Debate virtual sobre el tema: "Los profesionales de la administración y gestión sanitaria en España"

La profesionalización de la administración y la gestión de los servicios sanitarios: una interpretación histórica de la situación

Javier Rey del Castillo

Médico Inspector. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. España.

Introducción

¿Es posible sostener un sistema sanitario público que se pretende de protección universal sin disponer de personal adecuado y con formación específicamente orientada a esa función? Y si la respuesta a esa pregunta es negativa, ¿por qué se da en España una situación en la que ese personal específico no se encuentra en los lugares en los que se dirige y orienta de manera principal nuestro sistema sanitario?

Por parte de algunos actores del sistema, o de otros agentes externos al mismo, puede responderse a la primera de esas preguntas en sentido contrario: las modificaciones operadas en nuestro sistema sanitario (que tienden a acercarlo a las formas privadas de gestión sin que, para quienes defienden esta orientación, esto ponga en cuestión la prestación universal, pública y gratuita en el momento del uso) harían innecesaria la constitución o el mantenimiento de grupos de administradores o gestores, funcionarios o no, cuyo fin principal, y hasta su razón de existir, fuera garantizar la viabilidad del sistema.

Creo, sin embargo, que la experiencia de nuestro sistema sanitario, y la de otros países donde se están

promoviendo las soluciones "de mercado" para sus propios sistemas, proporcionan numerosos argumentos para justificar que estas posturas, que defienden que ese tipo de medidas no ponen en cuestión la prestación sanitaria en las condiciones de universalidad e igualdad mencionadas, pueden ser calificadas como propias del mundo de las ideas (me niego a calificarlas de "idealistas", cuando, a mi juicio, lo que representan ante todo son intereses de determinadas partes).

Creo, por tanto, que la respuesta correcta a esa primera pregunta es negativa, y que el mantenimiento, y más aún la expansión de un servicio público sanitario universal en los términos en que lo definió (a mi juicio de manera muy defectuosa, lo que está en la raíz de los problemas que hoy vivimos; pero ésa es otra historia) la Ley General de Sanidad, exige la existencia de grupos de personas en la dirección del sistema identificadas con el desarrollo de esa función. Que sean funcionarios o no es una cuestión posterior. Pero esa función exige, como en los organismos biológicos, un instrumento u órgano *ad hoc*.

Considero que en esa línea se pueden invocar algunos precedentes incluso en el ámbito administrativo español: la reforma de la Administración española secundaria a la promulgación de la Ley de Procedimiento Administrativo, norma de cuya importancia no se puede dudar, pues a pesar de todas las imperfecciones que ahora podamos observar, fue el primer paso para convertir a los ciudadanos de este país de súbditos en sujetos de derechos en sus relaciones con las administraciones públicas, se acompañó de la creación de un cuerpo de funcionarios (el de los técnicos de la Administración Civil) como encargado principal de llevar a cabo tales reformas.

Pero esto nos aboca a la segunda cuestión: ¿por qué si la Ley General de Sanidad supuestamente introdujo transformaciones tan importantes como la universalización del derecho a la protección sanitaria para todos los ciudadanos, a la vez que la descentralización de su gestión, esas medidas no se acompañaron de la creación o la consolidación de un grupo profesional, fuera cual fuera la forma de vinculación con las administraciones públicas y la variedad de titulaciones que debería probablemente incluir, para garantizar la puesta en marcha y la extensión de la misma?

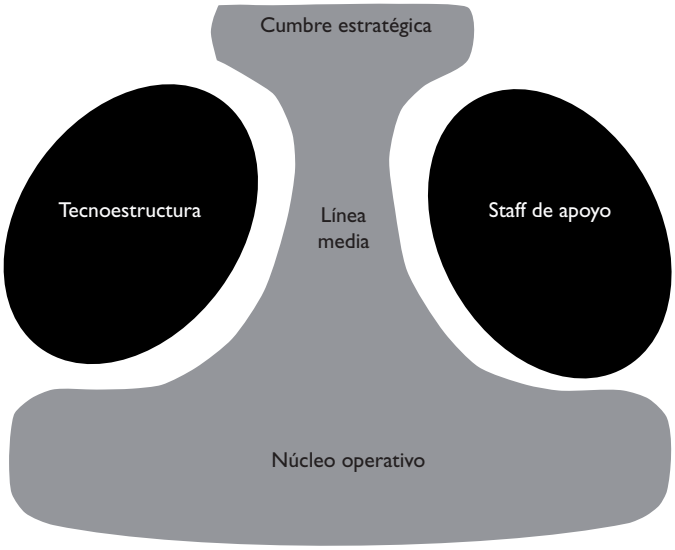

Figura 1. *Componentes fundamentales de la Organización y su posición en ésta. Tomada de Mintzberg H*[2].

Algunos recuerdos desde la teoría de las organizaciones

Una mínima alusión a la teoría de las organizaciones puede permitir centrar la referencia al papel y los grupos de personal a los que me pretendo referir. Dentro de esa materia, los trabajos de Mintzberg han servido de base a los análisis más recientes de nuestro sistema sanitario que conozco, en los que de una manera o de otra se hace referencia a esta cuestión.

A estos efectos, hay que recordar que a través de distintas publicaciones[1,2] este autor considera que en cualquier organización que supera ciertos estadios de simplicidad existen 5 grandes componentes o grupos, que responden a las denominaciones de "cumbre estratégica", "línea media", "núcleo operativo", "tecnoestructura" y "*staff* de apoyo", a cuyas características en líneas generales me he referido en otras publicaciones anteriores[3] (fig. 1).

Las diferentes organizaciones, atendiendo al criterio de cuál de esas partes de la organización predominan y están más desarrolladas en fun-

ción del número de personas que las forman, según cuáles sean los fines propios de la organización, se califican de distintas maneras. Aquellas en las que, como en los servicios sanitarios, lo que predomina es el "núcleo operativo", constituido por el personal de diferentes categorías y cualificación que presta directamente los servicios, son calificadas como "burocracias profesionales".

Pero que predomine uno u otro grupo de los descritos no exime a cualquier organización compleja de disponer de personal específico que desarrolle los otros roles referidos que, en mayor o menor grado, deben estar presentes en cualquier organización con un mínimo grado de complejidad.

La evolución histórica de la administración sanitaria en España

Los orígenes

La aplicación de los conceptos anteriores al campo de la organización de los servicios sanitarios en nuestro país llevó razonablemente hace ya tiempo a algunos autores[4] a identificar a los grupos de funcionarios dedicados a la administración y gestión de los servicios sanitarios con la tecnoestructura de nuestra organización sanitaria. Los cuerpos de funcionarios incluidos de manera más expresa y destacada en esa consideración fueron principalmente dos: el cuerpo médico de sanidad nacional y la escala de médicos inspectores del extinguido Instituto Nacional de Previsión.

El origen y la vinculación de cada uno de esos cuerpos funcionariales con la realización de sus tareas en los campos de la salud pública y la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y, desde el punto de vista estructural, con la Dirección General de Sanidad, antiguamente dependiente del Ministerio de la Gobernación (después Interior) y del Instituto Nacional de Previsión, incluido en el ámbito del Ministerio de Trabajo, respectivamente, ha sido recogido en numerosos textos previos.

Sin embargo, la calificación de los cuerpos citados como tal "tecnoestructura" de nuestra organización sanitaria, o al menos la continuidad de tal calificación a partir de 1982, coincidiendo con la llegada del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) al poder en España, puede y debe, a mi juicio, ser puesta en cuestión.

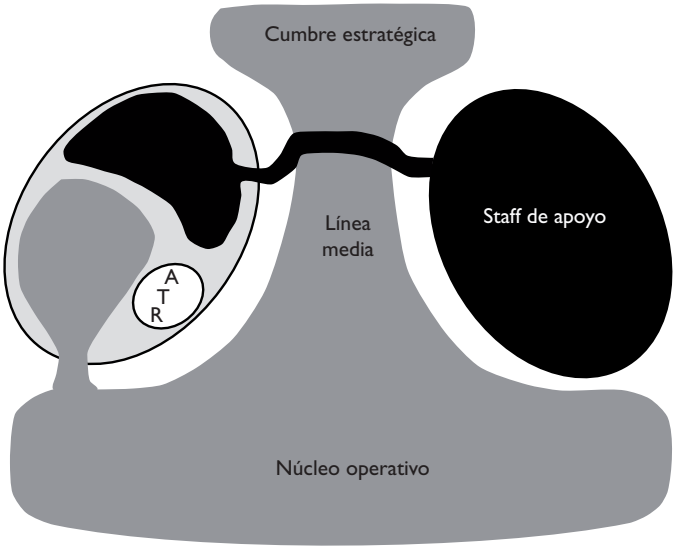

Figura 2. *Evolución "patológica" de la tecnoestructura del Sistema Sanitario. En blanco: ATR: antigua tecnoestructura residual.*

La razón para ello es la facilidad con la que los miembros de dichos cuerpos fueron barridos del desempeño de las funciones y cargos más importantes que venían desempeñando hasta entonces en los dos ámbitos antes citados, coincidiendo con el acceso del PSOE al poder, situación que se ha prolongado hasta la actualidad y tiene perspectivas de seguir haciéndolo.

Que quienes personalmente desempeñaban esas funciones y cargos fueran sustituidos por otras personas en un momento de cambio político trascendental en nuestro país no supondría por sí mismo invalidar la calificación del grupo al que pertenecían como la "tecnoestructura" de nuestra organización sanitaria. Lo que desde mi punto de vista lo pone en cuestión es que los relevados, miembros de los cuerpos y grupos citados en buena parte, fueron sustituidos en el cumplimiento de las mismas funciones por personas pertenecientes a otros grupos, precisamente de forma mayoritaria los que desempeñaban otras funciones en la propia organización sanitaria (fig. 2). En concreto,

si nos atenemos a la clasificación antes utilizada por personas pertenecientes al "núcleo operativo", relegando a partir de ese momento casi sin excepciones a quienes, por su pertenencia a determinados cuerpos de funcionarios, pertenecían a la "tecnoestructura" del sistema, a actividades y funciones menores (el control de la incapacidad laboral, algunos aspectos de la vigilancia epidemiológica y otros similares) dentro de las atribuidas a la tecnoestructura de la organización.

Que esto ocurriera, con independencia de las cuestiones personales que tal situación provocó, pone en cuestión, a mi juicio, ante todo que el desarrollo de esos cuerpos hubiera proporcionado por sí mismo hasta entonces, como correspondería a una auténtica tecnoestructura del sistema, la producción del conocimiento necesario para homogenizar la organización y las funciones del sistema sanitario en su conjunto y para producir la regulación necesaria a esos efectos. Menos aún en un momento de cambio del sistema sanitario tan profundo como el que suponía desarrollar a la vez la universalización y la descentralización de la protección.

Los problemas de la decisión de sustituir unos grupos por otros, que se adoptó en aquel momento son, a mi juicio, de distinta naturaleza.

En primer lugar, de concepción de la propia naturaleza de los componentes de las organizaciones: con la sustitución de miembros de la tecnoestructura, por incipiente que esta fuera y lo mal desarrollada que estuviera, por personal mayoritariamente perteneciente al núcleo operativo pareció adoptarse el criterio de que bastaba con cambiar de lugar a algunos miembros de la organización (desde el núcleo operativo a la tecnoestructura) para que aquellos adquiriesen las cualificaciones necesarias para desempeñar el nuevo rol. Como si tales cualificaciones derivasen del lugar ocupado en la organización y no de los procedimientos de selección, formativos, o de adquisición de experiencia previa, imprescindibles para asumir ese nuevo papel y configurar esa parte específica y necesaria de la organización. En segundo lugar, que el mensaje en esa línea enviado desde la administración sanitaria no tenía lectores sólo dentro de la propia organización sanitaria, sino también fuera de ésta, muy en particular en otros ámbitos

de la Administración. Una lectura que, teniendo en cuenta la relación de competencia por unos recursos siempre limitados que se da entre todos los sectores de cualquier administración, enviaba dos señales inequívocas a esos otros sectores: en primer lugar, que la administración sanitaria carece de diferencias que requieran de unos conocimientos administrativos específicos; y en segundo lugar, que los conocimientos necesarios para participar en la regulación y administración de los servicios sanitarios son accesibles y se adquieren de hecho por cualquier titulado que participa desde su profesión en la atención sanitaria, y pueden ser adquiridos con la misma facilidad por cualquier profesional de la Administración de cualquier otra titulación.

Que esas dos señales nos parezcan ahora profundamente desorientadas respecto a la realidad no quiere decir que no hayan tenido importantes efectos en diferentes terrenos a lo largo de estos años: desde la desconfianza hacia los responsables sanitarios, en cuanto a su capacidad de regular y controlar el gasto sanitario por parte de los responsables económicos de todos los gobiernos que han puesto repetidamente de manifiesto los sucesivos sistemas de financiación sanitaria, hasta la ocupación de puestos de gobierno del ámbito sanitario por profesionales de otros cuerpos administrativos, un camino unidireccional, puesto que, como señalo más adelante, en el sentido contrario, el de participar en la administración de otros sectores por el personal sanitario está vedado a los profesionales de este sector.

Por otra parte, la decisión de incorporar sin más a las funciones propias de la "tecnoestructura" del sistema sanitario a profesionales procedentes del grupo operativo, es decir a médicos asistenciales procedentes de distintos niveles de atención, en especial del hospitalario, y a otros profesionales sanitarios, principalmente personal de enfermería, tuvo también cierto carácter compensador de la frustración que supuso para los sectores más dinámicos de estos grupos la renuncia, por parte del PSOE al acceder al poder, a introducir las medidas de reforma sanitaria que se demandaban desde estos grupos.

A cambio, componentes caracterizados de esos sectores vieron abierta la posibilidad de acceder a posiciones de poder en el sistema sanitario,

e incluso de plantearse su progreso profesional mediante el paso por puestos de responsabilidad en el sistema sanitario que hasta entonces les estaban vedados. Una perspectiva que unos años después se consolidó mediante decisiones administrativas a las que se alude más adelante.

Al plantear el acceso a la tecnoestructura y la dirección del sistema de personal del "grupo operativo" que carecía de preparación adecuada para ello, se generó la necesidad de facilitar esa formación a quienes accedían a esas nuevas tareas. Lo peculiar del asunto es que, en vez de plantearse el proporcionar esa formación a través de medios propios, la administración sanitaria del momento prefirió propiciar la adquisición de esa formación a través de medios ajenos a la propia Administración, "externalizando" en buena parte la misma, de lo que el número de "masters" y cursos de dirección que se iniciaron en aquellos años da buena cuenta. Esta decisión se complementó con el discurso de la necesaria mejora de la eficiencia de lo público, para la cual se trataba ante todo de incorporar los procedimientos de gestión propios del ámbito privado, un discurso no sólo propio del sector sanitario, pero que adquirió en este su propia dimensión. Con ello se provocó que los planteamientos de reforma del sistema quedaran a merced de agentes externos al mismo, los cuales, sin embargo, trasladaron de esta forma de manera aún más potente al interior de nuestra organización sanitaria sus propios intereses, en todo caso diferentes, si no contrarios, a los de la propia organización sanitaria pública.

Fue igualmente característica la escasa capacidad de reacción de los instrumentos propios de la organización sanitaria (la Escuela Nacional de Sanidad, la de Gerencia Hospitalaria —que fue absorbida por la anterior—, las diferentes Escuelas de Salud que se fueron creando en distintas comunidades autónomas) para dar una respuesta desde dentro a la necesidad creada o, de manera alternativa, la escasa atención prestada por los nuevos poderes públicos a la extensión y el desarrollo de esa función por parte de las Escuelas.

Algunas referencias de la evolución posterior

La descripción anterior podría resultar una especie de "foto fija" de la situación que se daba en la administración sanitaria en España en la

segunda mitad de los años ochenta, en el período más inmediato a la promulgación de la Ley General de Sanidad, que tuvo lugar en abril de 1986.

Se pretenden describir aquí algunos hechos relevantes que han tenido lugar a partir de aquel momento, que han sido de importancia para conducirnos a la situación en la que nos encontramos ahora en este terreno, a la que se hace referencia en un apartado posterior. Esos hechos que se destacan son los siguientes:

Ratificación de los estímulos para incorporar el acceso a la administración y la gestión de los servicios sanitarios como parte integrante de la "carrera" de los profesionales sanitarios del ámbito asistencial

Entre los estímulos de carácter negativo cabría destacar la limitación retributiva en el ámbito público, con una escasa consideración a la dedicación exclusiva en este, ni siquiera para el acceso a puestos de responsabilidad asistencial.

Una parte de esas expectativas de progreso personal frustradas se dirigieron hacia la dirección o gerencia de las instituciones sanitarias, aprovechando la multiplicación de puestos en este ámbito que se generaron con las reformas de la gestión llevadas a cabo tanto en el nivel hospitalario, como en el de la Atención Primaria.

El instrumento para hacerlo posible fue la interpretación realizada en un proyecto de estatuto del personal sanitario (que resultó posteriormente frustrado) para caracterizar los puestos "estatutarios" sanitarios como de naturaleza más cercana al personal administrativo que al laboral. La consecuencia de esa consideración fue la apertura de hecho de los puestos de carácter administrativo desempeñados por personal funcionario al personal estatutario (y no a la inversa), manteniendo en sus puestos clínicos una reserva de plaza (a modo de "excedencia especial", prevista entonces sólo para las plazas de instituciones sanitarias antes citadas) que les permite volver a esos puestos (conservando los derechos retributivos adquiridos por el desempeño de puestos que son de nivel administrativo más alto que los del ámbito clínico) cuando, habitualmente por decisión libre de una autoridad sanitaria distinta a la que libremente los designó, cesan en su actividad administrativa. Una situación que resulta ven-

tajosa respecto a la de cualquier otro profesional de la administración, que cuando cesa en un puesto debe buscar, sin reserva de plaza ni garantía alguna, otro puesto de trabajo, que en general resulta de categoría inferior al del que cesó.

Se trata de una situación que se ha multiplicado desde finales de los años ochenta, con numerosas consecuencias, tanto para quienes participan en ella como para la consideración general de la profesionalización en la administración o la gestión de los servicios sanitarios.

Para el propio sistema sanitario la perpetuación y generalización de los mecanismos por los que el personal asistencial puede acceder a cualquier puesto de carácter administrativo, sea en el ámbito de las instituciones sanitarias o en el de órganos administrativos sanitarios, desde el Ministerio de Sanidad a las consejerías autonómicas o los servicios de salud, ha inducido y fortalecido la politización de los nombramientos a todos esos niveles, no para la designación de cargos de naturaleza claramente política, sino incluso para los de carácter administrativo más estricto. Para el acceso a ellos, el criterio principal no es el de la cualificación y el grado y la naturaleza de los conocimientos necesarios en cada caso, sino la afinidad política con los gestores de cada momento. Un criterio que, aparte de los daños funcionales que produce, resulta frontalmente contrario a la profesionalización de la función.

El menosprecio de la función administradora y gestora sanitaria y las expresiones en su regulación

La facilitación del acceso del personal sanitario asistencial al desempeño de puestos de administración y gestión de servicios sanitarios se vio pronto acompañada de actuaciones concretas que constituían claros exponentes, o llevaban como consecuencia de su aplicación al resultado del menoscabo de la situación de los cuerpos sanitarios en el seno de las administraciones correspondientes. Algunos de esos hechos, que se analizan a continuación, son los siguientes:

1. En primer lugar, la aplicación de condiciones restrictivas a la movilidad del personal sanitario hacia otras áreas de las administraciones correspondientes, en particular en el ámbito de la Administración General del Estado.

La Ley 30/1984, de medidas de reforma de la función pública, había establecido como criterio general la posibilidad de desempeño de puestos de trabajo en cualquier área de la administración por el personal de la mayor parte de los cuerpos de funcionarios existentes, a condición de que cada interesado contase con las cualificaciones adecuadas para el desempeño de las funciones correspondientes en cada caso, establecidas en la convocatoria de cada puesto de trabajo. Se rompía de esa manera la vinculación entre funciones a desempeñar y cuerpos específicos de funcionarios, salvo en el caso de áreas muy específicas de la Administración. A la vez se establecían así las bases para una tendencia a la homologación de la dificultad y los conocimientos básicos necesarios para acceder a la función pública, abierta a una posterior especialización, que se tradujo a la vez en la unificación de no pocos cuerpos distintos de funcionarios en cada área de especialización.

De esa posibilidad abierta de movilidad entre áreas distintas de la Administración se exceptuaron después sólo de hecho algunos cuerpos muy específicos, entre ellos el personal de instituciones penitenciarias o el del INSERSO, siguiendo un doble criterio de menor dificultad en el acceso y penosidad de la propia función. Con ello se trató de evitar que se produjese una desbandada de los puestos correspondientes por parte de quienes habían accedido a ellos a través de mecanismos supuestamente de menor competencia y a quienes, por el contrario, el desempeño de los mismos les podía llevar a un mayor deseo de cambiar su área de actividad.

Lo peculiar del caso es que el mismo criterio se aplicó a los sanitarios a través de una excepción específica (la "Ex 18"), aplicable por igual al personal de los cuerpos de funcionarios sanitarios y al personal estatutario, cuya aplicación a cualquier puesto lo hace inaccesible todavía hoy a cualquier sanitario en función de su propia titulación.

2. Otro hecho resultante en el deterioro de la consideración de los cuerpos de funcionarios sanitarios ha sido y sigue siendo la política de convocatoria de plazas de esos cuerpos promovida y desarrollada desde el Ministerio de Sanidad.

En la tabla 1 se pueden observar las plazas de funcionarios sanitarios convocadas desde 1985 hasta 2008. Como puede verse en la misma, a lo

Cuerpos/Escalas	AÑOS																							
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
E. de Médicos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la S.S. (1)	5	201	25	40	66						15		101	107	52	15	15	185		28	46	67	126	153
E. de Farmacéuticos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la S.S. (1)		10	15	7	15								6							2	2		3	
E.de Enfermeros Subinspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la S.S. (1)		154	43	20	25									12									2*	1
E. Técnica de Gestión OO.AA., especialidad de Sanidad y Consumo													29+ 74*		5	12	7	18	5	3			15	12
E. de Gestión OO.AA, especialidad de Sanidad y Consumo																		2	20	46		20	50	50
E. Auxiliar Técnico de OO.AA., especialidad de Sanidad y Consumo																	4		2	4				
Cuerpo de Farmacéuticos de la Sanidad Nacional	5	4	3	2	10	12	6			5						4	5	2		8				
Cuerpo de Médicos de la Sanidad Nacional		8	4	4	15											2								
Cuerpo de Médicos Asistenciales de la Sanidad Nacional (2)		12	4	4	10																			
Cuerpo de Médicos Titulares																			11	29	20	21	40	33
Cuerpo de Farmacéuticos Titulares																			5	8	54	32	54	42+2**
Cuerpo de Veterinarios Titulares																	9		35	20		4		
Escala de Facultativos y Especialistas de AISNA (2)	200	8			65	10	13																	
Escala de ATS de AISNA (3)	100	9			37	7	17																	
Escala de Auxiliares de Investigación de Laboratorio de AISNA (4)		28			24	5	11																	
E. Especialista Técnico de OO.AA., especialidad de Sanidad y Consumo																				16*				

(1) Hasta la convocatoria del año 1989 se denominaban E. Médicos Inspectores, Farmacéuticos Inspectores y ATS Visitadores del Cuerpo Sanitario del extinguido Instituto Nacional de Previsión
(2) A partir de la Ley 13/96 de 30 de diciembre se integraron en la Escala Técnica de Gestión de OO.AA., especialidad de Sanidad y Consumo
(3) A partir de la Ley 13/96 de 30 de diciembre se integraron en la Escala de Gestión de OO.AA., especialidad de Sanidad y Consumo
(4) A partir de la Ley 13/96 de 30 de diciembre se integraron en la Escala de Especialista Técnico de OO.AA., especialidad de Sanidad y Consumo
(5) A partir del 2005, los puestos de trabajo que venían ocupando los funcionarios del Cuerpo de Veterinarios Titulares se cubren por los del Cuerpo Nacional Veterinario
(*) Plazas convocadas en el marco de consolidación de empleo temporal
(**) Plazas convocadas por el sistema de promoción interna

Tabla 1. *Plazas de Cuerpos/Escalas adscritos al Ministerio de Sanidad y Consumo aprobadas en las ofertas de empleo público entre 1985 y 2008.*

largo de los años se ha producido una tendencia manifiesta a la reducción del número de plazas convocadas de los cuerpos de mayor relevancia en sus ámbitos respectivos en el terreno sanitario, los ya citados de Sanidad Nacional y de Médicos Inspectores de la Seguridad Social, cada uno de los cuales desempeñaba funciones específicas en este sector[1].

Que las plazas de funcionarios sanitarios convocadas para cubrir funciones sanitarias marginales lo sean sistemáticamente de cuerpos, escalas o grupos de organismos a extinguir, que en el contexto de los cuerpos existentes en otras áreas de la Administración resultan "de segundo (o tercer) nivel", determina que en el ámbito de la Administración General del Estado (imitado en buena parte por las administraciones autonómicas) no exista un cuerpo "vertebrador" del MSC[2], al revés de lo que ocurre en otros departamentos ministeriales. Y que, como consecuencia, las políticas sanitarias, cada vez más inexistentes, carezcan de un soporte administrativo ("tecnoestructura") similar al que disponen esas otras áreas, con la consiguiente (y comprobable día a día) desventaja para aquellas.

La dispersión autonómica de los cuerpos sanitarios

El proceso de descentralización sanitaria hacia las comunidades autónomas ha tenido efectos añadidos evidentes sobre el papel desempeñado por los cuerpos de funcionarios sanitarios.

Como he señalado en otros textos[3], la existencia de unos cuerpos potentes de funcionarios sanitarios distribuidos por todo el territorio habría podido contribuir a mantener tras su traspaso a cada una de las comuni-

[1] A ello hay que añadir que desde 1995 las plazas convocadas para el segundo de los cuerpos citados, cuyo "tutelaje" corporativo y convocatoria, conforme al desarrollo de la Ley 30/1984 hecho de este aspecto, corresponde al Ministerio de Sanidad, lo son para el desempeño casi exclusivo (son escasísimas las plazas convocadas para otros fines) de funciones en los Equipos Médicos de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Esa tarea específica es una faceta menor y por completo reducida de las funciones propias de la administración y gestión de servicios sanitarios (cuyo desempeño, al servicio de una administración en la que priman los intereses económicos del control de ese carácter de la prestación, está llevando, por otra parte, a sesgos sanitariamente inadecuados en su ejecución).

[2] El término y la consideración se le podrían atribuir al ministro José Antonio Griñán, quizás el titular del Departamento de Sanidad dotado de mejores conocimientos de la administración, y él mismo perteneciente al cuerpo de la Inspección de Trabajo, probablemente el cuerpo más potente en ese ministerio, al que se lo oí repetir en diferentes ocasiones.

dades autónomas una cierta homogeneidad básica de los servicios, e incluso, quizás de manera más importante, unos criterios sanitarios similares, inclusive un lenguaje común. En ausencia de esa posibilidad, los criterios que han primado en la mayoría de las comunidades autónomas han sido los tendentes a subrayar las peculiaridades y especificidades de cada territorio. Las diferencias con las de otras comunidades autónomas no son sustanciales, pero su multiplicación y diversificación ha contribuido a hacer más difícil y menos transparente la gestión global del Sistema Nacional de Salud.

De otro lado, de esa tendencia a la diferenciación por parte de cada una de las comunidades autónomas han formado parte sustancial las políticas de creación de cuerpos propios de funcionarios, en los que se ha producido con distintos grados de dificultad la integración de los funcionarios procedentes de los cuerpos "nacionales" traspasados. En este proceso, al igual que ha ocurrido con el personal de otras áreas y grupos, ha tenido un papel importante en algunos casos la diferenciación regional o local de los cuerpos basada en criterios (lingüísticos, o de mera pertenencia geográfica) ajenos por completo a la cultura sanitaria, e incluso al carácter universal de la prestación, con los efectos correspondientes sobre la percepción de los servicios sanitarios de una u otra naturaleza.

Esas situaciones han tenido repercusiones innegables sobre la coordinación de las políticas sanitarias autonómicas.

Las respuestas a la situación descrita

Con el carácter puntual con el que se han descrito las características del origen y la evolución de la administración y la gestión de los servicios sanitarios que han conducido a la situación descrita más arriba, se hace referencia aquí a algunos de los movimientos de respuesta a diferentes aspectos de esa situación que se han ido produciendo a lo largo de dicha evolución. Entre esos movimientos cabe incluir los siguientes:

Los intentos de creación de un "Cuerpo Superior de Salud Pública y Administración Sanitaria"

El primer intento de crear un cuerpo de las características citadas, que en

el ánimo de sus proponentes debía reunir a los miembros de los principales cuerpos sanitarios existentes hasta entonces sin perjuicio de su especialización posterior, como ocurre con cuerpos "superiores" en otras áreas, hay que vincularlo a la propuesta de un Estatuto Marco que se formuló desde la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad entre 1987 y 1988.

La segunda propuesta de creación de un cuerpo sanitario de la denominación y las características citadas hay que registrarlo pocos años más tarde, en 1990, como resultado de los trabajos de un grupo creado a petición y en el ámbito de la Secretaría General de Sanidad, que ostentaba en aquel momento la presidencia del INSALUD.

Aún hubo un tercer intento centrado en la creación de un cuerpo sanitario único por fusión de los previos, que no llegó a cuajar siquiera en una propuesta específica, con la elaboración de una nueva propuesta de Estatuto Marco, hacia 1994.

Los detalles y características de cada uno de esos intentos se pueden conocer en una versión más extensa de este artículo en la *e-RAS*.

La propuesta de vincular el acceso a la administración y la gestión de los servicios sanitarios a una especialidad médica

La especialidad a la que se planteó vincular de manera restringida el acceso a los cuerpos y puestos de administración sanitaria fue la de Medicina Preventiva y la Salud Pública. El origen de esta propuesta, que no llegó a concretarse en términos precisos, partió de algunos miembros de la Comisión Nacional de la especialidad citada, y de personas afines a ellos pertenecientes a algunos de los cuerpos sanitarios a los que he aludido repetidamente. Los planteamientos comenzaron en la primera mitad de los años noventa, pero no llegaron tampoco a ninguna concreción.

Como en el caso anterior, los detalles del desarrollo y la congelación de esta propuesta se pueden encontrar en una versión más amplia de este artículo en la *e-RAS*. Por otra parte, y ante el lanzamiento público de la propuesta en sus términos más amplios, esta fue objeto de alguna polémica en las páginas de esta misma revista[5,6].

Los planteamientos "defensivos" desde los cuerpos sanitarios existentes

En este punto cabe hacer alusión a dos tipos de movimientos diferentes y de sentido contrario: en primer lugar, los surgidos desde algunos cuerpos sanitarios concretos, en particular el de Inspección, vinculado originalmente al INSALUD, para obtener un reconocimiento de su función específica que los equiparase (en especial en lo retributivo) a otros cuerpos de funcionarios. En este sentido, el punto de referencia o comparación más común entre los médicos inspectores ha venido siendo desde siempre el de los inspectores de hacienda.

Este tipo de demandas de reconocimiento, más alejadas del momento actual en el tiempo, no parece tener gran recorrido si se compara con la reducción de la función de los miembros de los cuerpos sanitarios destinados a puestos específicos, cuyo desempeño está restringido al personal de los mismos, a los que se ha hecho referencia en apartados anteriores. El segundo movimiento es más reciente, y ha afectado sobre todo también a los funcionarios de los cuerpos de inspectores todavía existentes en diferentes comunidades autónomas, en demanda de un incremento retributivo por la vía de la llamada "carrera profesional", que lleva el rumbo de acercar la condición del personal funcionario al estatutario (con la pérdida, planteada en algunos casos, de la condición de funcionario). Esta demanda parece más bien una "llamada de emergencia" retributiva, por otra parte realizada desde sectores con escasa relevancia y capacidad de presión, antes que una propuesta con perspectivas de futuro en el ejercicio de la función pública en el sistema sanitario. Por todo ello parece también una buena expresión de que no cabe esperar que las reformas que pudieran plantearse en la profesionalización de la administración de los servicios sanitarios puedan tener como punto de partida a los sectores y grupos que, aunque sea de manera parcial y limitada, han accedido a ella mediante procedimientos específicos y desempeñan de alguna manera en el momento actual esa función.

Los movimientos corporativos para la creación de asociaciones y sociedades "científicas"

En este apartado quedan al margen las asociaciones vinculadas a cuerpos

sanitarios concretos, que han proliferado en especial en el ámbito de los cuerpos de inspección de diferentes comunidades autónomas antes vinculados al INSALUD, cuya actividad se ha centrado en su mayor parte en una u otra de las direcciones de reivindicación corporativa a las que he hecho referencia en el apartado anterior.

Existe desde antes de la transición sanitaria una Sociedad Española de Epidemiología, que reúne a los profesionales, en buena parte pertenecientes a un cuerpo numéricamente reducido, el de epidemiólogos, que dedican su actividad profesional a esa disciplina científica, que es a la vez una función sanitaria para cuyo cumplimiento han sido en su mayoría traspasados a las comunidades autómonas, salvo un grupo que ha venido desarrollando su función en el Instituto Carlos III. Lo específico de la materia que les sirve de nexo de unión ha hecho que su influencia se haya extendido de manera sólo limitada a otros cometidos, aunque por la misma razón hayan intervenido de forma importante en la delimitación de los contenidos de las materias dominantes en el momento actual en la publicación, que es el órgano de expresión de una "sociedad de sociedades" más amplia, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

Esta fue creada en 1987, con un apoyo decidido de parte de los responsables del Ministerio de Sanidad socialista inmediatamente posterior a la Ley General de Sanidad, que probablemente trataron con ello de aglutinar a quienes, sin preparación específica para ello, y por razones de afinidad política, se incorporaron a la gestión de la sanidad a partir de 1982. Es en el momento actual el cajón de sastre que reúne, principalmente a través de diversas sociedades[3], a cuantos desarrollan su actividad profesional en los campos que dan nombre a la sociedad "nodriza". Campos que, por otra parte, coinciden con los términos de la denominación con la que se pretendió crear un cuerpo superior sanitario, al que se ha hecho referencia anteriormente.

La evolución de las SESPAS, y su situación actual[4], ponen de relieve la

[3] Son escasos los miembros que pertenecen directamente a la SESPAS y que no lo hacen a través de otras sociedades interpuestas, de las que la de Economía de la Salud es la más activa.

[4] Un ejemplo son sus congresos bianuales, cada vez más anodinos y de contenido dotado de menor interés, incluso para sus propios asociados, en especial si se los compara con los organizados con periodicidad más fre-

dificultad de sostener como actividad científica independiente los contenidos de una materia que, constituyendo el objeto de un servicio público teóricamente universal, carece de un "cuerpo de doctrina" propio en nuestro país.

Por otra parte, esa misma carencia de "doctrina" sanitaria ha facilitado que la que se va poco a poco desarrollando, en la línea del mercado y la "liberalización" de la gestión, lo esté haciendo por quienes sí disponen de un cuerpo de doctrina propio, el de la economía. Los aspectos económicos son los que centran el interés actual sobre los servicios sanitarios, constituidos en un sector de interés y desarrollo económico preferente como consecuencia de las perspectivas de rentabilidad que ofrece a las industrias farmacéuticas y de nuevas tecnologías, y a quienes (las empresas de seguros) compiten denodadamente por entrar (y lo están logrando) en la organización de la protección pública.

Que la actividad de cualquier sociedad "científica" de este carácter esté condicionada por el apoyo que reciba de quienes tengan interés en su patrocinio, como ocurre con el resto de las sociedades científicas, que no son otros que los interesados en el desarrollo económico del sector, permite poner en cuestión que el vehículo corporativo sea el instrumento más adecuado para servir de base al establecimiento y mantenimiento de una cultura de servicio público universal como aquel por el que, en apariencia, se había optado en la Constitución de la que nuestro país se dotó.

Algunas conclusiones para el debate

1. Dotarse de un grupo profesional experto en la organización y la gestión de un servicio público de salud, que represente para el mismo el papel propio de su "tecnoestructura", no es una exigencia deducida de las necesidades de quienes puedan componer ese grupo para delimitar un terreno de trabajo propio

cuente por la asociación más activa, la de Economía de la Salud. El órgano de expresión de la sociedad, la Gaceta Sanitaria, tiene, por el contrario, en los últimos años, una inclinación netamente cuantitativa hacia los estudios epidemiológicos, con escasos contenidos relativos a la organización de los servicios sanitarios en el sentido más amplio. La influencia externa de la sociedad se ha tratado de potenciar a través de informes anuales, cuya repercusión en la vida cotidiana de los servicios sanitarios, e incluso en la de los "profesionales" que trabajan en ese campo, no va mucho más allá de los titulares logrados cada año en el momento de su publicación.

al que no pueda acceder el personal de otros grupos, sino ante todo una necesidad imperiosa para que sea posible el mantenimiento de unos servicios sanitarios de las características específicas de un modelo de servicio público, que es por el que se optó en nuestra Constitución.

Ese modelo de servicio público necesita de formas de organización e instrumentos de gestión específicos, que no pueden trasladarse sin más de otros modelos organizativos diferentes, y a su definición y funcionamiento deben prestar una contribución principal quienes hagan de esa labor su dedicación profesional, constituyendo con ello lo que en términos de teoría de las organizaciones se conoce como su "tecnoestructura".

2. En España se puede constatar la ausencia de un grupo profesional de las características mencionadas, lo que cabe atribuir a diferentes razones detectables en el desarrollo histórico más inmediato de los servicios sanitarios, entre ellas la debilidad de los grupos de funcionarios sanitarios, que debían haber contribuido a vertebrar el sistema desde la transición democrática, más aun desde que se dictó la Ley General de Sanidad.

Esa carencia constituye una situación de debilidad objetiva de nuestros servicios sanitarios, y en tanto no se subsane contribuirá a poner en cuestión de manera cada vez más profunda el mantenimiento de la protección sanitaria con el modelo definido constitucionalmente, que con el desarrollo llevado a cabo en los últimos años, más allá de los debates más explícitos sobre "modelos de gestión", y en especial con la implicación cada vez más amplia de las aseguradoras privadas en la gestión de la protección pública, se está poniendo de hecho en cuestión.

3. La organización de cualquier sistema sanitario público se asienta sobre dos pilares distintos: de una parte, las condiciones específicas propias de la prestación de los servicios médicos; de otra, el contexto administrativo, también específico, de cada país. Los profesionales que desempeñan el papel de la "tecnoestructura" en cada sistema sanitario público deben reunir conocimientos y capacidad de actuar en ambos terrenos, y adaptarse en cuanto a su constitución como grupo dotado de una dinámica propia a ambas clases de condiciones específicas.

Cabe deducir, en consecuencia, que para el mantenimiento de las condi-

ciones actuales de nuestro sistema sanitario como sistema público universal sería necesaria la existencia de un cuerpo de funcionarios sanitarios de las características mencionadas, y que el mismo, que no existe en la actualidad, no puede ser sustituido por otros grupos de personal, aunque estos dispongan de una parte limitada de las condiciones y conocimientos específicos a que se ha hecho mención.

4. Por las condiciones de desarrollo sanitario que se han producido en España, una necesidad añadida específica de nuestro país es la de delimitar el acceso a las funciones propias de la tecnoestructura sanitaria, eliminando la posibilidad ahora existente de que se produzca el acceso habitual y privilegiado a los puestos de trabajo en los que se desarrollan esas funciones por parte del personal que desempeña puestos de trabajo de carácter asistencial en el sistema sanitario público, y promoviendo, por el contrario, un sistema de acceso específico a un cuerpo de funcionarios sanitarios que debería ser de nueva creación.

5. La descentralización de la organización y la gestión sanitarias que han tenido lugar en España hace necesaria la creación de un cuerpo sanitario de esas características, que debiera ser llevada a cabo sobre la base del acuerdo de todas las administraciones autonómicas, puesto que se trata de establecer unas bases similares para la organización y la gestión de un sistema que pretende ofrecer protección sanitaria universal, con independencia de qué administración realice su gestión en cada territorio.

Las condiciones podrían formar parte de un pacto como el que se está proponiendo para la sostenibilidad del sistema sanitario. Se trata, por otra parte, de una iniciativa que, a diferencia de otras, como el aumento demandado de la financiación, puede desarrollarse desde el propio sistema sanitario, en cuyo apoyo este y sus responsables deberían actuar de manera armónica y solidaria, frente a las posiciones que podrían adoptar otras áreas (las de administración y las de hacienda, principalmente) de las distintas administraciones públicas suscriptoras del pacto o acuerdo correspondiente.

6. Una iniciativa de las características citadas, que requiere el acuerdo previo sobre el modelo de sistema sanitario que se pretende potenciar en el futuro, así como la eliminación

de la dispersión de modelos que se está desarrollando en la práctica, sólo puede proceder de los responsables políticos de alguna de las administraciones implicadas, de una u otra forma de la administración y de la gestión de nuestro sistema sanitario.

Por su parte, los cuerpos de funcionarios actualmente existentes ocupan todos ellos un lugar subordinado en el sistema, y carecen de cualquier iniciativa en terrenos que tengan una perspectiva más amplia que la mejora concreta de sus condiciones retributivas, lo que les lleva a promover en esa línea medidas que van en sentido contrario a la necesaria diferenciación de la profesionalización de la administración y la gestión sanitaria, en especial frente al ejercicio clínico de las profesiones sanitarias, pero también frente a otros cuerpos propios de otras áreas de actuación de las administraciones públicas.

Las propuestas anteriores se corresponden con un análisis pretendidamente racional, en todo caso discutible, de las "necesidades" de nuestro sistema sanitario. Queda al margen, sin embargo, el análisis de las "oportunidades" y "amenazas", que para adoptar medidas en la línea indicada se dan en el mismo sistema. Me temo que el estudio de unas y otras permitiría constatar como dato fundamental que por parte de ninguno de los agentes políticos de los que, conforme a las conclusiones y propuestas anteriores, deberían esperarse medidas en esa línea, no se da ninguna actitud que permita esperar que se considere siquiera su posible puesta en cuestión.

Lo preocupante de esa situación no es tanto, a mi juicio, que por parte de esos agentes no haya un interés valorable por la profesionalización de la administración y la gestión de los servicios sanitarios, sino que esa actitud puede traducir la misma falta de interés real, por razones e intereses diversos, por la consolidación de nuestro sistema sanitario, al menos con las características de universalidad e igualdad en el acceso con las que se previó la protección sanitaria en la Constitución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mintzberg H. The structure of organizations. Prentice Hall: Englewood Cliffs; 1979.
2. Mintzberg H. Structure in fives. Prentice Hall: Englewood Cliffs; 1983.
3. Rey J. El personal en los procesos de descentralización. En: Rey J, editor. Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
4. Elola J. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990). Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias; 1991.
5. Segura A. Las Escuelas de Salud Pública: entre la nostalgia y el futuro. Rev Adm Sanit. 1998;II(6):109-24.
6. Rey J. Cartas al Director. Rev Adm Sanit. 2000;IV(16):179-86.