

# Modelo estatutario: bien diseñado, poco operativo

Es preciso un pacto político para eludir su rigidez y la falta de incentivos

Domingo, 19 de enero de 2014, a las 20:55

REDACCION MEDICA. **Javier Barbado / Imagen: Miguel Ángel Escobar. Madrid**

El régimen estatutario que convierte en funcionarios a los profesionales de la salud españoles no peca de un diseño desacertado ni arcaico: es su dinámica la que se ha quedado anclada en el pasado por cuanto entorpece los incentivos para quienes más se esfuerzan y bloquea los cambios estratégicos por medio de la maraña burocrática. Así se deduce de las conclusiones del debate celebrado en la sede de Sanitaria 2000, editora de Redacción Médica, para analizar su vigencia y si es hora o no de cambiarlo, y para el que se han sentado en la mesa a discutirlo el gerente de un hospital madrileño de gestión privada, el presidente de los directivos enfermeros españoles y el vicesecretario general de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM).



De izq. a dcha.: Jesús Sanz, Javier Barbado, Ignacio Martínez Jover y Tomás Toranzo, posan antes de comenzar el debate.

**Javier Barbado, moderador del debate:** Comencemos por la pregunta directa de si, en su opinión, debe o no cambiarse el modelo estatutario para el profesional sanitario en España en este preciso momento.

**Tomás Toranzo, vicesecretario general de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM):** Nosotros creemos que el modelo estatutario tiene plena vigencia y no está totalmente explotado, aunque es cierto que admite unas grandes posibilidades de mejora. Entre otras carencias de las que adolece una vez se aprobó el Estatuto Marco, destaca el hecho de que se hiciese un Estatuto para todo el ámbito sanitario, cuando lo lógico es que, en éste, cada uno tenga unas competencias y unas responsabilidades definidas; sin embargo, nos tratan a todos igual: a los profesionales [de la salud] y a los que trabajan en el sistema sanitario. Ése es uno de los principales déficits que tiene y, si eso se cambiase, creo que el modelo sanitario español, el Sistema Nacional de Salud, en el que prevalece el régimen estatutario, seguiría siendo un modelo de referencia.

**Jesús Sanz, presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE):** Yo creo que, a la hora de hablar sobre si debe prevalecer o no el régimen estatutario, nos situamos en una polémica que no es nueva. Yo creo que es un debate que se ha puesto sobre la mesa sin suficientes elementos de análisis o de estudio, una vez

más. A menudo escuchamos declaraciones que se asientan más en una opinión dada en un momento determinado que en un análisis en profundidad de lo que eso representa.

Si tuviese que responder a la pregunta concreta que se nos hace, diría –y así lo creemos en la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería– que no debe cambiarse per se el modelo de personal estatutario. Coincido con las palabras de Tomás de que hay un gran recorrido en este sentido y de que, antes de planteárselo, debería haber, como digo, un análisis en profundidad de cuáles son los puestos, dentro de la Administración sanitaria (aunque sería extrapolable a los distintos ámbitos de la Administración), que deben ser ocupados por personal funcionario o estatutario, cuáles no deben serlo y, además, hay otra serie de elementos: hablamos de personal estatutario pero también deberíamos hablar previamente de la gobernanza de las instituciones, es decir, cuáles son los criterios con los que se debe organizar, dirigir y gobernar las instituciones sanitarias, ya que, a lo mejor, buena parte de los problemas que se achacan al modelo estatutario están vinculados a la gobernanza de las instituciones.

Es bien conocido que, por parte de las distintas asociaciones del ámbito de la gestión sanitaria, una de las reivindicaciones constantes es la no politización de los puestos directivos, su profesionalización e introducir mejoras significativas que contribuyan a que desaparezcan bolsas de ineficiencia.

Por lo tanto, yo creo que el modelo estatutario tiene un recorrido, pero antes habría que sentar a todos los interlocutores sociales y hacer un análisis, ya que entendemos que, dentro de lo que son las instituciones sanitarias, puede haber puestos o categorías que deben ser personal estatutario o funcionario que garanticen una asistencia y una continuidad en el sistema. Y puede haber otra serie de puestos que no tenga por qué ser sometido a este modelo. Así que un análisis y un consenso previos.

**Javier Barbado:** También nos interesa la opinión del gerente de un hospital que gestiona una empresa privada, ya que no pocos directivos vinculan esta característica a una gobernanza más flexible y eficiente, en la línea de la asociación de ideas que ha hecho Jesús.

**Ignacio Martínez Jover, gerente del Hospital de Torrejón de Ardoz (Madrid):** La verdad es que el hospital que dirijo posee un modelo laboral, como el de otros centros que hay en España: así que hay vida más allá del modelo estatutario. Es una realidad que está ahí y que, evidentemente, nos ha permitido ensayar opciones distintas. No creo que el modelo estatutario sea bueno o malo en sí mismo, sino que se trata de indagar en cuál es su contenido, el cual lo hemos hecho entre todos: cuando los gestores nos quejamos de la rigidez o de la poca flexibilidad que posee el modelo estatutario, en realidad sabemos que, como sus agentes que somos, hemos contribuido a que se haya desarrollado de esa forma.

¿Por qué apostamos por el modelo laboral? Pues, precisamente, porque nos da esa flexibilidad. Yo creo que uno de los elementos principales que hacen que el profesional se sienta identificado con lo que está haciendo lo tiene en el modelo laboral y en su fórmula de retribución. De modo que pagar a todo el mundo por igual tiene el inconveniente de que incentiva poco a determinadas actuaciones o a la consecución de determinados objetivos. ¿Qué esto también se podría hacer con el modelo estatutario? Pues evidentemente sí, pero no es el contenido que se le ha dado, de modo que, al final, para cada uno de los ámbitos en que uno se mueve, se acaba eligiendo aquello que contribuye a alcanzar los objetivos que se ha propuesto.

Yo, sinceramente, espero que, con toda la crisis que nos ha sacudido, se abriera una vez más el debate y se hiciera, además, de una forma concienzuda. Y además creo que así lo está esperando el profesional sanitario, es decir, que la gente espera que seamos capaces de desarrollar el modelo en el que estamos y, al mismo tiempo, que se reconozcan sus funciones y su desempeño. Es labor de todos reconocer las parcelas que le corresponden

a cada profesional y que el trabajo en equipo salga adelante.

En conclusión, lo de menos es el modelo implantado si se consigue tener al personal motivado y si se encuentra una manera de retribuir su esfuerzo.

**Javier Barbado:** Últimamente, sin embargo, el debate sobre el modelo estatutario está más vivo que nunca. Me remito a las recientes declaraciones de los consejeros de Sanidad de Galicia, Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid sobre este asunto, que se resumen en que no es posible que todos los trabajadores cobren lo mismo con independencia de cómo lo hagan o de cuánto tiempo le dediquen a su labor.

**Tomás Toranzo:** Yo creo que son [declaraciones] malintencionadas. Cualquier vínculo laboral que esté bien reconocido, que reconozca las peculiaridades de cada profesional, puede ser bueno, es decir, no se puede criticar ni un modelo ni otro. Ahora bien, el modelo estatutario es el prevalente en el Sistema Nacional de Salud, el cual tiene muchos problemas pero la relación laboral no es el principal precisamente, sino la politización y su utilización como arma electoral, como puede verse con estas declaraciones o con cualquier representante de un partido político que, en función de la comunidad en la que esté, diría cosas distintas en función de si está en el poder o en la oposición.

Parece mentira que, en concreto, el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid (porque con la consejera de Galicia he hablado yo mismo y casi puede decirse que le han atribuido esas declaraciones sin haberlas dicho) [haya declarado tal cosa]. El modelo estatutario ha hecho que el Sistema Nacional de Salud sea referente en Europa, el más barato, que, a pesar de los políticos, tenga una enorme calidad. Y el principal defecto que se le atribuye, el de la rigidez, es totalmente falso, porque puede ser igual de flexible que cualquier otro modelo de relación laboral. Así, uno de los reproches antes comentados que se la hacen en el sentido de que retribuye igual a todo el mundo... también es mentira.

Por el contrario, el modelo tiene una serie de conceptos que permiten discriminar la retribución en función del mérito y del desempeño –la productividad variable– y tiene la carrera profesional. Lo que pasa es que se han hecho mal, precisamente, por no discriminar entre profesiones. Y, por otro lado, es curioso que todo el mundo hable de que no se puede retribuir por igual a todos los profesionales –y decía el consejero de la Comunidad de Madrid que eso no sucede en el resto de Europa–, y, cuando llega la crisis, el sistema de incentivos es el primero que se quita del modelo estatutario.

En efecto, con la crisis, en todos los sitios se ha eliminado la productividad variable. ¿Dónde está su discurso?: por un lado dicen que hay que retribuir en función del desempeño, y, por otro, eliminan uno de los pocos elementos de que se dispone para reconocer la diferencia. ¿Por qué lo hacen? Pues porque están a lo políticamente correcto e incluso, a veces, a desprestigiar el propio sistema con intereses que nos hacen sospechar continuamente de nuestros dirigentes políticos.

El modelo estatutario posee plena vigencia, permitirá al Sistema Nacional de Salud volver a ser una referencia siempre que la ley que se publica en el Congreso de los Diputados y en los Parlamentos autonómicos se aplique tal y como se escribe. Nunca casa en sanidad el discurso de los políticos con la realidad. Los gerentes están totalmente entregados al poder político: en realidad, no pueden ejercer como tales, ya que prima más el interés político que la labor gerencial. Y los profesionales siguen manteniendo, a pesar de todo ello, muy buenos resultados. El modelo estatutario permite el desarrollo profesional, la retribución por buenos resultados y la flexibilidad... siempre que se aplique.

**Jesús Sanz:** Me alegra oír a Tomás su posición a favor de la retribución variable; yo estoy absolutamente convencido de aplicarla. Cuando he estado en puestos directivos dentro de instituciones públicas, he sido un firme defensor de ello pero no siempre había, al otro lado de la mesa, sindicalistas dispuestos a aceptar el mismo planteamiento, lo cual me permite

retomar algunas de las reflexiones que ha hecho Ignacio anteriormente. Por tu parte, Javier, planteabas que el debate sobre el modelo estatutario lleva muchos años sobre la mesa. En mi opinión es así, en efecto: somos muchos los agentes que hemos contribuido a llegar a este punto.

Antes yo hablaba de la gobernanza. El modelo de liderazgo, la fórmula gerencial, cómo se adoptan las decisiones estratégicas y las operativas, quién está de gerente, de director médico, de director de Enfermería, de director de Gestión en una institución... todo ello va a condicionar mucho los objetivos de esa organización con independencia de que esté regida por un modelo estatutario o laboral (también existen empresas con este último que fracasan y no son muy eficientes): el resultado final no depende sólo del marco.

Pero así como desde la gobernanza [del SNS] ha habido errores que han conducido a sus ineficiencias, yo diría que los propios sindicatos, durante amplios periodos de tiempo, no han asumido toda su responsabilidad en la defensa de este modelo. Por eso decía que me alegraba de oír a Tomás: ha habido momentos en los que la Administración ha propuesto la retribución variable y ha habido sindicatos que se han postulado en contra de ella, así que no se ha facilitado siempre esta facilidad que ahora se reclama al modelo. Por lo tanto, hay una corresponsabilidad de todos los agentes –como muy bien decía antes Ignacio– para llegar a esta situación. En estos momentos en los que disponemos de diferentes modelos organizativos en los hospitales (los hay con modelo laboral, estatutario...), si hubiese una adecuada libertad en la toma de decisiones estratégicas, podríamos comparar los resultados. No es objeto de este debate, pero resulta evidente la imposibilidad, en la actualidad, de comparar resultados entre instituciones, que es lo que permitiría saber qué modelo es mejor.

Así que está bien poner el asunto sobre la mesa, pero no a partir de una frase o idea más o menos brillante, sino a partir de un análisis de cómo funcionan las instituciones que poseen un modelo u otro; lo que está claro es que, con la fórmula estatutaria, el Sistema Nacional de Salud ha cosechado unos excelentes resultados, pero también es cierto que habría que dotarle de una flexibilidad que no tiene. Creo que esto último es posible mejorando la gobernanza y exigiendo una corresponsabilidad de los profesionales y de los sindicatos, que son [éstos] los que se sientan al final con la Administración para negociar las subidas salariales, las retribuciones, etc. Ha de haber aquí una corresponsabilidad si se apuesta por el modelo, que incluya desde el consejero al último profesional de la institución.

**Javier Barbado:** Si estoy en lo cierto, el modelo Alzira que rige, por ejemplo, en el Hospital de Torrejón de Ardoz de Madrid,

**Ignacio Martínez Jover:** En primer lugar, estoy de acuerdo con Tomás en el asunto de la política: la sanidad es muy sensible y nuestros actores sanitarios, por desgracia, a veces toman decisiones movidos por la urgencia electoral en lugar de por motivos de calado que permitan con el desarrollo de los años llegar adonde todos queremos ir. Todos echamos en falta un poco más de sensibilidad, de planificación y de tolerancia: la suma de todas estas cosas haría que el sistema avanzara con el tiempo. Haría falta, pues, un gran pacto de 'los de arriba'. Pero creo que, hoy en día, eso es muy complicado y todos vemos situaciones encontradas; aquí en Madrid, por ejemplo, hemos vivido la 'marea blanca' con toda la tensión que eso presupone.

Me alegro de que todos estemos de acuerdo con que la productividad variable sea un factor por tener en cuenta. Y añado un factor más: que se haga en una cuantía importante. Yo he vivido en otros hospitales con regímenes estatutarios la situación de tener que repartir productividad variable a partir de una serie de criterios y, realmente, aunque la cantidad sea poca, a los profesionales les agrada que exista esa diferencia, porque todos vemos en el hospital quien se está dejando la piel y quien mantiene una postura distinta. Hablar de porcentajes de retribución variable que rondan el 20 o 30 por

ciento es importante, pero ha de ser con criterios acordados a partir de cuestiones objetivas, no vale decir: "A mí me cae bien éste o aquél". No puede ser que el sistema sanitario español que, según vemos año tras año, posee unas grandes cualidades y ha hecho aumentar la esperanza de vida, se quede sin un acuerdo de todos.

De hecho, hay comunidades como Cataluña que disponen de una Central de Resultados, aquí en Madrid se va a presentar en breve el Observatorio de Resultados... De modo que cualquier persona a poder entrar en internet y tener acceso a 80 o a cien indicadores por hospital que le permitirán formarse una opinión, y todo eso va a ser positivo.

Por último, respecto a la pregunta del modelo Alzira, ya han pasado doce o trece años [desde que se implantó por primera vez en la Comunidad Valenciana] y se han creado desde entonces más concesiones administrativas en el país y yo espero que la transparencia en los resultados contribuya a que el debate sea cada vez con más contenido, es decir, que no se llegue a las disparatadas conclusiones de que "todo lo público es bueno" o de que "todo lo privado es malo"; eso no tiene sentido porque lo importante es el trabajo que realizan los profesionales. Yo el ejemplo que puedo poner es el del hospital que dirijo el cual, en su primer año completo de funcionamiento, 2012, recibió el premio de los TOP 20 como mejor centro de su categoría a partir de toda una serie de indicadores como el índice de mortalidad, la calidad del trabajo de los profesionales, los ingresos o complicaciones...

Todo ello marca un camino, y a mí me gustaría que, si se tiene la posibilidad de ofrecer al profesional una retribución acorde a unos incentivos que lo motiven para cumplir objetivos alineados a las metas del centro, se lleve a cabo.

En mi hospital, hay enfermeras y técnicos de radiología que están haciendo ecografías, por ejemplo, y no pasa nada; o matronas que asisten y dan de alta a embarazadas... Y lo hemos hecho, eso sí, porque, dentro del hospital, ha habido un consenso para que eso se pudiera hacer, y los médicos, enfermeras, técnicos... trabajan como un equipo. Así que lo de menos es el modelo y lo de más que es que la gente esté motivada para hacer su trabajo, máxime en el mundo de la salud, donde los oficios son vocacionales.

**Tomás Toranzo:** El hecho de que haya enfermeros y técnicos que hace ecografías no puede basarse en el consenso; las profesiones sanitarias están reguladas por ley y, precisamente, uno de los debates vigentes hoy día es el de que somos profesiones reguladas: por eso hemos estado hablando de la colegiación obligatoria, por ejemplo. Y hay competencias que son inherentes a una profesión porque existe un proceso formativo que se las otorga.

Habrán médicos que diagnostiquen muy mal, y habrá enfermeras y técnicos que lo hagan muy bien, pero cada uno tiene que asumir sus competencias, porque es una garantía para los pacientes que les otorga su formación. Y yo creo que ése es uno de los objetivos que tienen los modelos laborales: el de que, teniendo que optimizar una serie de cuentas y obtener una serie de resultados, exprimir al máximo las competencias profesionales. Y eso es necesario para la seguridad de los pacientes: no vale delegar competencias que no se pueden delegar.

**Jesús Sanz:** Estoy completamente de acuerdo en ese asunto. Creo que las competencias que tienen en este momento las enfermeras, a partir de la nueva titulación de Grado, permiten asumir mucha responsabilidad en el proceso asistencial. También existen guías clínicas que lo establecen, y, en todo caso, las leyes marcan unas fronteras claras entre los profesionales sanitarios, pero, a veces, esa separación no está tan bien definida. Hay un territorio fronterizo en el que ambas profesiones pueden compartir algunas de las competencias, y, en esos ámbitos, sí se puede dar una posición colaborativa, sin entrar a valorar si eso es lo que sucede en el ejemplo que ha puesto Ignacio.

**Ignacio Martínez Jover:** Eso mismo es lo que he pretendido transmitir. El trabajo que se realiza en un centro u hospital ha de estar cimentado por un equipo, y yo creo que el desarrollo de las competencias y la formación han de permitir que eso se pueda hacer. Yo lo he puesto como un ejemplo de evolución en nuestro sistema sanitario, que cuentan con unos profesionales muy bien formados. Es como si discutimos que los médicos de urgencias o de un centro de salud pueden hacer o no una ecografía. Yo creo que ese tipo de cosas permiten dotar a tus equipos de una mayor polivalencia, versatilidad y resolución. Y todo ello realizado, evidentemente, en un marco de seguridad.

**Tomás Toranzo:** Pero yo creo que éste es, precisamente, el debate del modelo estatutario frente al laboral. Este último es un modelo totalmente transversal que lo mismo vale para una fábrica que para un hospital; el modelo estatutario del que hablamos aquí es específico del sistema sanitario y tiene el hándicap de que no distingue entre profesiones – que ya es algo grave– pero sí especifica funciones, y, aparte de éstas, existen otras características recogidas, por ejemplo, en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Pero las críticas al modelo estatutario de rigidez se pueden convertir, en el otro modelo, en una excesiva flexibilidad y la búsqueda de la rentabilidad económica, y, precisamente, en otros países como Estados Unidos, se ha demostrado que la carencia de médicos hace que determinadas profesiones como los ‘parasanitarios’, por ejemplo, asuman funciones que en otras naciones hacen solo los facultativos, y los resultados son mucho mejores en éstas, es decir, donde lo hace quien tiene la competencia formativa.

En el sistema sanitario español hay confrontación entre si se hacen o no ecografías en urgencias por parte de distintos especialistas pero el diagnóstico, desde luego, está reservado a la Medicina, y no vale que haya muchos o pocos médicos para cambiar ese criterio. La competencia se demuestra por un registro profesional y unas leyes que imponen una colegiación obligatoria: todo eso no puede basarse en el mero consenso porque crea una enorme inseguridad jurídica.

El sistema estatutario es eficiente; lo que sucede es que eso no se demuestra en toda su extensión. Algunos ejemplos son la retribución variable, la carrera profesional, la formación continuada... Pero, al mismo tiempo, el sistema ha de aportar seguridad y estabilidad, y es, de hecho, el único modelo que garantiza la independencia profesional estrictamente siempre que esté despolitizado y primen los intereses de los ciudadanos. En este sentido, el modelo estatutario de gestión directa es el que más puede aportar al sostenimiento económico del Sistema Nacional de Salud. Y todo lo demás son artificios y engaños que se hacen para rentabilizarlo en beneficio de otros y eso, como profesionales, tenemos que defenderlo.

**Ignacio Martínez Jover:** Preguntemos al paciente. En la última encuesta hecha a los usuarios del Hospital de Torrejón de Ardoz, el 95 por ciento se mostró satisfecho. Declara estar encantado porque se les trata como a personas, somos muy accesibles y se están encontrando con una organización orientada a los buenos resultados. Pero éstos, además, son de calidad, y eso es algo que se puede enseñar sin ningún tipo de problema.

Por otra parte, el modelo estatutario lo hemos encorsetado entre todos empezando por el gerente que no se atreve a diferenciar y premiar con productividad variable al que trabaja más, y terminando por el sindicato inflexible que es incapaz de defender el interés de la mayoría y lo que va a defender es el de una persona en concreto aun cuando eso vaya en detrimento de todo. Los modelos tienen que evolucionar y, lo que ha servido en las nuevas fórmulas de gestión indirecta, ha de aprovecharse como experiencia. Siempre pongo como ejemplo que, en el caso del Hospital Torrejón de Ardoz, 85.000 personas se presentaron para optar a trabajar en él. Es decir, el profesional sanitario sí tiene interés en este tipo de modelos que, por supuesto, también sirven para generar nuevos puestos de trabajo.

**Jesús Sanz:** Creo que hay que hacer evolucionar el modelo estatutario con la complicidad de todos, en efecto. Ha de evolucionar en la responsabilidad y en el compromiso. Creo en este modelo, que no es incompatible con que existan otros y que se comparen los resultados.

**Javier Barbado:** Pero da la sensación de que eso ya se está produciendo, es decir, hay cosas como, por ejemplo, la plaza en propiedad, que parecen desaparecer del mapa (los médicos jóvenes acceden a contratos eventuales que, como mucho, se llegan a convertir en interinos, y todo ello en el contexto de la crisis económica. ¿No está el modelo evolucionando ya y, en ese caso, adónde creen ustedes que camina?

**Tomás Toranzo:** Todo el mundo aspira a cierta estabilidad y seguridad, y no a proyecto a corto o medio plazo, sino a largo plazo y que permita el desarrollo y ejercicio de la profesión. Aquí, en la Comunidad de Madrid, van ahora a sacar unas plazas para interinos y van a prolongar el contrato laboral que se hacía por trimestres a un año de duración. No se pueden permitir contratos eventuales de tres meses: eso no es bueno ni para el sistema ni para el profesional ni para el paciente porque no te permite implicarte en los objetivos comunes; la estabilidad debe estar tanto en el modelo estatutario como en el laboral.

Desde 1995, en realidad, estamos en el mismo debate. Cuando se propuso la productividad variable entonces, nos engañaron los gerentes: aportaban incentivos sólo si disponían [del dinero].

**Jesús Sanz:** En 1995 conozco a gerentes que no engañaron.

**Tomás Toranzo:** Nunca hemos tenido acceso a la información relacionada con los contratos de gestión; nos dicen cómo vamos a mitad del ejercicio, y, entre tanto, hablan de gestión clínica para engañarnos.

#### **Ronda de Conclusiones:**

**Ignacio Martínez Jover:** Lo importante es que todos los agentes encontremos el camino, la manera, y éste es un buen momento para hacerlo porque la crisis te obliga a replantearte todas las cosas. El nuevo modelo, por otra parte, no puede basarse únicamente en recortes, es decir, ése no es el camino. De modo que yo pediría a todos los agentes la corresponsabilidad suficiente como para encontrar aquellos caminos, asuntos o temas que permitan que nuestro sistema sanitario siga hacia adelante.

**Jesús Sanz:** En la misma línea, empezaría con la palabra 'consenso', sea para sacar de la agenda política la confrontación del día a día, sea para situar el debate o el consenso sobre el sistema sanitario por encima de ideologías. Éstas existen pero ha de haber un consenso básico a partir del cual el acuerdo sea posible. Y a partir de ahí, se deben destinar los recursos necesarios para que el sistema sanitario sea viable, determinar la cartera de servicios que debe dar y, para ceñirme al elemento conductor del debate, el modelo estatutario, compromiso y responsabilidad por parte de todos los agentes: profesionales, sindicatos, gestores, administradores... Sin ello será imposible que el modelo estatutario o el laboral salgan adelante.