

Informe SESPAS

Reclutamiento, selección y retención de profesionales en servicios de salud de gestión directa. Informe SESPAS 2024



Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia, España

R E S U M E N

Palabras clave:

Profesionales sanitarios
Sistema Nacional de Salud
Selección de personal
Marco legal

En una empresa de servicios altamente especializados y cambiantes en el curso de una vida laboral, como son los servicios de salud gestionados directamente por las Administraciones públicas (SNS-GD), las cuestiones relativas al reclutamiento, la selección y la retención de profesionales deberían recibir una atención mucho mayor que la que ahora se les presta. Desde hace demasiado tiempo el SNS-GD trabaja solo la resolución de los problemas que afectan a la organización, con enorme desatención de los que sufren los destinatarios de sus servicios, la población real a la que presta asistencia. La administración —más que gestión— de los recursos humanos está circunscrita por los contornos del Estatuto marco y sus normas y sentencias de desarrollo. Es este un instrumento inadecuado, tanto empíricamente, a la vista de los resultados cosechados (un 50% de temporalidad entre los profesionales trabajando en el SNS), como conceptualmente, pues incumple las razones que normativamente justifican su existencia: «que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud». Se describen las características de la regulación estatutaria y se repasa cómo afectan las restricciones normativas a las políticas de reclutamiento, selección y retención. Finalmente, se plantean las alternativas verosímiles para disponer de políticas coherentes y racionales de dotación de efectivos de carácter permanente que cubran las necesidades reales de los servicios.

© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recruitment, selection and retention staffing policies in health services directly managed. SESPAS Report 2024

A B S T R A C T

Keywords:

Health personnel
National Health System
Personnel selection
Regulatory framework

In an organization with highly specialized and changing services over the course of a working life, such as health services managed directly by public administrations (DM-NHS) are, the issues related to the recruitment, selection and retention of professionals should receive special attention. much larger than what is provided. For too long, the DM-NHS has mainly been working to resolve the problems that affect the organization, with enormous disregard for those suffer by the recipients of its services, the real population to which it provides assistance. In the DM-NHS, its administration (rather than management) of human resources is circumscribed by the contours of the Framework Statute and its implementing regulations and rulings. This is an inadequate instrument, both empirically in view of the results obtained (50% temporary employment among professionals working in the NHS), and conceptually, since it fails to comply with the reasons that normatively justify its existence: “that its legal regime is adapts to the specific characteristics of the practice of health professions, as well as the organizational peculiarities of the National Health System”. The text describes the characteristics of statutory regulation and reviews how regulatory restrictions affect recruitment, selection and retention policies. Finally, possible alternatives are proposed to have coherent and rational permanent staffing policies that cover the real needs of the health services.

© 2024 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: ricard.meneu@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102381>

0213-9111/© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Puntos clave

- En una empresa de servicios altamente especializados como son los servicios de salud gestionados públicamente, las cuestiones relativas al reclutamiento y la selección de profesionales, la retención del talento incorporado y la planificación de la actualización de sus competencias deberían recibir una atención mucho mayor que la que ahora se les presta.
- En el ámbito de la «gestión directa» por los servicios de salud, las cuestiones relativas a la gestión —o más bien administración— del capital humano se integran en un marco que ha venido en llamarse «estatutario» por más que la legislación laboral ordinaria también está recogida en otro estatuto: la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- El marco estatutario incumple objetivamente los principios enunciados en el Boletín Oficial del Estado: «La necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud».
- Se requiere imperiosamente «hacer que en la sanidad pública gestionada directamente sea normal lo que en el resto de las organizaciones y empresas es normal», aunque parece quedar fuera de la ventana de aceptabilidad actual de las políticas sanitarias.
- Las dos opciones que pueden parecer viables basculan entre ir paulatinamente redireccionando las nuevas necesidades del sistema sanitario hacia organismos dotados de instrumentos facilitadores de su buen gobierno o seguir calafateando los agujeros más negros del sistema estatutario, aun sabiendo que así no se taponarán todas las vías de agua abiertas en el casco del buque insignia de nuestro Estado de bienestar.

Marco general

El principal activo del Sistema Nacional de Salud

En una empresa de servicios altamente especializados y cambiantes en el curso de una vida laboral, como son los servicios de salud gestionados directamente (SNS-GD) por las Administraciones públicas, deberían recibir una atención mucho mayor las cuestiones relativas al reclutamiento y la selección de profesionales, atendiendo a las distintas y mutables necesidades de los centros y servicios, así como a la retención del talento incorporado y la planificación de su contribución a la actualización de competencias.

No será difícil coincidir en apreciar que, respecto a las dimensiones del título, no son las necesidades del SNS-GD para mejorar la asistencia que presta las que priman o se atienden lo suficiente en los debates y propuestas largamente en curso. De hecho, los debates vigentes y las pretendidas soluciones responden a satisfacer imaginativas extensiones de derechos o a la resolución de presuntos agravios para los profesionales, en especial los contratados provisionalmente, nunca o raras veces a las de los aspirantes que no están contratados.

Desde hace demasiado tiempo el SNS-GD trabaja principalmente la resolución de los problemas del «cliente interno», con absoluta omisión del «cliente externo» y real, que es la población a la que presta asistencia. También al seleccionar y retener talento, en el conjunto de la generación de soluciones y respuestas, el sistema está impregnado de una sesgada mirada igualitarista, que no equitativa, que pugna por proscribir *ab initio* cualquier reconocimiento de la diferencia entre normales, buenos y excelentes profesionales.

Y a esto se une un pertinaz escotoma o punto ciego que impide observar, y por tanto considerar, a quienes nunca gozaron de una «precariedad» rescatable y a los que recientemente se echa en falta tras haberlos desestimado como efectivos prescindibles.

Sin embargo, hasta en las declaraciones normativas se reconoce que «(los) objetivos de modernización y mejora de la calidad de los servicios públicos no se pueden alcanzar sin una adecuada gestión del principal activo con el que cuenta la Administración, su capital humano. La mejor gestión del personal al servicio de las distintas administraciones públicas exige, sin duda, disponer de políticas coherentes y racionales de dotación de efectivos de carácter permanente que cubran las necesidades reales de los servicios»¹.

El marco general en la gestión directa: la relación estatutaria

En el ámbito de la «gestión directa» por los servicios de salud, las cuestiones relativas a la gestión —o más bien administración— del capital humano se integran en un marco que ha venido en llamarse «estatutario», por más que la legislación laboral ordinaria también está recogida en otro estatuto: la Ley del Estatuto de los Trabajadores².

Para abordar las cuestiones de reclutamiento, selección y retención de profesionales en el SNS-GD en dicho marco, se pretende adoptar una perspectiva menos centrada en la interpretación del aparato normativo y su compleja y no muy coherente jurisprudencia, buscando desentrañar su sentido y valorar algunas de sus aparentes paradojas, inconsistencias o efectos indeseados. Para ello se aporta una descripción de los aspectos de interés a partir de experiencias contrastables y declaraciones oficiales en textos normativos.

Aunque no abunda la consciencia al respecto, en los servicios de salud y en sus centros sanitarios viene prestando servicios personal con vinculación funcional, laboral y estatutaria. Inicialmente estuvo motivado porque la Ley 14/1986 General de Sanidad estableció la integración de los diferentes servicios sanitarios públicos del respectivo ámbito territorial¹. Posteriormente, por la subrogación de trabajadores al revertir algunas concesiones administrativas (Alzira, Torreveja), o por haberse desmantelado algunas fundaciones públicas, agencias y empresas públicas o entes similares, retomando el SNS-GD las competencias y subrogándose los trabajadores ya contratados. Así, la reciente disolución de las Empresas Públicas Sanitarias de Andalucía ha aportado cerca de 12.000 empleados laborales^{3,4}, que ahora están incurso en un cuestionable procedimiento de «estatutarización»⁵. Con todo, los colectivos de personal que prestaban sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social han tenido históricamente —desde 1966— una regulación específica, hoy plasmada en el Estatuto Marco¹.

En lo tocante al reclutamiento, la selección y la retención cabe afirmar, leyendo la última modificación de dicho Estatuto en el Boletín Oficial del Estado (BOE), escrita con la tranquilidad que otorga regular un proceso que tendrán que ejecutar otros, que «la temporalidad registrada en el empleo público de las instituciones sanitarias públicas alcanza tasas cercanas al cincuenta por ciento de su personal, habiendo sufrido una evolución muy desfavorable en el último decenio, pasando de una temporalidad del 21,69% en el año 2011 al 47,31% en 2020. Esta situación (...) compromete la adecuada prestación de los servicios públicos, en la medida en que la temporalidad impide articular políticas de recursos humanos dirigidas a garantizar la calidad de estos»¹.

Se certifica, pues, que los resultados de la aplicación real del marco estatutario distan de ser los deseables en cualquier sistema de gestión de recursos humanos. Seguidamente el texto procede a limitar la duración de las interinidades a 3 años, con algunas previsible excepciones. Pero en lugar de enfangarse en parches coyunturales que depositan una fe ilusoria en que la Administra-

ción no volverá a incurrir en los errores ya cometidos, convendrá ir a la raíz del problema y repensar la validez de las pretendidas razones en las que se basa la justificación de un sistema que resulta tan disfuncional, es decir, la especificidad de los recursos humanos y la búsqueda de la mejor asistencia posible. Estas razones no se establecen por capricho o conveniencia autoral, sino que literalmente son la explicación que se lee en el BOE: «La conveniencia de una normativa propia para este personal deriva de la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud».

A la vista de la experiencia, o más bien de la magnitud del dilata, seguramente lo peor sería que «buena parte de la precariedad proviene de una disfuncionalidad autoinfligida, predecible y evitable, lo que lo hace más grave. La desafortunada duración de los concursos-oposición ha creado el caldo de cultivo que impide soluciones racionales y justas para la temporalidad embalsada»⁶. Pero no hay que descartar que la responsabilidad de los problemas ya casi inextricables que se plantean no provenga meramente de sus incumplimientos, modificaciones coyunturales, parches y demás chapuzas perpetradas, sino esencialmente de la sempiterna desatención a su sentido último de reglas justificadas por la especificidad de sus profesionales, con el propósito de orientarlos (alinearlos) a la prestación de los mejores servicios posibles a sus usuarios.

En origen, la pretendida adaptación «a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias» se plasmó en un primer Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social de 1966, al que siguieron el dudosamente específico Estatuto de Personal no Sanitario de 1971 y el de Personal Sanitario no Facultativo, ya en 1973. Todos ellos se integraron —con sus presuntas especificidades— en el «Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud» de 2003. Si con esa integración de facultativos, otros sanitarios, profesiones y oficios de casi cualquier tipo se diluyó buena parte de la presunta «especificidad», al menos la complejidad normativa ha crecido notablemente. El Estatuto de 1966 desplegaba en apenas ocho páginas del BOE sus estilizados siete capítulos —ámbito; nombramientos, ceses y situaciones; deberes, derechos; recompensas; provisión de vacantes; faltas y sanciones— y hasta se detallaba el baremo de las convocatorias de concurso-oposición, mientras la última modificación del Estatuto Marco, de julio de 2022, mediante un artículo único ya ocupaba 15 páginas, incluyendo las 11 de un preámbulo discursivo.

En todo ese cambiante y metastásico cuerpo normativo cuesta encontrar la especificidad del ejercicio sanitario, pues en el primer estatuto médico las funciones de las cinco categorías establecidas se despachaban en unas 150 palabras sobre asuntos tan poco específicos como «la permanencia en el lugar fijado para la consulta durante el horario establecido al efecto»⁷. Incluso apenas se mencionaba la peculiar jornada de trabajo que suponen los turnos, las guardias o la atención continuada, que serviría para justificar la apelación a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud. En cambio, se podían encontrar mayores descripciones funcionales en el estatuto del personal no sanitario, especialmente para categorías bien poco específicas, como telefonistas, mecánicos, electricistas, fontaneros, costureras y, especialmente, celadores, con hasta 23 funciones pautadas y morosamente descritas en casi 800 palabras⁸. En este estatuto, obviamente de menor «especificidad», al menos se dedicaban 280 palabras a regular la jornada laboral y los turnos.

Con la promulgación del Estatuto Marco del Personal Estatutario, que integra y supera los tres anteriores, la especificidad profesional no progresó mucho, pues al ser marco común para celadores y neurocirujanos la verdadera especificidad es el empeño de mantener un «estatuto» propio, generalizado y pretendidamente específico, para acoger cada vez más a una mayor diversidad de pro-

fesionales que aún ni atisbamos. En cambio, las regulaciones sobre jornada laboral y organización del trabajo, antes confiadas a una normativa de menor rango, ocupan ya casi 3000 palabras —un tercio de la extensión del Estatuto originario—, siendo «normativa básica» sobre las bases y la coordinación general de la sanidad-competencia retenida por el Estado.

En los últimos meses incluso ha sido cuestionada desde el sindicalismo estamental la idoneidad del Estatuto Marco. Cuestionado en tanto que marco, no por estatuto limitante. Se ha llegado a afirmar rotundamente que dicho Estatuto Marco unificó a todo el personal sanitario, pero no todos somos iguales, pues el médico necesita una regulación específica y no puede tener la misma regulación que el celador o el administrativo⁹. Una curiosa visión si consideramos que 17,5 de los más de 20 millones de empleados actuales en España se adscriben al marco común laboral que define la Ley del Estatuto de los Trabajadores, y que acoge desde informáticas, ingenieras o ginecólogas hasta basureros, albañiles o periodistas.

En definitiva, el marco estatutario no cumple, desde su mera redacción, con las razones que dicen justificarlo, ni en la práctica con las reglas de funcionamiento autoimpuestas. Parecería sensato, en lugar de seguir intentando reformarlo, haber emprendido —y mantenido— esfuerzos para abandonarlo. Y sin embargo asistimos a un reforzamiento de su extensión, encajando a la brava en él todas las anomalías existentes, desde la gran ruleta de las ofertas masivas hasta la incorporación a la disciplina del estatuto de los millares de trabajadores que se había conseguido proteger de este, como en estos momentos los cerca de 12.000 empleados laborales procedentes de las extinguidas empresas públicas andaluzas^{4,5}.

El reclutamiento de profesionales en la sanidad pública de gestión directa

De las tres funciones del título, el reclutamiento es, además del primer epígrafe, el más sencillo de tratar. El reclutamiento, en cualquier organización, es el proceso de búsqueda de candidatos adecuados y de atraerlos para solicitar las vacantes en la empresa. Es el primer paso para la selección y la incorporación de los empleados adecuados para la institución. En el mundo laboral ordinario se realiza mediante anuncios en periódicos, portales de trabajo *online*, LinkedIn, servicios de consultoría o incluso la propia página de la empresa, si la tiene. El sector público tiene margen para aprender de organizaciones donde la competencia por los puestos de trabajo es razonablemente dura¹⁰.

Hasta fechas recientes, el Sistema Nacional de Salud —y antes la Seguridad Social— apenas ha realizado más actividades de reclutamiento que las marcadas para el conjunto de la burocracia: publicación en los correspondientes boletines de las convocatorias de procedimientos competitivos de acceso. Para la cobertura temporal de los puestos durante los periodos de «sede vacante» se ha recurrido a algunos modos menos transparentes, desde anuncios en tablones hasta bolsas de trabajo que registran a los candidatos que desean recibir ofertas en lo sucesivo y los convocan ordenadamente conforme van surgiendo vacantes, no siempre de modo aleatorio.

El amplio excedente de profesionales, especialmente médicos, que se formó hasta los primeros años de la década de 1980 ha permitido, durante cuatro décadas, minimizar las actividades de reclutamiento. Ciertamente ha habido desajustes coyunturales en algunas especialidades —en anestesiología mucho tiempo— y en algunas zonas, como aquellas menos pobladas y más dispersas, o allá donde la concentración geográfica de centros sanitarios aconsejó algunas actuaciones incentivadoras del reclutamiento para obtener ventaja competitiva, solapándose con el proceso de selección. Pero no ha sido hasta fechas muy recientes que algu-

nas instituciones y centros de gestión directa han tenido que desarrollar estrategias de atracción de profesionales para ocupar aquellos puestos ya calificados administrativamente como «de difícil cobertura».

Aún deben quedar directivos sanitarios que añoren aquellos años en los que en algunos Colegios de Médicos la vocalía de profesionales sin empleo se membretaba como «Vocalía de médicos sin plaza en la Seguridad Social». Ahora la atracción orbital del Sistema Nacional de Salud ordinario ha decaído enormemente, en buena parte por la degradación de las condiciones de contratación y la escasa previsibilidad de continuidad. Mas que una escasez generalizada de médicas —o de enfermeros— existe un desajuste entre profesionales y puestos de trabajo que se hace muy patente en periodos de necesidad de cobertura de vacaciones. Para ello, algunos centros buscan reclutar candidatas ofreciendo una sucesión de contratos durante esos periodos, o beneficios complementarios, como alojamiento o servicios de comedor, etc.

También en estos procesos el marco básico recorta las posibilidades de actuación «legítima», ya que las interinidades de «nombramientos de personal estatutario temporal serán por razones expresamente justificadas de necesidad y urgencia», requiriéndose la «existencia de plaza vacante (... o ...) ejecución de programas de carácter temporal, que no pueden ser de una naturaleza tal que suponga la ejecución de tareas o la cobertura de necesidades permanentes, habituales de la actividad propia de los servicios de salud (... o ...) exceso o acumulación de tarea»¹. La necesidad de cubrir las ausencias provisionales está llevando a todo tipo de triquiñuelas que fuerzan los límites normativos y desencadenan todo tipo de consecuencias indeseables.

La selección de profesionales en la sanidad pública de gestión directa

La selección de personal en cualquier organización se refiere al conjunto de acciones con las que esta elige a un número determinado de entre los que han solicitado las vacantes. El proceso de selección de personal incorpora el nombramiento final de nuevos empleados para ocupar los puestos de la empresa. Es decir, el término «selección» se refiere a la colocación del personal adecuado en el trabajo más adecuado. Por lo tanto, la selección de personal trata de obtener dos resultados: incorporar a personas aptas para los puestos e incorporar a esas personas de manera que, además de aptas, sean las más adecuadas del contingente para cada puesto.

Los masivos procedimientos de estabilización de profesionales en curso en el SNS-GD es posible que logren el primer objetivo, pero en un proceso concursal común para muchas plazas, solo nominalmente idénticas, resulta bastante inverosímil que se pueda alcanzar el segundo.

En el marco estatutario no se realiza exactamente una selección de profesionales completa, sino que es un proceso burocrático en el que al final son los profesionales los que seleccionan el puesto de trabajo, a despecho de los particulares requisitos o necesidades de este. Aunque la voluntad del profesional de ocupar un determinado puesto es una variable muy relevante, no puede ser la única consideración, privando a la organización de su capacidad de conseguir uno de los dos grandes objetivos de todo proceso de selección.

Recordemos que las selecciones de plazas se hacen por orden en la calificación del proceso concursal, eligiendo entre todas las ofertas el aspirante con mayor puntuación y aceptando los demás sucesivamente las que van quedando. Pero en lo tocante a la selección según la aptitud para determinadas plazas, los «procesos selectivos» son, más que tuertos, ciegos, sordos, insensibles, anósmicos y ageúsicos. En ellos, uno de los ítems de mayor peso es el tiempo trabajado —hasta casi 20 años, «mérito» meramente dependiente de la edad y de los azares de contratación—; luego, un 20%

del máximo de esa puntuación realmente determinante se suele otorgar por certificado del idioma local, otro 20% por doctorado, un 13% adicional por especialidad distinta de la que se concursa, un 7% por cada curso de 100 horas financiado e impartido por la escuela de formación del servicio de salud (a despecho de sus contenidos), etc.

No es extraño que el sistema vigente fuese definido por la Comisión Parlamentaria para la Reconstrucción Social y Económica como un «sistema de dilatados y conflictivos concursos-oposiciones masivos y de periodicidad errática, con correlato de empleo precario y arbitrariedad local en las coberturas temporales»¹¹. Para resolver este sinsentido pueden implementarse, con complejas reformas legales, algunas soluciones, ninguna perfecta, pero cualquiera mejor que la actual abstención de los servicios de salud de gestión directa en la orientación de la selección y la ubicación de los profesionales.

Cabe establecer un perfil de las especificidades de cada plaza que limite el acceso a cada una a quienes acrediten encajar en aquel, además de superar las formalidades del examen y el siempre arbitrario baremo. Y eso aun a riesgo de que proliferen imaginativos perfiles destinados no a garantizar la cobertura por los más adecuados, sino por el candidato «de la casa», el que ya estaba trabajando en ella de manera interina. Alternativamente se podría recurrir a descripciones con menos arbitrariedad, pero con alguna base de diferenciación objetiva, como sería desarrollar adecuadamente un catálogo de subespecialidades oficiales, a partir de criterios objetivos o comúnmente aceptados para señalar las especiales exigencias de alguna plaza¹². Pero, en el límite, no es evidente que un sorteo al azar lograra para los intereses de la organización peores resultados que los actuales.

La retención de profesionales en la sanidad pública de gestión directa

La retención de profesionales es la continuidad de su relación con la organización a lo largo del tiempo, para lo que generalmente se recurre a su incentivación y motivación, cuyos mecanismos son abordados en otro capítulo de este Informe SESPAS 2024¹³. Adicionalmente, en caso de relaciones duales, como sucede frecuentemente con los profesionales del SNS-GD, en las que el agente trabaja para más de un principal —y no nos referimos aquí a la organización y los usuarios, sino a otra organización o él mismo por cuenta propia—, una variable absolutamente desatendida es la retención de la lealtad hacia el principal público, algo que las mutables e ingenuas regulaciones sobre incompatibilidades ni atisban.

No contribuye a la eficacia de los pretendidos incentivos a la permanencia en la organización que hayan sido jurisprudencialmente generalizados. En consecuencia, aquellos profesionales que trabajan en régimen de interinidad y cuya mayoría aspira aún a integrarse en el sistema —para lo cual el «mérito» más prometedor es la permanencia— tienen derecho a recibir los complementos de «antigüedad», «carrera profesional» y similares. Tampoco ayuda a la retención de talento que los trabajadores temporales accedan en condiciones de práctica igualdad con los estables a la formación financiada por la organización, en especial si esa formación funciona como un mérito baremable para la futura selección de los primeros y no aporta ningún incentivo diferencial para los estables.

En cualquier caso, los incentivos para la retención van más allá de los descontados trienios o los galones cuasiautomáticos de la carrera profesional; deben adoptar una perspectiva longitudinal, funcionando como incentivos diferidos. Cuentan aquí las expectativas de una cierta promoción laboral, con movilidad hacia centros mejor reputados, de escalar puestos como jefaturas —que no se adjudiquen por criterios burocráticos o políticos— que permitan un mayor control del entorno profesional y su distribución de tareas,

y también el desarrollo de competencias innovadoras, preferiblemente si no se realiza para trasladarlas al entorno extramural de la práctica dual. Y también las posibilidades de desarrollar una carrera paralela en el ámbito de la investigación, asunto de especial complejidad dada la escasa atención que el SNS-GD presta a los múltiples conflictos de intereses que conllevan la financiación y la rentabilización de lo que se investiga.

Los futuros de la gestión directa de los profesionales del Sistema Nacional de Salud

De seguir la actual derrota, el futuro de la selección y la retención de talento por parte del SNS-GD no parece auspicioso, en especial para sus usuarios. La creciente maraña de corsés y compromisos autoimpuestos hace que carezca de mecanismos de reorientación ante las cambiantes necesidades de recursos humanos, que dedique ingentes esfuerzos a implementar sistemas de incorporación que llaman mérito a cualquier dato fácilmente mensurable, por ajeno que sea a la voluntad o el esfuerzo de su poseedor, y que tenga desactivados los instrumentos incentivadores de la retención por la estulticia igualitarista, en un entorno en que se debe pugnar por atraer y retener a los mejores.

Se requiere imperiosamente, ahora que se invoca tanto y de manera tan torticera «el espíritu de la transición», recuperar, adaptado, su lema más celebre: «Hacer que en la sanidad pública gestionada directamente sea normal lo que en la calle es normal». La sanidad pública es el esfuerzo colectivo por mejorar la salud de toda la ciudadanía, y su gestión directa con recursos propios una mera confianza —bastante defraudada— en la capacidad de hacerlo mejor desde administraciones progresivamente más burocratizadas que con otras estrategias¹⁴. Lo que no debe ser es refugio para los profesionales que trabajan en ella a salvo de las inclemencias que pueden afectar a sus pares. Porque, como demuestran las tasas de precariedad laboral, tampoco esto se hace mejor desde el búnker del estatuto de personal, la ley de contratos de las administraciones públicas y los demás corsés autoimpuestos con total desatención a sus resultados comparativos.

Las opciones alternativas son múltiples, pero si no se modifica la actual ventana de Overton¹⁵ sobre aceptabilidad y factibilidad de determinadas políticas, quedan reducidas a meros parches que limiten las disfunciones evidenciadas y percibidas, sin encarar la necesaria gestión y alineamiento de los intereses personales con los del sistema y la ciudadanía que lo utilizan y sostienen.

En la situación actual, con más de un 50% de interinidad y asistiendo aún al despeño por jubilación —incluso con las prórrogas— de las últimas cohortes de la gran extensión del Sistema Nacional de Salud en las décadas de 1980 y 1990, parecería razonable haber «estabilizado» a esa amplia mayoría de profesionales mediante una «laboralización» que fuera haciendo residual el marco estatutario heredado y empeorado del Instituto Nacional de Previsión, en lugar de seguir cavando el hoyo de una «estatutarización» sin justificación real y con una ejecutoria tan perfunctoria como muestran las declaraciones apuntadas.

Si ese programa máximo no parece ahora verosímil, cabe volver a intentar el radicalismo selectivo¹⁶, la materialización de experiencias de tamaño limitado y previsible alto impacto que ayuden a visibilizar la conveniencia de trabajar en marcos normales para el conjunto de las profesiones. Ir pasando los nuevos centros, unidades o incluso servicios transversales a empresas públicas encuadradas en el sector empresarial de la comunidad autónoma. Aunque es una opción viable, las experiencias previas de reivindicación del modelo estatutario por los que no lo disfrutaban y la facilidad de cualquier Administración para conceder esa potencial sinecura no permiten albergar grandes expectativas.

Pero, tal como se señala en otro capítulo de este Informe SESPAS 2024¹³, la dependencia de senda en el Sistema Nacional de Salud se ha mostrado muy robusta. Cuando en la década de 1990 ya se lidió con otra acumulación de interinos y eventuales no se optó por el cambio a personal laboral, y una oferta pública de empleo extraordinaria confirmó la insistencia por el modelo estatutario. Y eran años en los que se practicaba una «huida del Derecho Administrativo», que posteriormente ha sido revertida, casi a despecho del signo político de propulsores y reversores.

En definitiva, quedan solo dos opciones que puedan pasar por la actual ventana. La menos fatalista es ir muy paulatinamente redireccionando las nuevas necesidades del sistema sanitario hacia organismos dotados de instrumentos facilitadores de su buen gobierno —personalidad propia, órganos de gobierno adecuados, autonomía y responsabilidad económica y de gestión, etc.— y casi necesariamente, fuera del alcance del consejero del ramo¹⁷. La otra, más previsible, es seguir calafateando los agujeros más negros del sistema en línea con algunas de las sensatas propuestas de otros capítulos, reinventar el antiguo «curso abierto y permanente» para la dotación de plazas, avanzar en algunos modos de perfilado de puestos de trabajo mínimamente objetivos, etc.; pero sabiendo que ninguna taponará todas las vías de agua abiertas en el casco del buque insignia de nuestro Estado de bienestar y que nos condenan a seguir achicando agua entre el deterioro continuado, rumbo a convertirse en pecios.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

La práctica totalidad de los datos citados en el manuscrito vienen acompañados de la fuente original de donde se han obtenido.

Contribuciones de autoría

El artículo ha sido elaborado únicamente por R. Meneu.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Real Decreto-Ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 161, de 6/7/2022. (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2022/BOE-A-2022-11132-consolidado.pdf>.
2. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE núm. 255, de 24/10/2015. (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-11430-consolidado.pdf>.
3. Orden de 29 de junio de 2022, por la que se hace público el listado de personal de las agencias públicas empresariales sanitarias en liquidación, que se ha incorporado en el Servicio Andaluz de Salud a 31 de diciembre de 2021. BOJA núm. 127, de 5/7/2022 (Parte 1). (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2022/127/BOJA22-127-00251-10911-01.00264194.pdf>.
4. Orden de 29 de junio de 2022, por la que se hace público el listado de personal de las agencias públicas empresariales sanitarias en liquidación, que se ha incorporado en el Servicio Andaluz de Salud a 31 de diciembre de 2021. BOJA núm. 127, de 5/7/2022 (Parte 2). (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2022/127/BOJA22-127-00250-10911-02.00264194.pdf>.
5. Orden de 21 de julio de 2023, por la que se establece el procedimiento de integración directa del personal laboral fijo en el régimen estatutario del Servicio Andaluz de Salud y se adoptan determinadas medidas respecto al personal laboral temporal, procedente de las Agencias Públicas Empresariales. BOJA núm. 150, de 7/8/2023. (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/>

- files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2023/2023080713_correccion_integracion_laboralfijo_apes.pdf.
6. Repullo J. Dilemas insolubles y dolorosos, pero evitables, en el empleo de los médicos. REPU-NOMADA: reflexiones en el recodo del camino. (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: <https://www.medicospacientes.com/opinion/dr-repullo-dilemas-insolubles-y-dolorosos-pero-evitables-en-el-empleo-de-los-medicos>.
 7. Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto Jurídico del personal médico de la Seguridad Social. BOE núm. 312, de 30-12-1966. (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1966/12/30/pdfs/A16486-16494.pdf>.
 8. Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad. BOE núm. 174, de 22-7-1971. (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf>.
 9. Toranzo: "El Estatuto Marco unificó a todo el personal sanitario pero no somos todos iguales. El médico necesita una regulación específica". Confederación Estatal de Sindicatos Médicos; 2023. (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: <http://www.cesm.org/2023/03/27/toranzo-el-estatuto-marco-unifico-a-todo-el-personal-sanitario-pero-no-somos-todos-iguales-el-medico-necesita-una-regulacion-especifica/>.
 10. OECD Public Employment and Management 2023: Towards a More Flexible Public Service. Paris: OECD Publishing; 2023.
 11. Congreso de los Diputados. Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Boletín Oficial de las Cortes Generales, 21 de julio de 2020. p. 36. (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153.1.Aprobacion_Pleno.pdf.
 12. La temporalidad de los médicos es el resultado de un mal sistema peor gobernado. El País; 2022. (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2022-04-30/la-temporalidad-de-los-medicos-es-el-resultado-de-un-mal-sistema-peor-gobernado.html>.
 13. Freire JM, Repullo Labrador JR. Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 2: el SNS Informe SESPAS 2024. Gac Sanit. 2024, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102368>.
 14. Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Ocaña-Riola R, et al. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. Gac Sanit. 2019;33:325-32.
 15. The Overton Window. (Consultado el 20/12/2023.) Disponible en: <https://www.mackinac.org/OvertonWindow>.
 16. Ortún V, López-Casasnovas G. La reforma del sistema sanitario español: radicalismo selectivo. Hacienda Pública Española. 1993;15-31. Monografías I.
 17. Repullo Labrador JR, Freire JM. Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 1: marco general. Informe SESPAS 2024. Gac Sanit. 2024, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102367>.