
Los recursos humanos, elemento fundamental de cohesión del Sistema Nacional de Salud

Pilar Navarro Barrios

*Secretaria Federal Sector Salud
y Servicios Sociosanitarios de FSP-UGT*

En el momento actual, año 2010, hemos de hablar en plural, de políticas, más que de política de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), teniendo en cuenta que desde el año 2002 existe una completa descentralización del SNS con la consiguiente asunción por parte de las comunidades autónomas (CC. AA.) de las competencias en materia de gestión. Ello confiere al SNS una diversidad y divergencia crecientes que, como analizaremos, conlleva riesgos para la pervivencia del sistema como red sanitaria asistencial con prestaciones dotadas de garantías similares para la globalidad de la población a la que atiende.

El mecanismo de gobierno del SNS en su conjunto consiste en herramientas para la coordinación y la cohesión aplicables a través de decisiones adoptadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

(CISNS) pero no es un órgano de gobierno propiamente dicho.

Asimismo, contamos con normativa básica estatal como importantes herramientas de cohesión en cuanto a recursos humanos: por orden cronológico, Ley de Cohesión y Calidad del SNS, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y Estatuto Marco (EM) del personal estatutario de los servicios de salud del SNS, aprobadas a lo largo de 2003, y Ley 7/2007 del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), aprobado el 12 de abril de 2007.

En este sentido, queremos destacar el avance que ha representado la aprobación del EBEP en lo que respecta a la unificación de normas aplicables al conjunto del personal al servicio de las Administraciones públicas, con independencia de la vinculación jurídica existente (funcionarial, estatutaria o laboral). Y, también, la consi-

deración del personal temporal en régimen de igualdad con el personal fijo con la excepción de la naturaleza de su contrato o nombramiento.

Como bien se conoce, la vinculación jurídica predominante en el SNS es la estatutaria, a la que le es de aplicación el contenido del EBEP, sin perjuicio de su legislación específica, con la excepción.

- Del Capítulo II del Título III (Derechos y Deberes. Código de conducta de los empleados públicos), Derecho a la carrera profesional y a la promoción interna, con la excepción del artículo 20, La evaluación del desempeño.

- En el Capítulo III. Derechos retributivos, de los artículos 22.3 (Definición de las retribuciones complementarias) y 24 (Retribuciones complementarias).

- Y del artículo 84. La movilidad voluntaria entre Administraciones públicas.

Ello conlleva la necesidad de armonizar los dos textos normativos básicos, actualmente vigentes y aplicables al personal estatutario y adecuar el EM al EBEP, manteniendo el EM toda su validez en las materias en las que no sea de aplicación el Estatuto Básico y en aquellas en las que existe un

desarrollo específico y que no contraviene la norma básica. En desarrollo de ambas normas, las CC. AA. podrán dictar normas en sus respectivos ámbitos.

Como ejemplos de mejoras derivadas de la aplicación del EBEP en el personal estatutario, podemos mencionar el reconocimiento de la antigüedad y el pago de trienios al personal temporal, la aplicación del Plan Concilia, la modificación de la clasificación profesional, etc., mejoras que se han aplicado a la globalidad del personal al servicio de los servicios de salud, es decir, al SNS, en tanto las instituciones sanitarias a las que pertenezcan sean de gestión directa o pública.

En el mismo sentido, podríamos hablar del valor añadido que representa el EM como elemento de cohesión del sistema, puesto que ordena y acota cuestiones referidas a movilidad, retribuciones complementarias, carrera profesional y promoción interna. Ello ha permitido la implantación y desarrollo de la carrera profesional en todos los servicios de salud, lo que ha representado un elemento de motivación para la mejora profesional y en el rendimiento y, también, una mejora significativa en

cuanto a retribuciones que se acen-
túa a lo largo de la vida profesional.

Debemos mencionar, por último, la existencia del personal en formación de especialidad en ciencias de la salud por el sistema de residencia, colectivo mayor de 20.000 efectivos en distintos niveles de formación puesto que sus programas formativos abarcan entre 4 y 5 años y cada año se incorpora la nueva promoción a través de una prueba de acceso de ámbito estatal que oferta las plazas estimadas por las CC. AA. en función de su capacidad docente o formadora y de la necesidad de especialistas que consideren con una proyección de varios años.

Hasta aquí, un pequeño esbozo de los medios de que disponemos para la cohesión del SNS.

Ahora, conviene hacer una breve referencia a lo que no funciona a pesar de contar con las bases para ello:

- Categorías profesionales: homologación en general y creación de nuevas categorías, elemento indispensable para garantizar la movilidad voluntaria en el ámbito del SNS. Esto no se ha abordado.

- Movilidad voluntaria: los procedimientos debieran efectuarse con carácter periódico, preferentemente

cada dos años, en cada servicio de salud y abiertos al personal de los restantes servicios de salud. Debiera existir coordinación y colaboración entre los servicios de salud en las distintas convocatorias de provisión, selección y movilidad cuando tales convocatorias afecten a más de un servicio, para lo cual la Comisión de Recursos Humanos del SNS establecerá los criterios y principios que resulten procedentes en orden a la periodicidad y coordinación de tales convocatorias, lo que no se ha desarrollado.

- Carrera profesional: la implantación y el desarrollo de la carrera profesional en los distintos servicios de salud han puesto de manifiesto diferencias importantes entre CC. AA. en cuanto a los requisitos de acceso a los distintos niveles, la manera de evaluar los méritos, el ritmo de implantación y la retribución correspondiente. Felizmente, en el BOE de 27 de febrero de 2007 se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del SNS sobre criterios generales de homologación y reconocimiento de los niveles de carrera profesional de los servicios de salud del SNS, lo que supuso un paso a favor de la movilidad en el sistema sin perjuicio o menoscabo de

	Diferencia máximo-mínimo Euros/año		Porcentaje sobre mínimo
Médico adjunto	Murcia 50.615	Navarra 44.593 (6.022 euros)	113,50%
Enfermera hospital	Murcia 32.181	Madrid 25.719 (5.462 euros)	125,13%
Técnico especialista	P.Vasco 24.825	Madrid 16.790 (6.311 euros)	137,59%
Celador ADE	P.Vasco 21.012	Madrid 15.707 (5.305 euros)	133,77%

Tabla 1. Retribuciones fijas, expresadas mediante el Sueldo Anual. SNS 2009.

derechos adquiridos. A pesar de ello, se producen disfunciones en el reconocimiento automático entre servicios de salud y se genera malestar entre los diferentes colectivos por agravios comparativos.

1. Retribuciones: existe un arco de variación salarial muy importante en el SNS, que en 2009, representaba para la categoría-tipo de cada grupo profesional (escogida por importante número de efectivos) lo siguiente:

– En cuanto a retribuciones fijas, expresadas mediante el sueldo anual (tabla 1):

– En cuanto a retribución del exceso de jornada, expresado mediante el valor/hora de atención continuada (tabla 2):

2. Personal en formación de especialidad por el sistema de residencia: Hay que considerar una doble dimensión:

– La de las condiciones laborales del colectivo de trabajadores.

	Diferencia máximo-mínimo			
	Valor/hora laborable		Valor/hora festivo	
Facultativo especialista	Murcia 27,54	Andalucía 18,04 (9,5 euros netos) (152,66%)	Navarra 32,34	Andalucía 20,17 (12,17 euros netos) (160,34%)

Tabla 2. Retribución del exceso de jornada, expresado mediante el valor/hora de Atención Continuada. SNS 2009.

– La que representan como cantera o efectivos futuros para el sostenimiento del sistema sanitario tanto público como privado.

En cuanto al primer aspecto, hay que destacar la rigidez del sistema para lograr la necesaria formación para acceder a la especialidad que se desea ejercer en la proximidad de la residencia habitual y el consiguiente perjuicio para la conciliación de la vida laboral y familiar durante un período importante (4-5 años). Igualmente, resulta difícil lograr cambios de ubicación una vez se ha comenzado la residencia.

Por otra parte, la demanda creciente de formación por parte de profesionales extracomunitarios representa una competencia en aumento para el acceso a la formación de la especialidad que se desea, lo que genera importantes tensiones.

En cuanto al segundo aspecto, continúa la incógnita sobre la suficiencia o deficiencia de efectivos en el actual SNS y con una proyección a 5, 10 o 15 años, por la existencia de declaraciones contrapuestas y la ausencia de un registro sobre los profesionales existentes en la actualidad, dentro y fuera del SNS y a caballo entre éste y el ámbito privado. Esto

ocurre a pesar de que la normativa vigente contempla la existencia de los registros autonómicos y la integración de la información como responsabilidad ministerial para que dicha información sirva de base a la necesaria planificación de los recursos humanos.

Desconocemos, además, la magnitud de contrataciones o nombramientos de profesionales que están desempeñando funciones para las que no cuentan con la debida titulación de especialidad o la debida homologación de dicha titulación, cuestión que también está generando tensiones y a las que pretende dar respuesta el real decreto sobre homologación de títulos de médicos especialistas de países extracomunitarios, si bien, queda sin abordarse la cuestión de los MESTOS, que siguen existiendo dentro del sistema sanitario.

– Colectivo de enfermeras/os: están sometidos a un proceso de cambio importante a través de la nueva configuración de los estudios básicos de enfermería con el grado, que representa un incremento formativo y, consecuentemente, de responsabilidad. A esto se añade el progresivo desarrollo de las especialidades

aprobadas mediante el Real Decreto 450/2005 que supone una formación añadida y una correspondencia con una demanda de servicios especializados que debe conllevar el consiguiente reconocimiento.

Ambas cuestiones se están manejando, o bien, con escasa planificación, o bien, con escasa transparencia, lo que genera incertidumbres de cara al futuro.

- Colectivos de técnicos superiores sanitarios: encuadrados en España en la Formación Profesional de grado superior, están, sin embargo, en la mayor parte de los países de la Unión Europea situados en la formación universitaria, lo que representa un menoscabo para su dimensión profesional y un impedimento para la libre circulación en la Unión Europea.

- Colectivo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería: encuadrados en un nivel II de formación profesional, la delegación de funciones por parte de los enfermeros y la demanda de una figura con mayor cualificación para el ámbito de la dependencia han llevado al INCUAL a considerar que su formación y desempeño de funciones debe corresponder al nivel III de cualificación según el sistema estable-

cido para la formación profesional, nivel que el Ministerio aún no ha accedido a autorizar.

- Colectivo de celadores: colectivo que accede a su categoría sin ninguna cualificación específica y recibe la necesaria formación en el ámbito laboral, creemos que, en la actualidad, debe ser obligatoria una formación profesional que equivalga a un nivel II de cualificación en la familia sanitaria, recibiendo una denominación del tipo “Técnico en traslado y movilización de enfermos”, aún por definir.

- Colectivo administrativo y de gestión: debiera revisarse, introduciendo categorías específicas en algunos campos de actuación, como informática. En otros casos, como la categoría de auxiliar administrativo, al menos en términos cuantitativos, debiera transformarse en la de administrativo debido al contenido de sus funciones y a la incorporación de tecnologías que han debido asumir en el desempeño de su trabajo

- Colectivo de directivos: consideramos necesario profesionalizar este colectivo y establecer un procedimiento de designación que se base en los principios de la función pública para la selección de personal.

Por último, por lo expuesto anteriormente, desde la FSP-UGT, consideramos prioritario abordar:

1. El desarrollo del diálogo social en el ámbito sanitario, como viene desarrollándose en otros ámbitos.

2. La negociación colectiva en el ámbito estatal y en los ámbitos autonómicos, bajo el principio de buena fe y espíritu negociador, evitando ámbitos fuera de los constituidos legalmente.

3. La aplicación del EBEP, en consonancia con el EM.

4. La homologación de titulaciones en el espacio europeo.

5. La formación y las cualificaciones.

6. Potenciación del sistema de información del SNS.

7. Constitución de un observatorio del SNS como instrumento de trabajo para evaluación del propio sistema, comparación de plantillas en relación con prestación de servicios, productividad, condiciones laborales, información sobre tipos de contratación.