantías y protección de los derechos de los profesionales del sector, cuyo futuro queda al albur del buen hacer o, por el contrario, la negligencia o desidia de las administraciones autonómicas.

Y lo cierto es que, en este momento, se produce en muchos servicios de salud ora una marcada desregularización, que viene a suponer un notable estado de anomia, ora una regulación a la carta con el abuso del procedimiento de libre designación o mecanismos similares.¹⁵⁵

Es decir, en este punto encontramos al sector sanitario inmerso en una situación jurídica de condiciones inferiores a las existentes en el resto de las administraciones públicas.¹⁵⁶ No solamente está ayuno de innovación o mudanza sobre modelos de provisión obsoletos, sino que, realmente, no se ha dotado al sector de modelo alguno, hasta el punto de que pareciera imperar un lema como “en la anarquía vivirás y de ella te sustentarás”.

Con esta observación no se pretende defender la versión funcional del sistema de provisión, que, aunque reglada, resulta total-

155 Se permite un margen amplio de maniobra a las administraciones sanitarias, aunque se trate de arropar con el simulado modelo del concurso de méritos. Una lectura somera del decreto de provisión aplicado en el ámbito del Servicio Gallego de Salud, Decreto 206/2005, de 2 de julio de 2005, evidencia cuanto decimos.

156 Cuya crítica, por lo demás, es habitual.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

mente inadecuada para la selección de los funcionarios más aptos para el desempeño de los puestos de jefatura. Se basa en la valoración de méritos obsoletos (antigüedad y permanencia), con ausencia de pruebas de selección ajustadas al puesto. Debe exigirse una provisión basada en el análisis y valoración de la competencia para el puesto, a través de la prueba pertinente para que el resultado sea mínimamente satisfactorio.

En otro orden, la movilidad voluntaria del personal se mantiene con las características establecidas en las normas anteriores que trataban este importante aspecto. Esto es: simple cambio de centro de destino, sin que al mismo se anude un mecanismo de progresión o mejora profesional y de condiciones de trabajo del personal.¹⁵⁷ A esto se añade el agravante de la indefinición de funciones en los lugares de destino, lo que entrega al profesional trasladado a la que-
rrencia o buen hacer, si ese es el caso, de las direcciones de los centros.¹⁵⁸

Además, para nada se facilita realmente dicha movilidad, a pesar de las proclamas enfáticas de los responsables y de los propios gestores de los centros, por cuanto se ofrecen un número muy reduci-

157 Sobre ello ya se abundó en el análisis operado en el lugar precedente.

158 Por pudor, no nos referimos al execrable sistema imperante –en connivencia con las organizaciones sindicales– de los llamados, en el argot estatutario, “acoplamientos internos”, fruto de los pactos de mero interés firmados entre tales organizaciones sindicales y las gerencias de los centros.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

do de plazas vacantes, que permiten mantener el juego a la carta de los equipos directivos de los centros sanitarios.¹⁵⁹

Como resumen de este apartado, se puede concluir, sin atisbo de exceso o de posible actitud acerba, que el contenido dado a tales extremos resulta perverso para cualquier intento de fijar un modelo adecuado de régimen jurídico para los trabajadores del sistema. No se contenta básica y razonablemente a los profesionales y, paralelamente, se ratifica y mantiene sin pudor una gestión, ora anacrónica, ora arbitraria, en el límite de la prevaricación.

A.1. Propuesta de sistema

Visto el panorama concitado, parece razonable intentar ofrecer medidas de mudanza efectivas para el sector sanitario, con atención a su indudable idiosincrasia.

Como cuestión primigenia debe exigirse de las administraciones sanitarias una previa configuración de sus plantillas que permitan articular adecuadamente los procesos vehiculados, para huir de las actuales indefinición y anomia que hemos denunciado.

De tal sistema, es dable referir las siguientes características, en sucinta exposición:

159 En Galicia ya integrados, en una amplia medida, en gerencias de gestión integrada de área sanitaria.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

A.2. Selección de profesionales

- Descentralizada en los centros sanitarios o actuales gerencias de gestión sanitaria.¹⁶⁰
- Órganos de selección que reúnan los requisitos de imparcialidad y profesionalidad de sus miembros, con respeto de las demás exigencias establecidas para los tales en el artículo 60 de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Modalidad o sistema de selección por competencias profesionales, sin la vigencia de programas previamente definidos y con base en los conocimientos y pericias, debidamente actualizados, exigibles a cada especialidad y, en su caso, áreas o ámbitos de capacitación específica, con la defensa curricular de los aspirantes.

A.3. Provisión de puestos de trabajo

- Igualmente descentralizada.
- Basada esencialmente en la determinación del conocimiento y competencia para el acceso al puesto de que se trata, mediante el examen y valoración del candidato, con una defensa del currículo por los aspirantes.

160 Adecuación a las necesidades emergentes e insoslayables, en muchos casos, de cobertura de los puestos de trabajo en las instituciones sanitarias.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

- Órganos de selección sustentados en los mismos principios y con idénticos requisitos que en el caso anterior.

A.4. Movilidad voluntaria

- Vehiculada por los centros y gerencias de gestión integrada, en función de las necesidades emergentes y previamente a los procesos de selección.
- Convocatoria de la totalidad de las plazas vacantes presupuestadas con una configuración de las plazas y puesto de trabajo atenta a la especificidad del cometido dentro de cada categoría y especialidad, si resulta preciso, y con base en las áreas de capacitación específicas ya definidas.
- Sistema de concreción del aspirante basado en la experiencia acreditada, así como la debida y actualizada acreditación de formación continua.¹⁶¹

B. Sistema retributivo

Con respecto a esta materia, hemos visto muy someramente que la estructura retributiva fijada en la norma estatutaria coincide, en puridad,¹⁶² con la concitada para el conjunto de personal funcio-

161 Por cuanto, para el acceso, se habría operado una exhaustiva y específica valoración de los puestos de trabajo, acorde y pertinente, luego, con sus ulteriores destinos.

162 Como en la norma anterior específica sobre el tema, el tal dilatado en vigencia Real decreto ley 3/1987, de 11 de septiembre.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

nario de las administraciones públicas. Se innova en aquel aspecto que resulta ineluctable, caso del abono por retribución del funcionamiento permanente de las instituciones sanitarias, a través del complemento de atención continuada.

Asimismo, se establece un nuevo complemento de carrera para retribuir el grado alcanzado en la progresión cuasimilitar de los profesionales. Existe –también resulta obligado decirlo– la innovación respecto al resto de los funcionarios del abono del complemento de productividad variable, como régimen de incentivos,¹⁶³ pero que, desde su énfasis inicial coincidente con el momento álgido de debate en el sector (años noventa del pasado siglo), se ha dejado periclitar, en notable medida, por mor de la crisis económica, aunque actualmente se intente reconducir, como se apuntó, entroncando con el modelo de gestión clínica.

Como resumen, poco o más bien nada sustancial respecto a otros colectivos de trabajadores públicos. Todo ello con el agravante de que, como se ha comentado, el legislador, en vez de utilizar sus dotes de creatividad y solvencia para innovar positivamente sobre lo dado, viene a renegar de su delicado cometido y cede la posibilidad a las comunidades autónomas de establecer la estructura retributiva complementaria que les parezca conveniente.

Es decir, establece el elenco de retribuciones complementarias como potestativo y no preceptivo para las administraciones autonó-

163 Prácticamente ignoto para tal personal funcionario.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

micas, lo que perfectamente se puede traducir en una situación muy disímil entre unas y otras, no quedando del Sistema Nacional de Salud en este aspecto, como en otros, casi nada o una mera ficción.¹⁶⁴

Abundando más sobre el comentado complemento de productividad variable basado en incentivos al rendimiento (del que en el sector sanitario se ha hecho más uso que en otros ámbitos de las administraciones públicas), es obvio que no ha sido adecuadamente utilizado para su menester principal o más bien único: retribuir el rendimiento y la excelencia alcanzados por los profesionales en su cometido. En la práctica, ha servido para encubrir una subida de sus emolumentos, por ser más “vendible” ante los responsables de economía que una subida operada sobre retribuciones fijas.

Esta subida se ha destinado preferentemente, o casi en exclusiva, al personal facultativo, en cuantía bastante importante, sin que discriminase nunca o casi nunca entre el rendimiento alcanzado por sus beneficiarios. En la práctica totalidad de los casos, se viene a asignar de forma lineal con una evaluación ritual y ficticia del rendimiento alcanzado por los profesionales.¹⁶⁵

164 Que al parecer es lo que se ha buscado.

165 Sistema de asignación lineal corregido actualmente por la crisis económica, que se traduce en un exhaustivo control del gasto que hace que se intente gastar lo menos posible, pero no de forma ponderada y controlada, sino al albur de los gestores. Esto convierte, en múltiples ocasiones, la asignación y pago del CPV en un total desatino.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Finalmente, resulta obligado aludir al específico y muy peculiar concepto retributivo asignado a las denominadas “peonadas”, que percibe, sobre todo, el personal facultativo. Estas retribuciones corresponden al trabajo ordinario realizado fuera de la jornada ordinaria de mañana, es decir, por la tarde, y viene a centrarse en determinadas épocas del año, con la finalidad sedicente de reducir las temidas listas de espera. Como tales retribuciones no figuran en ninguna cuenta o partida del presupuesto de las instituciones, su fijación y cuantía queda al arbitrio de los responsables de los centros, según el montante de las partidas asignadas para este menester.

Las críticas de los sensatos gestores, de un conjunto importante de trabajadores y algún colectivo representativo de los usuarios son unánimes y virulentas, por lo que de ineficiencia genera para el sistema sanitario, a la par que de injusticia y sin razón. A pesar de ello, se mantienen año tras año para satisfacer fundamentalmente los deseos crematísticos del personal beneficiario y, así, en vez de exigir un rendimiento adecuado, este particular país que nos acoge recurre a excrecencias como esta por meros intereses difícilmente confesables, cuando, a la postre, resultan nefastas para el sistema.¹⁶⁶

166 Empero, al igual que lo demás aludido, la crisis económica ha servido de contención también a esta modalidad de pago, reduciendo sobremanera el abono de tales emolumentos.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

B.1. Propuesta de sistema

- Se postula una correcta configuración de la estructura retributiva para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, igual para la totalidad de los servicios de salud en cuanto a las retribuciones básicas y complementarias.
- Parece recomendable operar una aplicación del complemento específico acorde o atento a las características de cada puesto de trabajo,¹⁶⁷ situación contraria a la actual, que está ayuna de esa adecuación, al vincular el complemento a la dedicación exclusiva para el sistema sanitario público, con cierto pormenor o deslinde, apenas a puestos singulares, preferentemente de personal directivo.
- Relevancia del incentivo o complemento variable, atento a los objetivos y su cumplimiento. Para ello se exigiría una adecuada determinación y valoración de esos objetivos, así como un sistema de control de su cumplimiento por sus destinatarios que evite cualquier atisbo de arbitrariedad. Objetivos claros, razonables y plausibles para el sistema, cuyo cumplimiento aumente las retribuciones de los profesionales del sector con la consiguiente e indudable motivación de estos últimos.

167 Sobre todo en aquellos que conlleven complejidad, responsabilidad, peligrosidad y penosidad, para adecuar su retribución a estas características.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

- Cuantía de los incentivos al rendimiento no inferior a un 10%, ni superior a un 20%, límites que evitan la distorsión del modelo.

C. Organización del trabajo y jornada

La norma estatutaria ha abordado con minuciosidad la regulación de las clases de jornada y descanso entre jornadas, semanal y anual, por mor de la indefectible transposición al derecho español de las directivas comunitarias que, en aras de la protección de los trabajadores, exigían las garantías mínimas de descansos y libranzas en un sector en el que es imprescindible garantizar el funcionamiento y atención permanente de las instituciones sanitarias. Al mismo tiempo, se daba un apuntamiento tuitivo de los pacientes y usuarios del sistema sanitario, garantizado con el establecimiento de jornadas laborales dentro de unos límites razonables.

Esta transposición no podía demorarse tras los últimos pronunciamientos de los tribunales, el europeo y los del estado español, que venían a exigir en estos concretos aspectos el cumplimiento directo de las garantías básicas de protección de los trabajadores del sector sanitario, tanto público como privado.

Este menester ha ocupado la práctica totalidad de la amplia regulación acometida en el Estatuto, sin que, paralelamente, se hubiera completado con la fijación de una distribución de la jornada de los profesionales más real y, por ende, adaptada a las necesidades de funcionamiento de las instituciones.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Así, se siguen manteniendo en puridad el concepto de jornada ordinaria y el de jornada complementaria,¹⁶⁸ sin mudar tal planteamiento con la lógica finalidad de que los centros sanitarios pueden perfectamente funcionar de forma ordinaria para todo el personal sanitario durante mañana y tarde. El resto de la cobertura sería realizada a través de la articulación de la jornada complementaria de guardias, fundamentalmente, de presencia física. Por ello, lo más plausible hubiera sido determinar una cobertura ordinaria durante la jornada de mañana y tarde de los días no feriado, con asignación de la jornada complementaria a los periodos nocturnos y días feriados.

Tan razonable apuntamiento se ha omitido y la razón fundamental de este desatino en la dispensación prestada a los usuarios¹⁶⁹ radica en la defensa de determinados intereses corporativos de un número de facultativos que desean percibir cuantas más retribuciones por guardias mejor y, además, poder compaginar en lo posible el sistema de distribución del trabajo público con el desempeño de su actividad privada.

Empero, en la actualidad, la defensa de las guardias y su proliferación, sobre todo de presencia física, radica igualmente en la compensación del detrimento económico ocasionado por la pérdida

168 En este como en otros supuestos, casi todos, la definitiva ordenación se cede a las administraciones autonómicas.

169 Con la consiguiente pérdida, más que notable, de eficiencia del sistema.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

retributiva ligada a la crisis económica, que el sector de los profesionales sanitarios ha sufrido de forma importante.

Como otra cuestión relevante, es dable referirse a las jornadas a tiempo parcial. En la norma básica se viene a admitir su implantación, ora para cubrir necesidades que requieran indefectiblemente tal cobertura (caso de la concesión de reducciones de jornada en los supuestos normativamente establecidos), ora en supuestos que indudablemente se concitan en las instituciones sanitarias, por mor de la atención requerida en periodos de tiempo concretos.

A pesar de tal habilitación legal, lo cierto es que no se ha sacado verdadero partido, o utilizado en su enorme potencialidad, esa modalidad de jornada, omisión tal vez explicable por la inercia del sistema, que en algún caso se convierte en verdadera dejadez.

C.1. Propuesta de sistema

- Implantación sin ambages de una jornada diaria diurna de trabajo en los centros, con la cobertura de la atención continuada a través del sistema de guardias de presencia física o, en su caso, localizada o mixtas, solamente para la jornada nocturna, fines de semana y días feriados.
- Utilización de la reducción de jornada con disposición a tiempo parcial cuando las necesidades asistenciales lo requieran con el posible uso de esta modalidad en los supuestos de profesionales próximos a la edad de jubilación o que ya hayan alcanzado esta,

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

en situación de prórroga hasta el final de su relación de servicios.¹⁷⁰

D. Incompatibilidades

Esta materia ha sido tradicionalmente un punto crítico y controvertido dentro del régimen del personal estatutario sanitario y, especialmente, en lo que concierne al personal facultativo.

Las características históricas expuestas, de marcada independencia y autonomía del desempeño de las profesiones sanitarias, supusieron en un primer momento¹⁷¹ una duplicidad de prestaciones profesionales en el ámbito público y privado, con plena compatibilidad de ambas.

Tras la completa instauración de la cobertura pública sanitaria, garantizada en la Carta Magna y desarrollada ampliamente en la Ley General de Sanidad, se enfatizó la prestación pública de los profesionales en detrimento de su actividad privada, que si bien reconocida como plenamente legítima, se entendía que no debía ni podía cercenar o menoscabar la garantía del servicio prestado a los ciudadanos.

170 Servicios en muchos casos muy estimables, ya para estos profesionales en su ámbito anímico, ya para el propio sistema por mor de su alta cualificación y sosiego en la asunción de las responsabilidades.

171 Hasta la plena instauración del servicio público sanitario y su cobertura prácticamente omnímoda.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

De ahí que, además de los principios recogidos en materia de incompatibilidades en la Ley específica de 1984, la normativa posterior a la mentada Ley General de Sanidad propulsase un mayor amparo y defensa del ejercicio profesional público con diversas medidas e incluso a través de la propia exigencia de incompatibilidad para los profesionales de nuevo acceso. Esto se traducía en la imposibilidad de compaginar o mantener a la par las dos prestaciones.

Tan saludable medida para el sistema se desechó por imperativo de las circunstancias políticas¹⁷² y pasó a ser sustituida en los ámbitos territoriales de las administraciones autonómicas por otra mucho más lábil, que vinculaba la percepción del complemento retributivo específico al desempeño de plaza en exclusiva para el sector público.¹⁷³ De este modo, si se quiere desempeñar actividad privada se puede hacerlo libremente donde y cuando se quiera, con la única aparente limitación de la coincidencia horaria¹⁷⁴ y el solo menoscabo para el profesional de tener que renunciar al citado complemento específico, que se sustrae de sus emolumentos.¹⁷⁵

172 Como siempre, la marcada debilidad de los gestores ante la presión del colectivo médico, o parte de él, apoyado en ese momento por los colegios profesionales y organizaciones sindicales corporativas.

173 Situación propiciada en el ámbito del Sergas por el decreto de 25 de enero de 1995.

174 Aparente, por cuanto en la realidad tampoco se respeta.

175 Vinculación aludida del complemento específico a la exclusividad como único parámetro de medida y configuración de tal complemento.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Todos los que tenemos experiencia en este sector hemos constatado hasta la saciedad las consecuencias nefastas para el sistema de una normativa de incompatibilidades en exceso tolerante, por cuanto se vienen a anteponer los intereses privados a la satisfacción del servicio, intereses que colisionan frecuentemente con este último. Con mayor motivo, aun en nuestro sector más que en otras profesiones liberales, los poderes públicos deberían ser muy cautos y estrictos con la exigencia del compromiso pleno de los profesionales con el servicio sanitario para evitar su deterioro.

Pues bien, en los últimos tiempos se observa una tendencia cada vez más patente a olvidar este predicado, por lo que se facilita contrariamente el ejercicio privado a los profesionales vinculados con el sistema de la forma generalizada que se ha referido, a través de la simple renuncia del complemento específico o, incluso, llegando más lejos, al establecer la plena compatibilidad de la percepción del referido complemento y el ejercicio de la actividad privada, como recientemente propugnan sin pudor algunos gobiernos autonómicos.¹⁷⁶

Así las cosas, el nuevo Estatuto Marco mantiene la debilidad del sistema y de forma expresa en su artículo 77.2 dispone la obligatoriedad para las administraciones autonómicas de facilitar la aludida

176 O facilitando su percepción con el establecimiento de tramos para la percepción del complemento que, de alguna manera, permiten compatibilizar su percepción en todo o en parte con el desarrollo de la actividad privada.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

renuncia al complemento específico por parte del personal licenciado sanitario.

Con ello se evidencia una vez más la fuerza corporativa de la clase médica en la configuración del modelo a su guisa y, por ende, la dejadez e incuria de los poderes públicos en la necesaria defensa de la virtualidad del modelo sanitario público.

Huelga decir que con este planteamiento no se trata de negar la validez del ejercicio privado en esta o cualquier otra profesión, por lo demás reconocido constitucionalmente, sino de evitar el menoscabo de lo público y excluir situaciones fraudulentas que le irroguen perjuicios, posición que debe mantener cualquier opción política seria, sea cual sea su color o posicionamiento.

D.1. Propuesta de sistema

- Aplicar el régimen de incompatibilidades con la virtud necesaria, a fin de evitar colisiones entre el sistema público, preferente y especialmente protegido, y los intereses del ejercicio profesional privado, por muy legítimo que este último resulte.
- Paralelamente, se debería operar una información veraz y completa a los profesionales de los centros sanitarios, a fin de que conozcan el régimen aplicable y sus exigencias, con la ineluctable obligación de solicitar la autorización de compatibilidad. Y ello por cuanto existe una creencia generalizada en el sector de que basta con la renuncia a percibir el complemento específico

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

y su aceptación por el centro sanitario para ejercer libremente y sin cortapisas la actividad privada.¹⁷⁷

E. Promoción profesional y carrera

Como último punto definitorio del tratamiento de cualquier régimen jurídico, es necesario referirse al sistema imperante de carrera o promoción profesional del personal que nos ocupa.

El tema ha sido recurrente en todos los ámbitos del debate relativos al personal estatutario, fundamentalmente por dos motivos:

- Por la ausencia reiterada y culpable de cualquier sistema o modalidad de promoción del personal estatutario, en contraste con el existente en el resto de las administraciones públicas, aún con sus limitaciones y carencias más que evidentes.¹⁷⁸

177 Creencia basada en la nula, mala o sesgada información facilitada a los profesionales en los diferentes centros de la red sanitaria pública, colegida de la aparición de normas, como el caso de la mentada de Galicia, que regulan la autorización de actividades en régimen de dedicación normal sin exclusividad, lo que lleva aparejada la renuncia al mentado complemento.

178 Con el muy reciente añadido a esta última, a través de la comentada Ley del Empleado Público, del sistema de carrera para el conjunto de los empleados públicos, Capítulo II de la ley, claro remedo de la prevista para el sector sanitario, cuya plasmación formal se opera en la ley del estatuto marco con la estructura prevista en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, ambas leyes del año 2003.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

- Por resultar un tema muy caro al personal del sector que nos ocupa, por mor de sus peculiaridades profesionales, las cuales parecen apuntar a la mejora constante del ejercicio de su cometido, progresión de sus competencias y búsqueda de la excelencia profesional. De ahí que resulte obligada la aplicación de un adecuado mecanismo de promoción profesional y, por ende, el reconocimiento idóneo de su menester.

Tales circunstancias resultan constatables y se coligen de la evolución del sector, así como de sus actuales predicados, empero la segunda, con otros matices, pueda y deba perfectamente afirmarse del conjunto del personal de las administraciones públicas.

Mas, por fin, como se ha indicado anteriormente, la actual norma estatutaria ha abordado el sistema de carrera profesional para el conjunto del personal estatutario, temática a la que le dedica el artículo 40 de la norma. Su configuración se opera con base en cuatro premisas que parecen deducirse del contenido de ese artículo:

1. Los mecanismos de carrera profesional deberán conciliarse con los equivalentes establecidos en las normas aplicables al personal del resto de las administraciones públicas, de forma tal que se posibilite ese derecho a la promoción en armonía con la mejor gestión de las instituciones sanitarias.

2. Se define la carrera como una progresión individualizada fundada en el desarrollo profesional acreditado en cuanto a conocimien-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

tos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización.

3. Se establece la homologación de los sistemas de carrera a fin de garantizar el reconocimiento de los grados, sus efectos y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

4. Los criterios generales de desarrollo profesional recogidos en la vigente Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias, glosada en un anterior apartado, se acomodarán a las características de cada servicio de salud y su repercusión en la carrera profesional se negociará en las mesas correspondientes.

Sin menoscabo de que la valoración completa del sistema de carrera pende ineluctablemente de su ejecución y definitiva conformación por las administraciones autonómicas,¹⁷⁹ se deducen de lo expuesto algunas observaciones de principio:

- Es imposible conciliar el modelo de carrera que se instaure para el conjunto del personal estatutario con el similar existente en el resto de las administraciones públicas, por muy loable esfuerzo que se empeñe en la tarea. En efecto, las profesiones sanitarias tienen un modelo básico de desarrollo profesional establecido en el artículo 37 de la citada Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias, que vincula plenamente la textura y mo-

179 Como casi todo lo esencial del régimen jurídico.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

dadidad del futuro sistema de carrera.¹⁸⁰ Así se establecen cuatro grados de progresión, los cuales van a determinar la correspondiente modalidad de carrera, como ya se constata por lo acontecido en algún ámbito autonómico.

- Por ello, la posible similitud con el resto del armazón burocrático del estado solo cabe aplicarla respecto al personal de gestión y servicios del sector, lo que resulta de todo punto razonable, pues presenta idénticas características.
- Es notoria la escasez y pobreza de configuración de la carrera en la norma estatal, a pesar del tiempo transcurrido desde su formulación, que cede a las comunidades autónomas la labor de hacer a su medida el modelo de carrera profesional. El estatuto se limita a referir postulados muy básicos y meramente genéricos, sin que entre en los detalles necesarios para garantizar una carrera consistente y uniforme en todo el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Incluso no se llega a exigir expresamente el rango legal para la ulterior conformación autonómica de esa materia, lo que ha llevado, en la mayor parte de los servicios de salud (caso del Servicio Gallego de Salud, entre otros), al desguisado de formular y vehicular la carrera a través de normas reglamentarias.¹⁸¹

180 La redacción de los aspectos definitorios de uno y otra son idénticos en esta última norma y el Estatuto Marco.

181 Situación que claramente choca y desvirtúa la exigencia de que esta materia se configure por norma de rango legal.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

- Finalmente, también resulta obligado referirse al dato, constatado en todo el ámbito del Sistema Nacional de Salud, de que la patología de la crisis económica ha frenado y casi eliminado –el futuro se atisba muy negro– cualquier desarrollo en la implantación del sistema de carrera de los profesionales. Ello ha tenido la consecuencia de que, por una parte, en el sector sanitario, pionero en su formulación, se ha suspendido la aplicación de los sistemas ya iniciados y, por otra, en el ámbito de la burocracia de las administraciones públicas ni siquiera ha principiado su implantación.
- Con las mentadas suspensiones del sistema de carrera, aplicadas en todo el Sistema Nacional de Salud, se está produciendo sin duda una discriminación entre profesionales del mismo servicio, centro sanitario e incluso servicio, al tener asignado unos complemento de carrera¹⁸² y otros, por el contrario, menos afortunados y más sufridores de los efectos de la crisis económica, carecer de cualquier reconocimiento profesional.¹⁸³ Situación muy mal acogida por el conjunto de los profesionales y de forma muy notable por los peor tratados por la fortuna.

E.1. Propuesta de sistema

- Sistema de carrera profesional que busque el reconocimiento de la progresión de los profesionales sanitarios, con valoración

182 En la aplicación del intitulado modelo de acceso extraordinario a la misma.

183 Cuya asignación retributiva puede llegar a ser suculenta.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

real y exhaustiva de los elementos referidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias para la asignación y, en su caso, progresión en los grados establecidos en la mentada norma, sin que el modelo se convierta en una mera fórmula para mejorar los emolumentos de los profesionales. Esta última situación es la que, hasta la fecha, se ha evidenciado en el conjunto de los servicios de salud.

- Por ende, aplicar medidas anexas al grado reconocido que no respondan, cuando menos exclusivamente, a criterios crematísticos, y se basen en la formación, sistema de trabajo o criterios parangonables.
- Como corolario de lo anterior, se debería mantener y ratificar sin suspensiones ni abandonos el sistema de reconocimiento profesional de los trabajadores del sector, toda vez de que es una opción muy válida y largamente demandada en la convulsa historia del modelo sanitario, que se ha tratado de describir en su evolución.

F. Prevención de riesgos y salud laboral

Inicialmente puede sorprender la separación de ambos aspectos, por cuanto resultan indisociables en la natural y más básica gestión de las instituciones sanitarias, o su actual equivalente de las gerencias de gestión integrada, imperantes en el ámbito del servicio gallego de salud.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

La necesidad de un análisis o, cuando menos, una básica atención independiente a la materia mana de la ausencia, penosamente sentida y sufrida en los centros sanitarios, de un sistema razonablemente útil y operativo de prevención de riesgos laborales y proclive a garantizar la salud laboral del personal a su servicio.

Ciertamente, existe un marco legal y reglamentario aplicable a este ámbito, desde la entrada en vigor de la ley de prevención de riesgos laborales de 1995 (ya lejana, pues, en el tiempo), su reglamento general y normas sectoriales de desarrollo comprensivas de los diferentes riesgos laborales concitados en las áreas de servicio.

Igualmente, resulta cierto que se han constituido servicios de prevención de riesgos laborales y salud laboral en el marco de las diferentes instituciones o áreas sanitarias, bajo la coordinación de un servicio central habilitado para la gestión de estos menesteres. También se ha puesto en marcha un sistema de representación y participación de las organizaciones sindicales, a través de la constitución y funcionamiento de los comités de salud laboral residenciados en las áreas sanitarias, y un comité o comisión central del organismo. Esta situación se halla generalizada en el ámbito del sistema nacional de salud, al colegirse de los presupuestos y exigencias normativas.

Ahora bien, a pesar de estas premisas, la realidad imperante en el sistema sanitario público (de forma especial y notoria, en el ámbito del servicio gallego de salud) denota unas muy importantes deficiencias en la puesta en marcha de las medidas de prevención de

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

riesgos y tuitivas de la salud laboral del personal que trabaja en los centros sanitarios del sistema público.

Tales deficiencias, ampliamente constatadas y denunciadas, corresponden, cuando menos, a tres aspectos:

a) La inadecuada determinación y concreción de los riesgos inherentes a las áreas y servicios de prestación de los trabajadores del sistema, su actualización y evaluación.

b) La ausencia de la dotación pertinente de los servicios de prevención en lo concerniente al personal facultativo y técnico requeridos en las diferentes áreas de prevención y control de la salud. Faltan especialistas de medicina del trabajo, así como en muchos casos técnicos en otras áreas de prevención, caso de seguridad, higiene o ergonomía. Servicios de prevención que además en muchos casos están indebidamente residenciados o mixturados con los servicios o unidades de medicina preventiva.

c) La falta de adaptación de los puestos a las condiciones de salud de los trabajadores, con la consecuencia de que un número ingente de trabajadores del sistema (notablemente, personal sanitario) deambulan penosamente y en condiciones de riesgo para su salud en las áreas o servicios que se les asignan. No se procede a una evaluación de su estado y consiguiente adaptación de los puestos, ora dentro de su ámbito de prestación, ora en otro más idóneo para su estado de salud.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Como corolario de esta situación, existe una general insatisfacción y casi resignación entre los propios trabajadores, trasladadas luego a los representantes sindicales, delegados de prevención de las áreas, que –a pesar de las denuncias, quejas y requerimientos constantes de estos últimos en las escasas reuniones de los comités de salud laboral de las áreas sanitarias y propio ámbito central de representación– ven como inútil y verdaderamente frustrante su labor.

Esta situación, grave por las implicaciones que conlleva, parece no preocupar siquiera mínimamente a los gestores del servicio público, cuya desatención puede derivar en consecuencias de carácter penal, en casos de suma gravedad, o en demandas de protección de derechos fundamentales, como es el de que la prevención de los riesgos laborales y garantía de la salud de los trabajadores sea tutelada con mayor nivel del que actualmente goza.

En este apartado de análisis no se postula una mudanza de modelo, con propuesta de sistema, sino una verdadera aplicación y puesta en marcha del sistema vigente de protección de riesgos laborales y de la salud de los trabajadores.

G. Valoración crítica

Una vez vistos y explicados los aspectos determinantes del régimen del vínculo estatutario,¹⁸⁴ cabe realizar un examen sucinto sobre el

184 Análisis que se puede completar con lo ya expuesto, con carácter general, en el primer apartado sobre las recientes normas estatales.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

estado actual de ese régimen y su virtualidad, que bien puede arrojar, como resumen, las siguientes conclusiones:

1. La normativa anterior a la formulación del Estatuto Marco adolecía de una parquedad y limitaciones más que evidentes, que abocaron a una marcada situación de falta de regulación, en algunos extremos muy marcada, del régimen del personal de instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Como vimos, este personal se reguló, hasta hace muy poco, por unos estatutos preconstitucionales, completados por unas normas en materia retributiva y de selección y provisión de plazas cuya gestión obedeció al único imperativo de salir del paso y, por ende, fijar los elementos mínimos en estas importantes materias.¹⁸⁵

2. Durante ese largo periodo de espera, se plantearon unos modelos de régimen jurídico a través de esbozos y proyectos del Estatuto Marco, más bien trémulos e indecisos a causa de la influencia y presión ejercida por las organizaciones corporativas del personal facultativo, proclives a mantener un saludable estado de indefinición, en apariencia más beneficioso que un régimen como el funcional estricto, medianamente rígido e impregnado de una tradicional ortodoxia. Del mismo modo, los turiferarios de la indefinición rechazaban las consecuencias de un vínculo de naturaleza laboral, potencialmente negativas en cuanto a la estabilidad plena en el empleo.

185 Las carencias de ambas se analizaron con detenimiento.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

Por ello, durante ese largo interregno, se calificó a este curioso colectivo de *tertius genus*, situado en un punto intermedio entre los dos tradicionales modelos de vínculo.¹⁸⁶

Lo realmente nefasto –por esa indiferencia buscada por unos y la dejadez manifiesta de los poderes públicos– es que la mayoría del personal de instituciones sanitarias ha sido perjudicado de forma notable, y durante un larguísimo periodo de tiempo, por la falta de una regulación suficiente.

3. Publicada por fin la Ley del Estatuto Marco con 17 años de retraso, nos encontramos, tras la reflexión operada, con una norma de contenido muy escaso, cuya definitiva formulación del régimen del personal resulta cedida al arbitrio de las comunidades autónomas y que, además, se halla ahíta de anfibologías en un número importante de sus postulados. Lo más notable es lo que concierne a la clarificación de un vínculo que, aunque tímidamente catalogado como funcional, sigue subrepticamente manifestándose en la conocida especie de tercer género entre los dos existentes.

Si se buscaba adaptar el modelo a la diferencia y especial idiosincrasia de nuestro personal, lo cierto es que ese objetivo para nada se ha conseguido y el momento actual sigue ayuno de una básica y

186 Invento que para los juristas sensatos chocaba con el dictado contrario de la propia constitución, a cuyo tenor solamente caben esas dos modalidades de vinculación jurídica y no terceras vías del todo espurias.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

suficiente regulación, muy acentuada en Galicia, cuya corrección ya solo puede depender del buen hacer y tino de los responsables de turno en los respectivos gobiernos autonómicos.¹⁸⁷

Por ello, sentadas las bases normativas, aún con las deficiencias señaladas, se está en la imperiosa obligación de abordar su desarrollo y, por ende, configurar un régimen jurídico que atienda al menos a la resolución de los puntos críticos, para la cual se han apuntado las anteriores propuestas, atinentes a los apartados más relevantes. Como se ha señalado, conciernen a los aspectos nucleares del régimen jurídico del personal estatutario, que, como tales, condicionan y determinan la bonanza y utilidad de la gestión del sector sanitario público.

2.2. *Relaciones laborales colectivas*

En el primer apartado aludimos al sistema de representación y negociación colectiva del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud, con exposición de las principales características del modelo legal existente, similar al del resto del personal con vínculo funcional de las administraciones públicas.

El actual sistema de representación resulta avanzado y bastante ambicioso en su postulado, por cuanto parece propender al estableci-

187 Y lo que nos pueda acontecer en Galicia pasa en gran medida por el paralelo desarrollo de las prescripciones contenidas en la Ley de Salud de Galicia, sustituta de la pretérita de ordenación sanitaria de Galicia, lo cual no abona, precisamente, el optimismo.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

miento de un modelo de relaciones colectivas dotado de la potencialidad necesaria, sin menoscabo de la imprescindible salvaguarda de los intereses públicos del servicio. No obstante, adolece de ciertas deficiencias.

Estas deficiencias, parcialmente mejoradas en la actual regulación del modelo operada por la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, continúan siendo preponderantemente de carácter formal e instrumental por las omisiones en los mecanismos de funcionamiento y adopción de acuerdos de las mesas sectoriales de negociación, así como en cuanto al carácter y virtualidad de los denominados pactos y acuerdos que suponen la plasmación del consenso obtenido entre las partes.

Tales deficiencias han sido objeto de amplio debate por los estudiosos, docentes y operadores jurídicos, respecto a la totalidad del sector público, y trataron de ser superadas en su día, sin alcanzar un resultado del todo satisfactorio, con la nueva versión del modelo explicitada en la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, ya objeto de comentario con referencia a sus innovaciones respecto al modelo anterior.

Sobre la importancia del sistema tratado es dable referir que en el caso del personal estatutario tiene una suma importancia, tal vez mayor que en el resto del personal funcionario, por cuanto la formulación de las condiciones de trabajo y el contenido retributivo con frecuencia se operan a través del mecanismo de la negociación colectiva, no solo por lo concerniente a la proliferación y consi-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

guiente respeto de los procesos negociadores, sino también –lo que es muy importante– en cuanto se plasman en pactos y acuerdos firmados por las partes.

Téngase en cuenta que, dentro de nuestra comunidad autónoma, la mayor parte de las medidas instrumentales importantes (incluso, ordenaciones) en materia de personal han sido establecidas mediante pactos o acuerdos, según el caso, formalizados con las organizaciones sindicales representadas en la mesa sectorial del personal estatutario.

Con independencia de ese ámbito ordinario de las relaciones colectivas, el Estatuto Marco ya establece y configura en su artículo 11 el intitulado Foro Marco para el Diálogo Social, integrado por las organizaciones sindicales más representativas del sector sanitario y dependiente de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, a la cual prestaría apoyo y asesoramiento en sus funciones de coordinación de las políticas de recursos humanos de competencia de esta última. Además, este foro debe actuar como parte social negociadora en aquellas materias objeto de negociación de contenido básico, es decir, que no resulten competencia de las comunidades autónomas o de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado.

Este dichoso Foro fue introducido por mor de los afanes de alguna organización sindical proclive a la uniformidad negociadora del Sistema Nacional de Salud (así como, en menor medida, del propio Estado) y en su génesis y posterior debate parlamentario tuvo

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

una respuesta negativa de las representaciones políticas autonómicas.

Posteriormente, como hemos analizado, la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público refiere, en su artículo 34, la existencia de una mesa general de negociación en el ámbito de la administración general del estado y de cada una de las comunidades autónomas.

Al margen de la consideración de su pertinencia teórica,¹⁸⁸ lo cierto es que no se atisba la virtualidad de esa proclamada negociación ni, en último término, de la operatividad del llamativo Foro Marco para el Diálogo Social, dadas las omnímodas competencias de las comunidades autónomas para desarrollar el contenido del Estatuto Marco.

Es decir, lo importante de la configuración del régimen estatutario se arroga a las susodichas comunidades, para sus respectivos ámbitos territoriales de competencia, y quedarían meros retazos de tratamiento estatal y, por tanto, susceptibles de negociación colectiva en tal Foro Marco.¹⁸⁹

188 En esta temática, de carácter básico, difícilmente puede hablarse de negociación, sobre todo a la vista de la forma deficiente en que aparece configurada por la normativa actual.

189 A lo largo de este estudio se ha enfatizado la simpleza del contenido de tal estatuto, que contrasta con las amplísimas competencias de los ámbitos descentralizados para su desarrollo.

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

2.2.1. Propuesta de sistema

- Potenciar y hacer resolutivos en su ámbito de actuación y competencias las mesas generales de negociación, cuya finalidad es que exista una imperiosa uniformidad del modelo en los aspectos básicos y, por ende, de contenido obligatorio para el marco del sistema nacional de salud.
- Potenciar el valor indudable de la mesa(s) sectorial(es) del personal estatutario, con la formulación de un reglamento adecuado de su funcionamiento y del sistema de adopción de acuerdos, y de la correcta y eficaz configuración de los pactos y acuerdos, en conformidad con la textura establecida en la ley aplicable.
- Respetar y cumplir con exigencia y responsabilidad el papel y competencias de las juntas de personal de cada área sanitaria (o, en su caso, comisiones de los centros existentes), de conformidad con lo establecido en la Ley del Estatuto del Empleado Público, de anterior análisis, huyendo de la situación actual de ninguneo de estos órganos, lo cual favorece la arbitrariedad, ya denunciada, de las decisiones tomadas en la gestión de los recursos humanos de los centros o gerencias afectados.

2.3. Relaciones de conflicto

Hemos visto que, en la actualidad, se reconoce el ejercicio del derecho de huelga para el mantenimiento y reivindicación de las con-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

diciones laborales de los trabajadores, ora del sector privado, ora afectos a los servicios públicos del Estado.

También ha sido comentado que en todo el ámbito del sector público se hace uso de ese derecho y, paralelamente a ese uso, se trata de evitar la irrogación de perjuicios irreparables a los ciudadanos en los ámbitos de afectación de servicios públicos indispensables.

Por consiguiente, se intenta conciliar el derecho a la huelga de los trabajadores, constitucionalmente reconocido, con el también derecho constitucional a que se garantice a los ciudadanos el funcionamiento de los servicios públicos de carácter esencial. De ahí que, como hemos apuntado, haya que fijar indefectiblemente servicios mínimos en los casos en que esa posible colisión pueda producirse.

Igualmente, hemos referido que la normativa reguladora de esta importante materia es anterior a la Constitución, si bien –para su posterior adaptación a esta– fue depurado por una sentencia del Tribunal Constitucional. Por ello, resulta imprescindible una nueva formulación legal del ejercicio del derecho de huelga en todos sus aspectos importantes, demandada hasta la saciedad por todas las partes afectadas.

Pues bien, lo dicho afecta especialmente al sector sanitario donde, por lo demás, se han realizado un número importante de huelgas de los profesionales sanitarios y donde son especialmente dañinas y virulentas. De hecho, recientemente hubo varias en todo el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Con mayor motivo, pues, en nues-

V. ¿INNOVACIÓN O MERA CONTINUIDAD?

tro sector resulta necesaria esa completa regulación del ejercicio del derecho de huelga por el personal al servicio de todo el sector sanitario, tanto público como privado, que concilie los derechos e intereses de todos. Al respecto, el nuevo Estatuto Marco se mantiene totalmente mudo y no regula, lo cual, dado su rango y entidad, es cuando menos censurable y viene a mantener la indefinición existente en esta importante materia.

2.3.1. Propuesta de sistema

- La necesaria formulación de una ley de huelga que regule el ejercicio del derecho de huelga, tarea imperiosa que corresponde a las altas instituciones del estado, no puede demorarse más, dada la situación generada desde hace largo tiempo, por mor de la normativa existente.
- De forma inmediata, la negociación y formulación de unas reglas básicas y de obligada observancia para las partes en la determinación de los servicios mínimos del personal imprescindible que garantice el mantenimiento de la atención sanitaria insoslayable.¹⁹⁰

190 Urgente, en todo caso, y el mantenimiento de la salubridad de los centros.

VI. CONCLUSIONES

A) A lo largo de los distintos apartados de este estudio se ha tratado de ofrecer una panorámica de la situación del modelo de relaciones laborales en el sector sanitario público, desde su paulatina y difícil configuración hasta el actual estado de cosas. Se ha puesto en relación ese modelo de relaciones laborales con el sistema organizativo imperante, cuya evolución histórica también se ha esbozado.

Como análisis crítico final de todo el panorama expuesto, de acuerdo con el título que se ha propuesto para el proyecto de tesis, cabe aseverar que el modelo de gestión aplicado ha resultado, en pureza, inamovible o, cuando menos, objeto apenas de mudanzas de poca relevancia.

Es cierto que hemos constatado, en la década de los años noventa del pasado siglo, una pulsión de cambio bastante acentuada (impulso gestado en el decenio anterior de los ochenta), sobre todo por deseo y apoyo de los gestores del medio. Fue una pulsión relevante en el ámbito organizativo, con probanzas varias en los ámbitos de macrogestión y microgestión, mas tal impulso, finalmente, se ha vuelto inane.

Ese parón y casi definitivo punto muerto se ha evidenciado en la propia textura organizativa del sistema que ha vuelto a ratificar, en líneas generales, la tradicional modalidad de gestión integrada directa, sin menoscabo de algún intento (como en el caso de varias comunidades autónomas) que ha abundado en la línea de una verdadera privatización de su modelo sanitario. Intento de privatiza-

VI. CONCLUSIONES

ción claramente contrario al mandato constitucional, al margen de cualquier otro posicionamiento ideológico.

La única afirmación relevante de cambio en el sistema se ha producido, en parte (y bastante tibia), en el ámbito de la gestión clínica, por mor de sus bonanzas, ya evidenciadas en la gestión de determinadas áreas asistenciales.

Con tales premisas, se nos presenta el indefectible corolario de un modelo de relaciones laborales burocrático y afectado por los predicamentos y requerimientos tradicionales de una gestión de sistema claramente centralizada.

Además, para colmo, en el sector sanitario se concitan desde otrora verdaderas excrecencias que perjudican y desmerecen sobremanera la básica organización y funcionamiento reglado del sistema, imprescindible para evitar situaciones de anomia, más que evidentes y muy perjudiciales, tanto para los profesionales como para la propia potencialidad del servicio público.

A tales lacras, expuestas y reiteradas a lo largo del proyecto de tesis, no se ha puesto remedio con las nuevas normas de carácter básico elaboradas y publicadas en el decenio pasado, ni tampoco han sido eliminadas, o siquiera paliadas, con la formulación del nuevo Estatuto Marco.

Por ello, como punto final, cabe aseverar que el modelo sanitario no solamente no ha superado, avanzado o cuando menos mejora-

VI. CONCLUSIONES

do el modelo burocrático tradicional de la función pública, sino que, por desgracia, mantiene una notable y notoria anarquía, que pretiere, cuando menos, las garantías, necesaria uniformidad y, finalmente, reglas básicas del funcionamiento de aquel.

Por lo tanto, la situación puede considerarse bastante peor que la existente en el resto de las administraciones públicas, lo que verdaderamente debería preocupar a responsables y gestores, aunque a decir verdad (y sus acciones lo evidencian) no parece que tales lacras les acongojen lo más mínimo.

B) Tal estado de cosas, impregnado de un pesimismo que se acentúa por la actual situación de crisis (en sentido amplio), hace que nuestra respuesta al interrogante postulado como intitulación del proyecto de tesis, “¿una gestión imposible?”, sea afirmativa, en la medida en que las propuestas de mudanza que se han operado en los aspectos organizativos y de gestión más acendrados puedan hacer posible tal gestión, con verdadera bonanza para el sector.

En efecto, cuando menos en el ámbito organizativo, la que se ha denominado macrogestión –pese a haber sido denostada ampliamente, de forma casi unívoca, por todos los agentes implicados, dando lugar a su práctica extinción en el ámbito nuclear de las instituciones sanitarias– aún puede resultar útil y eficaz, si se dan, ineluctablemente, dos premisas:

a) Su querencia y apoyo por parte de los responsables políticos, con la dotación adecuada de las instituciones en medios humanos

VI. CONCLUSIONES

e instrumentales, trasladado a los artículos y capítulos presupuestarios correspondientes. Con ello se excluye el desamparo e incuria acaecidos en su historia pretérita, condicionantes de la mala imagen y los resultados insatisfactorios, como se ha puesto relieve. Sí, pues, autonomía de gestión, pero con medios suficientes e inextricablemente unida al sector sanitario público.

b) El mantenimiento del régimen jurídico estatutario respecto al personal asignado a tales modalidades de gestión, de tal forma que el mentado régimen resulte el único aplicable al conjunto del personal con servicios residenciados en las instituciones sanitarias públicas, cualquiera que sea su régimen organizativo.

Igualmente, dentro del aspecto organizativo, la microgestión, como medidas de gestión clínica, se constata muy útil para el sistema, ora desde la perspectiva de la mejor organización y resultado del proceso sanitario, ora desde la propia motivación de los profesionales (todo ello sin menoscabo de acotarla debidamente, sin excrecencias ajenas a tal sistema).

En todo caso, las reformas propuestas para la mejor conformación del régimen jurídico estatutario, modelo de vínculo que se ratifica paladinamente, huyendo de soluciones presuntamente salvíficas del derecho privado, van a permitir sin duda una mejora sustancial en la gestión de los recursos humanos. Reforma que recoge y apunta a las críticas y valoraciones realizadas por los operadores de sector sanitario, verdaderos agentes y sufrientes del medio.

VI. CONCLUSIONES

C) Tras la exposición-resumen anterior, resulta obligado referirse, por la estructura del proyecto de tesis, a la respuesta y satisfacción dadas en tal proyecto a los objetivos fijados en su parte inicial, en un número de seis apartados.

1°. Conforme al orden establecido para los objetivos señalados, puede considerarse, respecto al primer objetivo de carácter general, clarificado el campo de análisis, al haberse ilustrado de forma suficientemente amplia la problemática del sector, ora en sus aspectos organizativos y soluciones propuestas, ora en el ámbito de sus recursos humanos.

2°. La problemática objeto de análisis ha sido expuesta en su devenir histórico, conforme al establecido como segundo objetivo.

3°. Igualmente, para alcanzar con suficiencia el tercer objetivo, se han fijado los presupuestos, logros, problemas suscitados y actuales incertidumbres del ámbito comparado del orbe occidental (estas últimas agrandadas por la tan mentada situación actual de crisis económica, a la par que axiológica).

4°. Seguidamente, en relación con nuestro cuarto objetivo, se ha analizado el tratamiento de las mudanzas y convulsiones sufridas por el sistema tradicional de la organización, recursos y gestión del modelo sanitario público, tras su instauración dentro del sistema de la seguridad social, hasta alcanzar su propia autonomía, ya desgajado de aquel. En este terreno, se ha analizado la pulsión de cambio del sistema.

VI. CONCLUSIONES

5°. Para responder a nuestro quinto objetivo, se ha expuesto un proyecto de sistema organizativo, tras el análisis de las propuestas y realizaciones habidas en el sector, sobre todo en la década prodigiosa de los años noventa del pasado siglo.

6°. Finalmente, se ha esbozado, de acuerdo con el sexto objetivo, una propuesta de modelo de relaciones laborales, tras realizar con análisis crítico del marco normativo configurado en fechas muy recientes para el establecimiento del régimen jurídico del personal que presta servicios en las instituciones y propia organización del sistema sanitario público. Tal marco normativo viene afortunadamente a sustituir –empero, sin la contundencia, acierto y redondez deseados– el contenido en los pretéritos estatutos de personal con textura y carácter preconstitucional.

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Sólo serán comentadas las obras de mayor entidad y con influencia directa para la elaboración del trabajo, pretiriendo aquellas otras que, aunque importantes, influyeron en la temática de modo indirecto o en sus aspectos secundarios. Sobre cada apartado se efectuará un comentario muy breve de estas obras, a fin de explicar su relevancia en cada objeto de análisis.

También se cita un notable número de artículos, intervenciones o ponencias de congresos de sociedades científicas o de gestión del sector sanitario, cuyo contenido no aparece plenamente identificado (por no haber conocido publicación formal sino mera distribución fotocopiada de carácter privado), con todos los pormenores que resultan pertinentes en una bibliografía adecuadamente configurada. En tales casos se aporta la referencia al congreso o conciliábulo que corresponda.

Como referencia primigenia, por lo que de ilustrativo significó para el conocimiento de la normativa dispersa y a veces ignota del sector, es dable citar la publicación en su día del Código Sanitario de Galicia, publicado en el año 1997, con una *addenda* del año 2000, por la fundación profesor “Novoa Santos” de Ferrol, configurado con verdadero tino y ardua tarea por mis compañeros, especialistas en el sector sanitario, José María Pérez Gómez, Roberto Pérez López y Néstor Valcárcel Teijeiro. Tal código alumbró y guio a múltiples estudiosos y operadores del sector sanitario, sin cuya ayuda se encontrarían bastante perdidos dentro de la selva normativa reguladora del sector. Se impone un recuerdo muy entrañable a

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

uno de ellos, Roberto, que lamentablemente nos abandonó para siempre.

I. Antecedentes históricos e instauración de las actuales estructuras

En el análisis del decurso histórico, soslayando las clásicas historias de la medicina y del pensamiento médico, merecen ser resaltadas como más ilustrativas para nuestro discurso obras de contenido y análisis histórico socio-sanitario:

— La apasionante obra colectiva *As doenças têm história*, traducción portuguesa del original francés *Les malades ont une histoire*, publicada por Ediciones Terramar (no se conoce versión española). La obra, dirigida por el recientemente finado maestro Jacques Le Goff, fue publicada en París por du Seuil, en 1985. Esta obra alumbró o ilustra de modo especial para el esbozo histórico que se ha expuesto.

— También cabe mentar de forma específica la obra intitolada *La médecine au temps des pharaons*, del dermatólogo e historiador francés Bruno Haliona, Éditions Liana Levi. 2002, sin duda muy amena y clarificadora sobre el nivel de la medicina egipcia de antaño. Al igual que, respecto al mundo de la Mesopotamia antigua, el estudio del reputado especialista Jean Bottéro, “Magie et médecine à Babylone”, dentro del volumen *Initiation à l’Orient ancien*, Éditions du Seuil, Paris 1992, pp. 205-226.

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

— En nuestro país también ha sido publicada una obra muy hermosa desde esta perspectiva, si bien concerniente al Medievo, cual es la del profesor Emilio Mitre, *Fantasmas de la sociedad Medieval: enfermedad, peste y muerte*, publicada en el año 2004 por la Universidad de Valladolid.

— La excelente obra del profesor Santiago Muñoz Machado, *La formación y crisis de los servicios sanitarios públicos*, publicada por Alianza Editorial (Madrid 1995), analiza la evolución de los sistemas sanitarios en nuestro país desde la desaparición del Antiguo Régimen, pasando por las vicisitudes del siglo XIX y XX, hasta la profunda transformación experimentada tras la etapa constitucional. Esta obra del profesor Machado da forma definitiva a su esbozo con similar contenido de fecha anterior, publicado en el libro de ponencias del *I congreso “Derecho y Salud”*, celebrado en Barcelona, 1992. Resulta de una claridad de exposición y contenido encomiables y se ha utilizado profusamente para la configuración del apartado correspondiente a ese período del proyecto de tesis.

— Sobre la evolución del sistema sanitario español, resulta oportuno mencionar el trabajo de Joaquín Tornos Mas, publicado en la *Revista de Derecho y Salud*, volumen 10, enero-junio de 2002, “Sistema de seguridad social *versus* sistema nacional de salud”.

— Deben ser citados, por la pertinencia para su época y situación habida en el sector, los excelentes estudios del profesor Tomás Sala Franco en relación con la configuración jurídica del personal estatutario y su convivencia, a veces difícil, con otros vínculos jurídicos,

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

publicados en los libros de ponencias del *I Congreso “Derecho y Salud”* (Madrid, Comunidad Autónoma-Servicio de Documentación y Publicaciones, 1993) y del *III Congreso “Derecho y Salud” (La Gestión de los servicios sanitarios: modelos alternativos)*, Pamplona, Gobierno de Navarra-Fondo de Publicaciones, 1995, congreso celebrado en Pamplona en 1994. Más recientes son los trabajos compilados en el libro *Personal estatutario de la Seguridad Social*, publicado por el Consejo General del Poder Judicial (San Sebastián, 2000). De entre ellos cabe resaltar por su muy alto nivel y correctísimo enfoque, el debido al magistrado del Tribunal Supremo Aurelio Desdentado Bonete, que lleva por título “El sistema normativo de la relación de servicios del personal estatutario de las instituciones sanitarias de la seguridad social” (pp.13-95). En mi opinión, es la aproximación al tema de mayor calidad entre las que hasta la fecha se han operado.

— En la misma época, 1999, la Universidad de A Coruña publica la obra conjunta *Lecciones de derecho sanitario*, dirigida por José María Díaz Castroverde y Javier Sanz Larruga, con la coordinación de Miguel Juane Sánchez. Son resaltables para este proyecto los estudios: “El marco general de la sanidad”, de Enrique Castellón Leal, pp. 135-148; “El régimen disciplinario del personal sanitario”, de Carlos Negreira Souto, pp. 301-320; y, finalmente, “El régimen jurídico del personal sanitario”, de Roberto Pérez López, pp. 275-300.

— En lo que concierne al análisis del vigente Estatuto Marco, existen estudios concretos en revista especializadas, caso del análisis aparecido en la *Revista de Aranzadi Social*, núm. 21 (abril de 2004), con motivo de su entrada en vigor, elaborado por los profesores de

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

la Universidad de Oviedo Joaquín García Murcia y María Antonia Castro Arguelles: “El estatuto marco del personal estatuario de los servicios de salud: una presentación” (pp. 37-65). El trabajo resulta meramente descriptivo, escasamente crítico con los puntos o aspectos más polémicos y relevantes del contenido de la norma. Igualmente, es pertinente la referencia al estudio del ya mentado profesor Tomas Sala Franco “Las incógnitas del estatuto marco”, publicado en la *Revista Derecho y Salud*, volumen 13, enero-junio de 2005, que, precisamente, conforme a su título, hace hincapié en esas incógnitas e incertidumbres que su texto suscita.

— Tras la entrada en vigor de la Ley de Estatuto Básico del Empleado Público, año 2007, se ha operado un estudio del texto normativo bastante amplio y pertinente, que de forma tangencial analiza las implicaciones que conlleva para el personal estatutario. Nos referimos a los *Comentarios a la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público*, dirigidos por Miguel Sánchez Morón, con 2ª edición en marzo de 2008, publicada por la Editorial Lex Nova.

— Resulta muy ilustrativo y clarificador para cohonestar la aplicación del estatuto marco con la Ley de Estatuto Básico del Empleado Público, ambas configuradoras del régimen jurídico del personal del sector sanitario público, el estudio comparativo publicado por la organización sindical CSIF, sector nacional de sanidad, Madrid, 2008.

— Sobre la negociación colectiva del personal al servicio de las administraciones públicas existe una relativamente abundante biblio-

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

grafía, pudiendo ser citada por su actualidad y altura de miras la obra *La negociación colectiva en la Función Pública*, de Remedios Roqueta Buj (Valencia, Librería Tirant Lo Blanch, 1996). El tratamiento ulterior de la negociación colectiva en el sector público se opera en la obra colectiva, anteriormente citada, *Comentarios a la Ley de Estatuto Básico del Empleado Público*, ya con base en la mudanza del sistema anterior y los presupuestos que tal norma establece. Nos referimos, en concreto, al estudio “Los derechos colectivos de los empleados públicos”, del profesor Tomas Salas Franco (pp. 291-320).

— En el concreto ámbito sanitario, entre las publicaciones habidas y revistas especializadas, resulta muy ilustrativo el trabajo, muy conciso, del magistrado emérito del Tribunal Supremo Francisco Javier Sánchez Pego, intitulado “La negociación colectiva en el ámbito sanitario público”, publicado en la *Revista de la Asociación Juristas de la Salud*, volumen 19, XVIII Congreso, año 2009, pp. 75-82.

— En la *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, Instituto de Administración Sanitaria, volumen 1, septiembre de 2010, se aborda la problemática de la “Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: los profesionales sanitarios y la ciudadanía”. Entre los asuntos abordados en el número en cuestión, se recogen reflexiones sobre el diálogo social dentro del SNS, así como la negociación conjunta en el sector sanitario y la visión sindical de la negociación colectiva en el sistema nacional de salud, huelga y servicios esenciales, además de tratamientos específicos de aspectos relativos a los recursos humanos y carrera profesional del mentado SNS. Resulta

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

una visión interesante de la problemática aludida y otra cohonestada con ella contenida en el volumen, toda vez que se aborda por profesionales o estudiosos de sector muy familiarizados, pues, con sus necesidades y requerimientos.

— Cabe también citar otros trabajos publicados en revistas jurídicas especializadas, bastante escasos por lo demás, cuales son, entre otros: “Régimen retributivo del personal estatuario de la Seguridad Social”, del profesor Tomás Salas Franco, *Actualidad Laboral*, núm. 4, enero de 1995, pp. 3-29. También tenemos el trabajo sobre “El sistema retributivo del Sistema Nacional de Salud y su perspectiva de futuro” de Juan Luis Gordo Pérez, publicado en la revista de *Administración Sanitaria*, núm. 3, julio-septiembre de 2002 (pp. 39-66), que no dice nada nuevo y desde luego no alumbró sobre el futuro como el autor parece pretender con su título, aunque puede valer como exposición del marco retributivo existente. La temática más general se aborda en el trabajo “Situación actual del estatuto jurídico del personal de la Seguridad Social”, de Eduardo Ariño Ferrer, revista *La Ley*, núm. 4096, de 7 de agosto de 1996. Sobre la polémica del fuero jurisdiccional del personal estatutario, cabe referirse a “Dudas jurisdiccionales en relación con el personal estatutario”, de Jesús Rentero Jover, revista *Actualidad laboral*, núm. 19, 9-15 mayo de 1994. Por cierto, este último autor, en su calidad de miembro del Consejo General de Poder Judicial, ha elaborado en el año 2003 el informe requerido por el gobierno sobre la jurisdicción competente, en el que, de forma categórica y sin duda alguna, se pronuncia sobre la viabilidad de la jurisdicción contencioso-administrativa. A tal informe el gobierno de turno no hizo caso, a pe-

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

sar de haberlo solicitado, y se mantuvo inicialmente el desatino histórico ya aludido del fuero de la jurisdicción social, desatino luego corregido por el Tribunal Supremo, con base en la entrada en vigor de la Ley de Estatuto Básico del Empleado Público, que ya residencia sin ambages las controversias del personal estatutario dentro del ámbito de la jurisdicción contencioso-administrativa.

Como colofón a este apartado, procede resaltar la relativamente escasa bibliografía desde el punto de vista jurídico sobre la problemática de los recursos humanos de instituciones sanitarias y el análisis normativo de las disposiciones que la afectan. Por ello, resultó obligado un análisis y consideración directos de la normativa y su hermenéutica por los tribunales, actualmente del mentado orden jurisdiccional contencioso-administrativo, para valorar su entidad y trascendencia.

II. Estudio comparativo de los modelos

Para la elaboración de este apartado se han tenido en cuenta las siguientes obras:

— La voluminosa obra intitulada *Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales*, dirigida por Richard Saltman y José Figueras, publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, (Madrid 1997). Resulta un libro densísimo y no del todo fácil para un jurista, pero sí utilizable para extraer conclusiones de trabajo plausibles. Interesa el apartado de gestión y el resumen final que está contenido en el segundo tomo de la obra.

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

— También deviene notable la obra *La modernización de la sanidad pública en el mundo*, publicada por Arthur Andersen (Barcelona, 1997). Tiene el interés especial de que altos responsables de los países cuyo tratamiento se aborda en el libro analizan su propia reforma.

— Otra obra digna de cita es la intitolada *Mercados planificados y competencia pública. Reformas estratégicas en los sistemas sanitarios en los países del norte de Europa*. Son sus autores Richard B. Saltman y Gasten Von Otter y fue editada por la Escuela Nacional de Sanidad, (Barcelona, 1994). Tiene la innegable ventaja de que es de fácil lectura y bastante desmitificadora, cosas inusuales en el medio.

— Cabe también referirse al interesantísimo libro *Reformas sanitarias y equidad*, editado por la Fundación Argentaria (Madrid, Visor, 1997), obra de varios autores. Son relevantes para nuestros propósitos los capítulos siguientes: “Equidad y justicia distributiva en la reforma europea de la sanidad”, de Richard Saltman; del mismo autor, “Globalización y futuro de la financiación pública de los servicios sanitarios”; y “Las reformas sanitarias británicas”, de Eric Caines.

— El arriba citado *Manual jurídico de la profesión médica* dedica un apartado del capítulo I al “Análisis de los modelos extranjeros de protección de la salud”. Si bien resulta en exceso breve, puede considerarse válido como resumen y en algún aspecto concreto de su análisis.

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

— El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó una recopilación comentada de textos comunitarios y nacionales en materia de sanidad y salud pública en el año 2003 (Madrid), bajo el título *España y Europa, hacia un ideal sanitario común*. Para el presente trabajo, es aprovechable sobre todo la parte III, dedicada al análisis de las profesiones sanitarias en la Unión Europea, elaborada por Emilia Sánchez Chamorro y Ramón Jiménez Romano, autores que, por su larga trayectoria profesional y amplios conocimientos en el tratamiento de esta materia, hacen muy estimable tal análisis del ámbito comparado.

— Existen trabajos varios publicados en revistas especializadas, de los que cabe resaltar el incluido en la *Revista de Administración Sanitaria*, vol. I, núm. 4, octubre-diciembre de 1997, “La configuración del sector sanitario en los países industrializados”, de B. García Cornejo; también debemos referirnos a “Tendencias actuales en la reforma de los sistemas sanitarios en Europa”, de Josep Figueras Marinónt y Richard B. Saltman, *Revista de Administración Sanitaria*, vol. I, núm. 2, abril-junio 1997.

III. Pulsión de cambio

En esta parte del estudio, que combina el análisis de sistemas organizativos con otro concerniente al modelo de relaciones laborales, la bibliografía es bastante amplia, concentrada fundamentalmente en los años de la que hemos considerado década prodigiosa.

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

En los aspectos organizativos, como trabajos más relevantes, deben ser citados los siguientes:

— De la obra colectiva *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*, (Barcelona, Grupo Masson, 1997) interesa resaltar, desde el punto de vista del análisis de las organizaciones sanitarias, el capítulo 21, intitolado “Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica”, de L.A. Oteo Ochoa y J.F. Hernández Yáñez; y los capítulos de los profesores V. Ortún Rubio, J. del Llano Señarís y G. López Casanovas sobre el análisis de la organización en relación con el mercado y la eficiencia.

— Del autor citado anteriormente L.A. Oteo Ochoa, cabe reseñar un trabajo publicado en colaboración con M.D. Silva Sánchez y J. Garrido Casas, en la *Revista de Administración Sanitaria*, vol. II, núm. 5, enero-marzo de 1998, cuyo título reza: “Bases conceptuales en la empresa moderna. Experiencias de innovación en el sector sanitario”. Su análisis descriptivo y conclusiones han sido tenidos muy en cuenta a la hora de dar contenido en el trabajo al concepto, aunque teórico, de “empresa sanitaria”. Este autor ha abundado en sus conclusiones en números posteriores de la misma revista.

— Las denominadas nuevas modalidades de gestión han dado lugar a una ya exhaustiva bibliografía, cuyo interés, en muchos casos, es limitado. No obstante, existen destacables aproximaciones de las cuales procede referir:

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

— Dos trabajos del profesor Ramón Menéndez Rexach, uno de ellos distribuido como ponencia del *IV Congreso de Derecho Sanitario*: “Las nuevas formas de gestión sanitaria ante el derecho administrativo” y otro en el *III Congreso Derecho y Salud* con el título “Las fórmulas de gestión sanitaria indirecta de servicios sanitarios: especial referencia al concierto sanitario”. Lógicamente, la primera aportación, más reciente, es la que está directamente relacionada con el tema, resultando también de interés la segunda en cuanto analiza las no fácilmente acotables figuras del convenio y del concierto.

— Es resaltable también la ponencia del aludido *III Congreso Derecho y Salud* de Gaspar Ariño Ortiz y José Manuel Sala Auquer intitulada “La gestión de los servicios sanitarios mediante formas personificadas: especial referencia a empresas públicas y sociedades”.

— Excelente aproximación al tema es la efectuada por el profesor Francisco J. Villar Rojas en la *Revista de Derecho y Salud*, vol. 2, julio-diciembre 1994, que titula “La huida al derecho privado en la gestión de los servicios de salud”. Este trabajo resulta de una claridad meridiana y un análisis jurídico de gran rigor y profundidad. Muy encomiable. El mismo autor da un paso adicional en el tratamiento de esta materia, al socaire de la publicación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, de Habilitación de las Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud, en el excelente trabajo publicado en la *Revista de Derecho y Salud*, vol. 6 núm. 2, julio-diciembre de 1998 (pp. 74-92), titulado “La Ley de Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud: ¿Hacia la desregularización de la Sanidad Pública?”. Como contestación al interro-

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

gante formulado, el autor estima que no existe una verdadera desregularización y privatización del sistema con los cambios introducidos, por cuanto se modifica solamente la gestión del servicio, pero no las reglas que articulan el servicio público y, por ende, se conserva la posición de monopolio en su dispensación.

— Especialmente significativa resulta la publicación de Alberto Núñez Feijoo en la *Revista de Administración Sanitaria*, núm. 9, enero-marzo de 1999, (pp. 59-67), “Nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud”. Su especial relevancia y significado para este tema mana de tratarse de un autor de uno de los mentores y paladines de estas nuevas modalidades desde su alta responsabilidad como presidente ejecutivo del INSALUD en esos momentos. No obstante, como se ha constatado ulteriormente, tales postulaciones o se han visto anuladas o se han pasado de rosca, con una aproximación sin sonrojos al sector privado, caso este último de lo que se ha denominado privatización del modelo o sistema.

— Otra aproximación muy plausible por su claridad e imbricación con la realidad del sector es la publicada en la *Revista de Administración Sanitaria*, vol. I, núm. 1, enero-marzo 1997, por Javier Sánchez Caro, “Las nuevas modalidades de gestión en la normativa legal habilitadora”.

— Finalmente, desde el punto de vista administrativista, cabe reseñar el trabajo de Sebastián Martín-Retortillo, publicado en la *Revista de Administración Pública*, núm. 140, 1994, con el esperable título “Reflexiones sobre la huida del Derecho Administrativo”.

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

— Las conclusiones de la Subcomisión parlamentaria para la Reforma del Sistema Nacional de Salud español han sido objeto de un análisis no exento de interés y bastante amplio en el número 5 de la citada *Revista de Administración Sanitaria*, enero-marzo 1998. La aproximación de J.M. Freire en la citada revista ofrece cierto interés para la materia que nos ocupa en el trabajo.

— Nos ha parecido muy interesante el artículo de Juan Pemán Gavín publicado en la *Revista de Derecho y Salud*, núm. 2 julio-diciembre 1999 (pp. 1-35) con el título “El proceso de desarrollo y aplicación de la Ley General de Sanidad: Balance y Perspectivas”, que resalta, de forma admirable y muy completa, el desarrollo operado de los principios de la ley, con especial relevancia de los de contenido organizativo y de gestión para lo que nos concierne. También refiere las lagunas existentes como posibles déficits del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, cabe aludir a otro trabajo de este autor, igualmente publicado en la *Revista de Derecho y Salud*, núm. 2 julio-diciembre 200, pp. 91-140, “La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: cuestiones abiertas y retos pendientes”, como visión panorámica interesante y completa sobre un tema clave en nuestro ámbito, aunque colateral para el trabajo que nos ocupa.

— Finalmente, sobre la gestión clínica existe una amplia documentación recogida, fundamentalmente, en revistas especializadas. Así, es dable citar los trabajos varios de Alfonso Castro Beiras, cardiólogo e impulsor del área de corazón del antiguo Complejo Hospitalario “Juan Canalejo” de A Coruña, publicados en solitario o en cola-

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

boración con su equipo de la citada área y complejo hospitalario, que versan sobre la consideración general de la gestión clínica y su implantación en el área de referencia. Destacaremos “Los principios de gestión clínica”, que analiza de forma muy genérica e ilustrativa en qué consiste esta técnica de gestión.

— También “El área de corazón del Complejo Hospitalario ‘Juan Canalejo’ de A Coruña, con una descripción bastante exhaustiva de la estructura y funcionamiento de esa área y sus potencialidades. Igualmente, cabe la cita del trabajo “El Instituto Clínico de Enfermedades Cardiovasculares del Hospital Clínico de Barcelona”, elaborado por los doctores J.L. Pomar y G. Sanz, que analizan, con esmero y de forma exhaustiva, el caso que les ocupa en cuanto a la aplicación de esta técnica. Todos ellos han sido distribuidos como Ponencia en los congresos XXXIII y XXXIV de la Sociedad Española de Cardiología. Igualmente resultan ilustrativas las conclusiones publicadas en el *Congreso de Gestión Clínica*, celebrado en Barcelona en el mes de febrero de 2003, (pp. 593-601), de J.A. Lorenzo Porto, “La gestión clínica: el difícil cambio de la virtualidad a la realidad”, cuya temática precisamente abunda sobre la dificultad de su implantación en los distintos servicios sanitarios.

— Se encuentran en la *Revista Oficial del Colegio Médico de A Coruña*, “A Saúde de Galicia”, núm. 31, enero de 2014, las conclusiones del foro celebrado en la sede de tal colegio profesional sobre la gestión clínica. En tal foro, existieron dos aproximaciones al tema, desde la perspectiva del facultativo médico, a cargo del Dr. Rodríguez Sendín, presidente de la Confederación General de Colegios Médicos,

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

con el título de “Una sanidad sostenible exige más profesionalismo” y, desde el enfoque de un economista de la salud, a cargo del profesor Vicente Ortún, con el título de “Las reformas o las hacen los médicos o no podrá hacerlas nadie”. A pesar de la brevedad de las exposiciones, estas resultan muy clarificadoras sobre la viabilidad, cuasinecesidad, de este instrumento de gestión realmente decidido y ejecutado por los profesionales; de ahí la aseveración del profesor Ortún y la igualmente clara sobre el protagonismo y responsabilidad de los profesionales del representante de los colegios de médicos de España. En líneas generales, los participantes en el debate y el público asistente apostaron por esta modalidad de gestión puramente profesional. Ahora bien, la situación actual de recortes y consiguiente ahorro de las administraciones sanitarias cercenan esta y otras medidas plausibles.

— Con motivo del alboroto y convulsión operados entre los profesionales del sector por las últimas actuaciones de las autoridades sanitarias, gallega incluida, sobre la gestión clínica y su articulación, parece altamente oportuno citar el texto de análisis operado por la organización sindical CEMS, “Bases para la gestión clínica en el SNS”, de reciente difusión, enero de 2014, que ya ha sido objeto de comentario en el apartado correspondiente del proyecto.

IV. ¿Innovación o mera continuidad?

Sobre lo que denominamos paradigma del cambio son merecedoras de cita, especialmente, las siguientes aproximaciones:

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

— La Mesa Redonda del *III Congreso de Derecho y Salud* sobre “Los recursos humanos, convivencia de diferentes regímenes jurídicos, en especial papel del personal funcionario y estatutario ante la introducción de formas de gestión del derecho privado”. Las ponencias se han publicado en el libro de actas de ese Congreso, celebrado en Pamplona en diciembre de 1994, ya anteriormente citado. Todas las intervenciones de los ponentes son de un gran interés por los cargos que ocupan, su calidad profesional y arrojo de sus propuestas, pero resaltaremos especialmente la de Carlos Negreira Souto, responsable de Recursos Humanos del Servicio Gallego de Salud, por su finura en el apuntamiento de la verdadera problemática del modelo.

— Es interesante el breve trabajo publicado en la revista *Actualidad del derecho sanitario*, núm. 27, abril 1997, por Enrique Otero Seivane. En tal trabajo titulado “Establecimiento público sanitario personificado como alternativa de gestión” se analiza con manifiesta claridad y precisión esa figura de gestión “personificada” como alternativa válida a la que actualmente rige el sistema sanitario público. De ahí, su pertinencia.

— En cuanto a la crítica de la pertinencia, oportunidad y eficiencia de las formulaciones habidas en la macrogestión, como nuevas modalidades de gestión, cabe resaltar el trabajo presentado en el Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2004), concerniente a la salud pública desde la perspectiva del género y clase social, publicado en la revista *Gaceta Sanitaria* con el título “Nuevas formas de gestión y su impacto en

VII. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

las desigualdades” (pp. 96-108), de Manuel Martín García y Marciano Sánchez Bayle, como portavoces de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. La crítica sobre la calidad y eficiencia de estas nuevas modalidades de gestión, ampliamente comentadas en el presente trabajo, es demoledora, aportando indicadores que, según los autores, evidencian unos déficits muy notables en los resultados de su gestión.

— Sobre este apartado cabe citar también el monográfico dedicado íntegramente al análisis de las fundaciones sanitarias, aparecido en los *Cuadernos de atención primaria* (vol. 11 núm. 1, marzo de 2004). En él se incluyen los siguientes artículos “¿Para que sirven las fundaciones sanitarias?” (pp. 3-4), de Pablo Baamonde García; “Camino de Damasco”, de H. Beiras Cal; “Nuevas formas de gestión: las fundaciones sanitarias en Galicia” (pp. 7-25), de M. Sánchez Bayle y M. Martín García; “Hospitals comarcais de xestión tradicional/fundación sanitaria hospitalarias: una perspectiva global”, de M.J. Vázquez Lima, R. Barreiro Paz y J.M. Fandiño Orgueira (pp. 30-34); “La situación laboral en las fundaciones sanitarias de Galicia”, de V. Ruiz Hervella (pp. 35-38); “Nuevos modelos de gestión y políticas sanitarias”, de M. Sánchez Bayle (pp. 39-45); “As fundacións sanitarias como instrumento da nova xestión pública”, de F.J. Constenla Acasuso y M. Sanana Suárez (pp. 46-51); “A situación laboral nas fundacións”, de Xan Cons (pp. 52-53); “Resultados asistenciais da xestión empresarial”, de Juan Antelo (p. 54); “Extratexias privatizadoras”, de Irene Martínez (p. 55); y “As fundacións e o dereito privado”, de Candido Andión (p. 56).

