

*La política de personal en la sanidad pública: ¿flexibilidad sin control ni medicina?**

Benito ARRUÑADA
Catedrático de Organización de Empresas
Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)

Revista de Administración Sanitaria, 3(12), octubre-diciembre, 1999, 95-119.

Resumen

El presente artículo analiza las políticas tendentes a “flexibilizar” la gestión de la sanidad pública. Para ello, toma como eje la reciente propuesta de reforma del Estatuto del personal sanitario, a la vez que presta atención a la dimensión autonómica del asunto, esto último con el fin de ponderar la conveniencia de una política de personal más o menos homogénea en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Las propuestas de reforma al uso padecen dos graves defectos. Por un lado, pretenden aumentar la flexibilidad gerencial y la descentralización, pero sin un correspondiente desarrollo de la responsabilidad y el control de las decisiones. Por otro lado, otorgan escaso protagonismo a los médicos e incurrir por ello en una incongruencia radical, al ignorar la naturaleza esencialmente profesional de la actividad sanitaria.

Se argumenta en estas páginas que la descentralización y la flexibilidad gerencial deben ir acompañadas por controles más eficaces de los decisores, ya funcionen estos controles a escala individual o de centro. Se defiende también la necesidad de integrar la dimensión profesional como restricción básica e insoslayable de cualquier diseño organizativo que pretenda racionalizar y hacer viable el sistema. El análisis se fundamenta en la comparación con otras organizaciones, tanto sanitarias como no sanitarias y tanto públicas como privadas. Por un lado, la correspondencia entre delegación de decisiones y control es un lugar común en la administración de empresas y en la gestión pública. Del mismo modo, es sabido que todas las organizaciones profesionales (desde firmas de abogados a auditores, consultores o banca de inversiones, y no sólo en el sector privado), adoptan estructuras organizativas en las que son los profesionales más cualificados, y no una “superestructura” gerencial, quienes

* Este estudio ha contado con el apoyo de la Escola d'Administració Pública de Catalunya.

desempeñan los papeles centrales, tanto en la toma de decisiones como en la asunción de riesgos y responsabilidades.

Ambas recomendaciones posiblemente sean obvias para quien observe el sistema sanitario desde fuera. Este observador externo tal vez se pregunte entonces por qué no se aplican en el ámbito de nuestra sanidad pública. Una posibilidad es que el contenido de los planes reformistas responde a una mera confluencia de intereses privados — gerenciales, sindicales y políticos. Apoya esta conjetura el que tanto la ausencia de medidas para mejorar el control (y hacer así posible, eventualmente, una flexibilidad responsable) como la desprofesionalización favorecen esos intereses, al menos en el corto plazo. Esta interpretación es coherente, asimismo, con la formulación recurrente de planes que no llegan a ser promulgados o aplicados, a veces incluso tras haber sido “consensuados” en el ámbito sanitario. De confirmarse dicha hipótesis, el fracaso de estos reiterados intentos de reforma obedecería a que la coalición de intereses privados que los propugna no ha sido, hasta ahora, capaz de superar restricciones políticas de orden más general y, probablemente, más representativas del interés público.

Por lo que se refiere a la vertiente autonómica de la gestión del personal, al valorar las consecuencias de una política diferenciada conviene atender de forma conjunta a la fragmentación que se produce en el mercado interno de trabajo y a los efectos reales de una remuneración sólo aparentemente desigual. En principio, cabría pensar que la igualdad retributiva nominal comporta una desigualdad de la remuneración real cuando existen diferencias notables en el coste de la vida y el precio de los recursos en distintas áreas geográficas. Estas diferencias podrían justificar niveles de retribución diferenciados, sobre todo ante la escasa movilidad geográfica del personal; movilidad que, de ser elevada, permitiría equilibrar las desigualdades de remuneración anual mediante cambios de destino a lo largo de la carrera profesional. Esta conclusión teórica se compadece mal, sin embargo, con los indicios empíricos. Por un lado, la escasa movilidad del personal parece ser consecuencia de que se han introducido todo tipo de barreras a la entrada, con el fin de reducir la competencia y facilitar así la continuidad de los trabajadores ya empleados. Alternativamente, los servicios autonómicos podrían haber optado por soluciones organizativas tan diferentes entre sí que hubieran hecho necesario establecer carreras profesionales también diferenciadas e inconexas. Se observa, por el contrario, que la diferenciación real es mínima y, por tanto, las barreras son escasamente justificables. Por otro lado, las variaciones retributivas tampoco han respondido, hasta ahora, a diferencias en el coste de los recursos, sino que la descentralización ha estado asociada, simplemente, a incrementos retributivos. Ambos indicios empíricos dan pie a pensar que la descentralización ha facilitado un cierto grado de “captura” de los órganos reguladores por intereses locales. Vienen así a confirmar, también en este terreno, nuestras dudas sobre la conveniencia de aumentar la flexibilidad sin antes mejorar la eficacia de los controles compensadores. De cara al futuro, una parte fundamental de la solución consiste, probablemente, en ligar de forma más estrecha la toma de decisiones y la responsabilidad presupuestaria.

Flexibilidad sin control

En abril de 1998 la comisión de gestión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud alcanzó un consenso para promover que se promulgase con rango de ley un nuevo Estatuto-Marco del personal de la sanidad pública¹. En síntesis, el objetivo del proyecto era mejorar la eficiencia y para ello pretendía introducir mayor flexibilidad, lo cual hacía tanto de forma directa como indirecta. Directamente, otorgaba mayor poder a los gestores sobre los funcionarios². Indirectamente, articulaba un procedimiento que facilitaría el que estos últimos optasen por convertirse en empleados laborales. Junto con esta secuencia de medios y fines, el proyecto se caracterizaba por una ausencia no por reiterada menos notable, pues olvidaba que todo diseño organizativo que aspire a ser eficiente en el ámbito sanitario ha de tener en cuenta como elemento básico el carácter profesional de la actividad, centrado en la tarea médica.

Esta propuesta normativa ha seguido el mismo curso que sus precedentes y es de esperar que tampoco llegue a cristalizar como Ley³, si bien ha servido de base a una norma parcial en esta materia⁴. Sin embargo, no por ello merece menor atención, pues su contenido, así como

¹ El análisis se basa en el “Borrador para un Estatuto-Marco del personal estatutario de los servicios de salud”, documento elaborado por el grupo de trabajo de la Comisión de Gestión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, abril de 1998. Este trabajo se basa en la primera versión del proyecto. Con posterioridad, se han elaborado versiones modificadas. No obstante, los cambios introducidos no parece que puedan afectar el análisis, tanto porque no modifican la dirección de la reforma como por su escasa entidad, al menos si al valorarlos nos atenemos a las referencias publicadas en la prensa especializada. Pese a su carácter de “marco” y a que en muchas materias se remite a posteriores regulaciones de ámbito autonómico, el borrador contiene 59 artículos y 15 disposiciones complementarias, lo que da una idea de su prolijidad.

² Aunque jurídicamente sea incorrecto hablar de “funcionarios” (por ejemplo, es competente la jurisdicción laboral), desde el punto de vista económico y gerencial el llamado personal “estatutario” de la sanidad pública es a nuestros efectos asimilable al personal funcionario de la Administración Pública.

³ La elaboración del Estatuto-Marco tiene una larga historia, pues se inicia con el mandato contenido en ese sentido en el artículo 84 de la Ley General de Sanidad, de 1985, y desde entonces han sido numerosos los proyectos al respecto, así como las normas parciales que sí han llegado a promulgarse sobre materias relacionadas (incompatibilidades, Ley 53/1984; órganos de representación, leyes 9/1987 y 7/1990; sistema retributivo, Decreto-Ley 3/1987). Es significativo que este Estatuto-Marco haya de promulgarse con rango de Ley, mientras que los tres estatutos que vendría a sustituir tienen rango de Decreto (el de médicos, que data de 1966) o de Orden Ministerial (los de enfermería y personal no sanitario, promulgados en 1973 y 1971, respectivamente). Este imperativo es consecuencia de una sentencia del Tribunal Constitucional, de 11 de Junio de 1987, sobre la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública, en la que se decide que el estatuto de los empleados públicos sea aprobado no por el Gobierno, como prevenía en este caso la Ley General de Sanidad, sino por Ley. Ciertamente, se introduce así una mayor rigidez, pero se gana, a cambio, en estabilidad y garantías frente a la eventual proclividad aventurera de algún futuro Gobierno.

⁴ Se trata del Proyecto de Ley de selección y provisión de plazas de personal estatutario de los servicios de salud, aprobado por el Pleno del Senado el 15 de septiembre de 1999, cuya

la propia reiteración en el intento y en el fracaso de legislar en este campo, alertan sobre la posible existencia de conflictos y problemas sistemáticos en la elaboración de normas en esta materia. De confirmarse esta hipótesis, las posibilidades de una reforma sensata de la sanidad pública serían muy reducidas. Además, el asunto trasciende el ámbito del proyecto y también el de la propia sanidad, para afectar a muchos intentos engañosamente modernos de reformar la administración y los servicios públicos, intentos que tienen igualmente escasa concreción real.

Se intentaba en el proyecto de Estatuto-Marco introducir flexibilidad tanto en sentido vertical como horizontal y disciplinario. Como mal menor, era y es dudoso que esta flexibilidad teórica llegara a concretarse en la práctica. Si en el sector público no se toman ya medidas asignativas y disciplinarias no es por escasez de medios jurídicos. Por ejemplo, apenas se hace uso del amplio margen de flexibilidad que permite el régimen del personal interino. Existe por ello el riesgo de que la mayor discrecionalidad tienda, en la práctica, a emplearse tan sólo como “sanción legal”. Suele ocurrir así con muchas normas que, por ser ingenuamente exigentes, rara vez se cumplen y, en el peor de los casos, sólo acaban siendo aplicadas como mero instrumento de represalia⁵.

Especialmente en las condiciones establecidas en el proyecto de Estatuto, no sería de lamentar este fracaso de los propósitos flexibilizadores. El motivo es que no se refuerzan, paralelamente, los controles sobre quienes han de decidir. Un ejercicio más discrecional de la autoridad puede ser deseable en muchas ocasiones, pero siempre exige mejores controles. Entre otros factores, ha de tenerse en cuenta que la independencia del funcionario sirve al ciudadano como garantía contra las eventuales arbitrariedades de los decisores públicos. Cierto es que el funcionario abusa a menudo de su independencia en beneficio propio. Pero el remedio no consiste en suprimir su independencia y aumentar la discrecionalidad de políticos y gestores, sino en evitar el abuso, *todos* los abusos, tanto los de los funcionarios como los de los demás decisores. Para ello, es preciso que el diseño organizativo sea más equilibrado y que facilite el control mutuo entre los diversos grupos de decisores.

Sin embargo, no parece ser ésta la filosofía que inspira las opciones que se suelen manejar hoy en día. Por ejemplo, con el comentado proyecto de Estatuto-Marco, seguramente perderían importancia las restricciones reglamentarias y judiciales que hoy por hoy garantizan cierta independencia de los profesionales funcionarios, a la vez que limitan la actuación de los gestores y políticos sanitarios. De hecho, el único control que se refuerza en este proyecto es el ejercido por los sindicatos, cuyos intereses no siempre coinciden con el interés público, por lo cual es incluso discutible si su naturaleza es la de control social o más bien la de una apropiación privada⁶. Es más, a estas alturas parece poco aventurado conjeturar que las

publicación es inminente cuando esto se escribe. Más en general, diversos elementos de esta reflexión son aplicables a reformas y propuestas de mayor envergadura y amplitud, como es el Proyecto de Ley del Estatuto básico de la función pública, que se encuentra en el inicio de su tramitación parlamentaria cuando esto se escribe (*Boletín Oficial de las Cortes*, núm. 177-1, 5 de julio de 1999).

⁵ En este sentido, es poco tranquilizador el exhaustivo listado de supuestos sancionables (sus tres artículos contemplan de forma explícita 21 faltas muy graves, 14 graves y 6 leves, respectivamente), que contrasta con la parquedad del procedimiento disciplinario, en el que se incluye una modalidad sumaria para las faltas leves.

⁶ Es este tipo de apropiación por todo tipo de participantes en el propio sistema el que debería preocupar a los sinceramente partidarios de la sanidad pública, y no los supuestos intentos,

consecuencias de los consensos político-sindicales son tan o más temibles para el ciudadano que la proverbial ineficiencia del funcionariado. En un ámbito profesional, como es el de la sanidad, el riesgo es aun más grave, pues los sindicatos (únicos representantes laborales en las “mesas” que habrían de negociar con los políticos, de acuerdo con el proyecto⁷) son escasamente representativos de los profesionales más cualificados: los médicos.

Medicina sin médicos

Uno de los aspectos más llamativos, tanto de este proyecto de Estatuto como de la mayoría de sus predecesores, es el que apenas tengan en cuenta la especificidad profesional de los médicos. El texto reglamenta todo tipo de personal, desde celadores a médicos y gerentes (estos últimos por vez primera), sin atender a que su trabajo sea más o menos profesional. Además, organiza el diálogo sólo con las organizaciones sindicales, sin conceder ningún papel a estos efectos a las de tipo profesional. Este olvido es tan radical que impregna incluso la semántica. Así, la palabra “médico” brilla por su ausencia en una ley de 42 páginas que está dedicada a regular el personal sanitario. ¿Se imagina un estatuto del sistema judicial que no mencionase la palabra “juez” o una ley de universidades en la que se optara por obviar el término “profesor”?

Semejante marginación de la vertiente profesional constituye un error tan grave que posiblemente invalida por sí solo los aspectos positivos que pudieran contener las reformas. En todo el mundo, la organización de los servicios sanitarios, tanto privados como públicos, está condicionada por el papel fundamental y especial que representan los médicos en el proceso de atención al enfermo. Cuando las organizaciones sanitarias viven en competencia, son ellos, los mayores expertos profesionales —pero no el resto de los trabajadores— quienes ostentan los principales derechos de decisión y son también ellos quienes corren, a menudo, con el riesgo económico⁸.

ensayos o avances “privatizadores” que, de tener realmente ese propósito, habría que juzgar por sus consecuencias empíricas reales y no por la etiqueta con que se los presenta o, más a menudo, se los denigra.

⁷ Por cierto, la de ámbito nacional constituiría un pequeño parlamento, pues formarían parte de ella 20 políticos y 20 representantes sindicales, con un total de 41 miembros, si se cuenta su Secretario. Incluso el coste directo de su funcionamiento sería considerable.

⁸ Podría argumentarse que, como los médicos de la sanidad pública no asumen riesgos estrictamente económicos, no tiene sentido que ostenten semejantes derechos de decisión. Ciertamente, en la medida en que se mantenga semejante pauta, según la cual los médicos no asumen ese tipo de riesgos, sus decisiones han de estar sujetas a un sistema artificial de control, como sucede en todo tipo de organización cuando se separan en personas distintas los derechos de decisión y los de propiedad (o, lo que es lo mismo, las consecuencias patrimoniales de las decisiones). Sin embargo, eso no justifica la pretensión de reducir las competencias decisionales de los médicos ni de organizar el sistema gerencial y de control prescindiendo de su papel central en el proceso productivo. Es más, esa *pretensión* no afecta generalmente más que a la definición formal de la autoridad, pues el poder sigue de hecho residiendo en gran medida en los profesionales, al no haberse modificado el proceso productivo, que es el origen de dicho poder. Adicionalmente, ha de tenerse en cuenta que la

Sucede así, por lo demás, en todos los servicios profesionales. La importancia de esta restricción organizativa es tan determinante que las empresas y “firmas” de estos sectores suelen organizarse como sociedades cuyos únicos socios son los profesionales de mayor nivel. Es éste el caso, por ejemplo, de los bufetes de abogados, como Garrigues, de las consultoras, como McKinsey, de las firmas de auditoría, como Arthur Andersen o de las bancas de inversiones, como Goldman Sachs⁹. Todas estas empresas, que son líderes en sus respectivos mercados, están organizadas como cooperativas de sus profesionales más expertos¹⁰, quienes contratan laboralmente al resto del personal, menos cualificado.

Los errores del pasado

El Estatuto ahora propuesto insiste, sin embargo, en una pretensión típica de nuestro sistema sanitario público en los últimos veinte años: la de ignorar el papel del médico en la medicina, papel que constituye una característica central e inevitable de la prestación de servicios sanitarios, sea cual sea el régimen organizativo con el que éstos se prestan. En nuestro país, se inició este camino hace ya años, a través de un conjunto variado de medidas, entre las que se incluyeron las siguientes:

- La degradación de la dirección médica en los hospitales que, de ser dirigidos por un director médico de quien dependían un administrador y la jefatura de enfermería, han pasado a serlo por un gerente con tres direcciones de igual nivel jerárquico (dirección médica, de enfermería, y de gestión y servicios generales). Este cambio radical en el organigrama ha ido acompañado por la dilución de las funciones directivas ejercidas por las jefaturas de servicio hospitalarias, junto con la práctica ausencia de mecanismos formales de consulta profesional al cuerpo médico, tanto a escala de centro o área como a la de servicio sanitario.
- La creación de toda una estructura gerencial que, pese a su aún escaso poder real, ostenta en teoría importantes derechos de decisión¹¹, y cuya dimensión ha aumentado

no asunción de riesgos es sólo una pauta de diseño y, como tal, sí es, por el contrario, modificable. Piénsese a este respecto en que buen número de funcionarios profesionales, como es el caso en nuestro país de notarios y registradores sí asumen el riesgo económico de su actividad, incluyendo el asociado a la productividad de sus socios (los colaboradores que desempeñan tareas más profesionales y que suelen estar remunerados con una participación en los beneficios de la oficina) y sus empleados (los trabajadores menos cualificados). Aunque sin proponérselo, apuntan realmente en esta dirección algunas propuestas recurrentes de reforma, cuando intentan ligar la remuneración de los profesionales a su rendimiento individual o de equipo. Era éste el caso, en especial, del intento de negociar la actividad con los equipos asistenciales mediante “contratos cooperativos” (Ministerio de Sanidad y Consumo, “Contrato cooperativo”, Madrid, octubre, 1992).

⁹ Véase, sobre este particular, el Capítulo 5 de B. ARRUÑADA, *The Economics of Auditing: Quality, Private Incentives and Regulation* (Dordrecht y Boston: Kluwer, 1999).

¹⁰ Obviamente, se maneja aquí un concepto económico de cooperativa, que no el de tipo jurídico.

¹¹ Se ha analizado este extremo, prestando especial atención a las dificultades de la modalidad gerencial más ambiciosa, bautizada como “mercado interno”, en B. ARRUÑADA, “Internal Markets in the Reform of the Spanish NHS: A Comment on the Planners’ Latest

con gran rapidez. En los hospitales públicos, el número de directivos casi se cuadriplica entre 1983 y 1993, al experimentar un crecimiento del 271,66 por 100, que equivale a una tasa acumulativa anual del 20,63 por 100. Este aumento ha sido muy superior al del número de hospitales o al del total de empleados, que sólo se eleva en un 37,46 por 100, y al de diversos indicadores de la actividad asistencial, como las estancias y los ingresos (Cuadro 1). Como consecuencia, el número de directivos por hospital ha pasado en esos años de 2,51 a 10,82, y el de administrativos de 36,08 a 72,04; mientras que el número de empleados por directivo se redujo de 219 a 81 y el de médicos por directivo cayó de 27 a 12. Ciertamente, también en los hospitales no públicos aumentó en esos años el número de sus directivos y administrativos, pero a tasas menores y manteniendo dotaciones sustancialmente más reducidas. La diferencia no es explicable por la dimensión relativa de ambos tipos de centros, que apenas varía. Además, ha de tenerse en cuenta que, por un lado, buena parte de los costes administrativos de los centros públicos son soportados por otros organismos y no necesitan, en principio, buena parte de las tareas administrativas y gerenciales, como las de facturación o financiación. Por otro lado, el aumento de dotaciones directivas de los hospitales públicos ha sido simultáneo al de la dimensión de los centros, por lo que o bien no existen o no se han aprovechado las economías de escala en el uso de estos recursos.

Fantasy”, en J. G. Backhaus, (ed.), *Essays in Social Security and Taxation* (Marburg: Metropolis Verlag, 1997), págs. 429-44; “The Search for Efficiency in the Spanish Healthcare System”, en Varios Autores, *A Mixed Market in Healthcare; A New European Convergence* (Londres: European Policy Forum, 1995), págs. 52-64; y “Sanidad pública: la reforma imposible”, *Revista de Economía*, núm. 11, 1991, 73-9.

Cuadro 1. Índices de productividad aparente de la "infraestructura gerencial" de los hospitales españoles

		1973	1978	1983	1987	1990	1993	Variación anual media 73-93
Directivos por hospital	Públicos	1,71	2,00	2,51	4,11	7,31	10,82	9,66%
	No públicos	1,20	1,61	2,17	2,57	2,99	3,53	5,54%
Empleados por directivo	Públicos	133	202	219	152	110	81	-2,42%
	No públicos	51	58	60	56	54	57	0,58%
Estancias por directivo	Públicos	38.915	38.405	33.757	20.919	12.240	8.485	-7,33%
	No públicos	14.386	13.646	12.460	11.464	10.540	8.809	-2,42%
Ingresos por directivo	Públicos	1.986	2.348	2.326	1.613	1.038	804	-4,42%
	No públicos	929	1.045	942	857	808	726	-1,23%
Administrativos por hospital	Públicos	11,70	25,17	36,08	41,58	61,92	72,04	9,52%
	No públicos	2,52	4,99	8,41	8,28	9,66	10,76	7,52%
Estancias por administrativo	Públicos	5.693	3.058	2.347	2.069	1.446	1.274	-7,21%
	No públicos	6.835	4.413	3.213	3.556	3.261	2.886	-4,22%
Ingresos por administrativo	Públicos	290	187	162	160	123	121	-4,29%
	No públicos	442	338	243	266	250	238	-3,05%

Fuente: Elaboración propia con datos de la *Estadística de Establecimientos Sanitarios en régimen de internado* (INE, Madrid, varios años).

- La instauración de un peculiar sistema de representación, en el que se supone que los médicos son representados por los sindicatos, a la vez que todos los demás empleados de la sanidad pública¹². Esta situación es en parte consecuencia de que, para impedir los sindicatos de cuadros, la regulación laboral española limita de forma drástica la representación de las minorías. Sólo están legitimados para participar en la negociación colectiva los sindicatos que acrediten suficiente representatividad, lo cual exige una audiencia electoral mínima del 10 por 100 en el ámbito territorial y funcional al que se dirige la negociación o bien que cumplan otras condiciones, pensadas para legitimar a los sindicatos estatales y autonómicos cuando no alcancen esa cifra. Como consecuencia de la extensión de este modelo a la sanidad pública, las asociaciones de médicos han carecido de legitimación para actuar como representantes de sus afiliados y éstos han estado representados por sindicatos “de clase”, junto con todos los demás trabajadores. La situación es anómala y única en el mundo (algo que en sí mismo debería ser objeto de reflexión), pues la dimensión profesional del resto de trabajadores es en el mejor de los casos mucho menor (enfermería) y en alguno inexistente (celadores). El régimen legal viene así a otorgar un ineficaz monopolio de poderes de representación, que ha privado a la mayoría de los médicos de cauces formales para dialogar con la Administración. Asimismo, se ha privado de buena parte de sus funciones naturales a los colegios profesionales, lo cual no parece justificable por el hecho de que su funcionamiento y representatividad sean, a su vez, notoriamente mejorables.
- La estructura retributiva ha sido objeto de cambios radicales, consistentes en reducir los incentivos a largo plazo e introducir incentivos subjetivos a corto plazo, cambios que van en dirección opuesta a lo que es pauta general en el ámbito de los servicios profesionales. En este terreno profesional, los incentivos a largo plazo suelen ser más adecuados que a corto porque se requiere un cierto tiempo para estimar el rendimiento y en muchos casos es preciso desanimar conductas fraudulentas¹³. El empleo de estos mecanismos de motivación a largo plazo cuenta también con la ventaja de no requerir evaluaciones frecuentes del rendimiento, evaluaciones que son muy costosas si se desea evitar decisiones interesadas. Sin embargo, muchos sectores de la Administración Pública española han ido alejándose de estas pautas durante las últimas tres décadas, por motivos que guardan relación, probablemente, con cambios en los equilibrios políticos, pero que son de muy difícil análisis. En el caso de la sanidad, los incentivos a largo plazo han perdido importancia por dos motivos

¹² Véase la Ley 9/1987, sobre órganos de representación, modificada por la Ley 7/1990.

¹³ Véase G. S. BECKER y G. J. STIGLER, “Law Enforcement, Malfeasance, and Compensation of Enforcers”, *Journal of Legal Studies*, 1974, vol. 3, enero, págs. 1-18, quienes proponen remunerar a los profesionales en ejercicio con unos ingresos superiores a los que podrían obtener en su mejor empleo alternativo, de modo que esta diferencia entre remuneración actual y alternativa, definitoria de lo que se ha dado en conocer como “cuasi-rentas” no sólo genera directamente un incentivo a cumplir bien las obligaciones profesionales, para no dejar de percibirla. Además, estimula la entrada de profesionales con unas características muy precisas: aquellos que menos les cueste esperar durante la preparación y primeros años de ejercicio. Cabe pensar de ellos que estén dispuestos a sacrificar ingresos presentes por ingresos futuros; se trata, en suma, de un tipo de persona poco proclive a caer en tentaciones de corto plazo, como suelen ser los premios asociados a la comisión de fraudes.

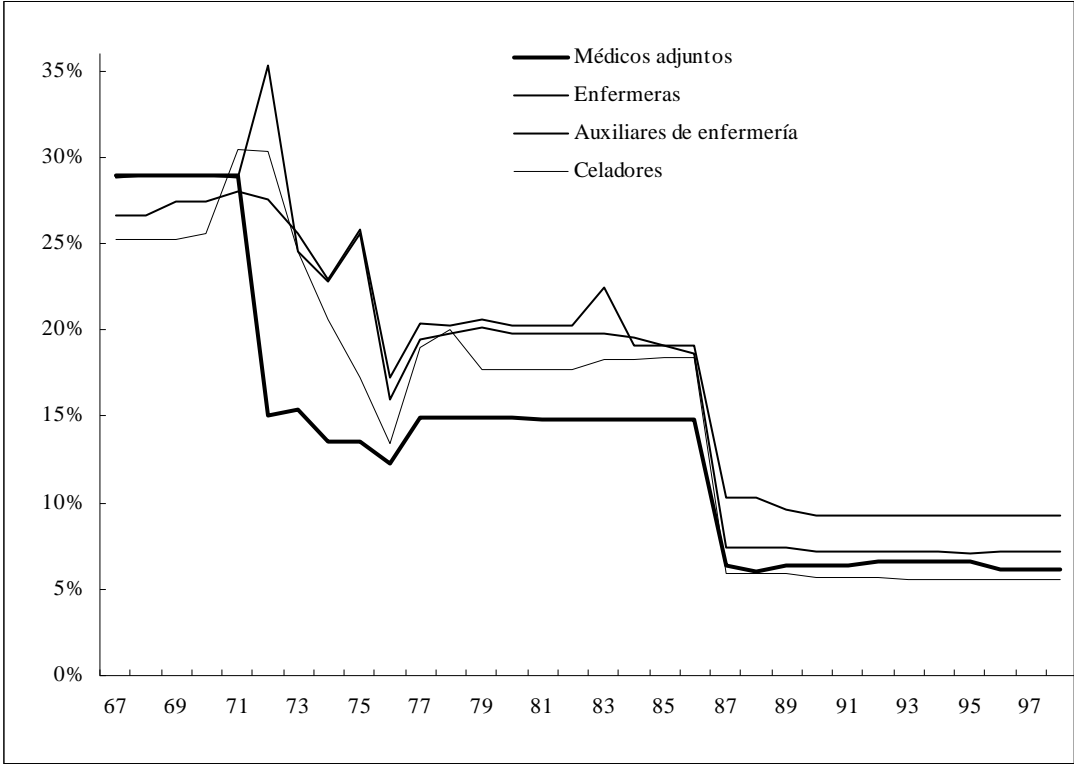
primordiales¹⁴. Por un lado, se ha reducido radicalmente el peso relativo de la remuneración por antigüedad (Figura 1). Por otro lado, casi han desaparecido las oportunidades de ascenso dentro de la carrera profesional, como consecuencia del carácter discontinuo del crecimiento de la plantilla, lo que ha dado lugar a un considerable bloqueo generacional. Más recientemente, ha contribuido a dificultar el uso del ascenso como incentivo la fragmentación del mercado interno de trabajo que se produce tras la descentralización administrativa, aunque la importancia de este segundo factor sea difícil de precisar. Por último, con un cierto retraso sobre la desaparición de los incentivos a largo y quizá en parte como reacción, se han intentado introducir primas ligadas a estimaciones a menudo subjetivas del rendimiento a corto plazo. La escasa adecuación de la evaluación subjetiva al entorno organizativo en el que se intentó aplicar, junto con errores de bulto en la puesta en marcha de algunos de estos intentos, explican su escaso éxito¹⁵. Casi simultáneamente, no obstante, se suprimía la retribución ligada a la carga de trabajo en asistencia primaria, al convertir a los médicos de cabecera en asalariados. En el proyecto de Estatuto se pretendió ultimar esta conversión¹⁶, ello pese a que la aplicación de un régimen salarial constituye una excepción en los servicios sanitarios del mundo civilizado, tanto públicos como privados, por lo cual habría que pensar que se trata de una solución deficiente y convendría, por tanto, alejarse de ella.

¹⁴ Se han cuantificado y analizado con cierto detalle ambos fenómenos en B. ARRUÑADA, “Bases para profesionalizar la sanidad pública”, en *La regulación de los servicios sanitarios en España*, FEDEA, Madrid, 1997, págs. 200-207

¹⁵ *Ídem*, págs. 189-96.

¹⁶ La Disposición Transitoria Tercera, que era de dudosa legalidad, parece que fue modificada en versiones ulteriores. En su redacción original, decía que “el personal que percibe haberes por el sistema de cupo y zona se integrará obligatoriamente en el sistema de prestación de servicios, dedicación y de retribuciones que se establece en esta ley en la forma y plazos que en el ámbito de cada Servicio de Salud se determine”.

Figura 1. Participación del valor actual de la retribución por antigüedad en la compensación total esperada por el personal recién contratado en la sanidad pública



Fuente: Elaboración propia a partir de las tablas de salarios oficiales, actualizando las retribuciones fijas y los trienios al 7 por 100 anual.

El mito laboral en el sector público

Otro de los pilares en que se asientan, no sólo el último proyecto de Estatuto-marco, sino numerosas propuestas reforma es la “laboralización”, entendida como el paso de un régimen contractual regido por el derecho administrativo a uno gobernado por las leyes y los tribunales laborales. Esta medida también merece varios comentarios críticos. El primero es aplicable a la sanidad y demás actividades con alto contenido de capital humano, y guarda relación con la desprofesionalización que ocasiona. Los otros son aplicables con carácter más general a todo el sector público: se trata probablemente de una medida ineficaz y costosa que, además, puede comprometer la igualdad de oportunidades en el acceso a la función pública.

El marco jurídico de las actividades profesionales

En primer lugar, el ya comentado carácter profesional de la medicina casa a menudo peor con el régimen laboral que con el administrativo. Pensemos, de entrada, que la relación de los abogados, auditores o consultores con sus firmas no está regida por la contratación laboral sino por el derecho civil o mercantil. La relación contractual con los médicos en la sanidad pública también debería ser atípica, tanto por esta dimensión profesional como por el hecho de que el otro contratante es una entidad pública.

Está por demostrar que el desarrollo de ese híbrido contractual sea más fácil en el derecho laboral que en el administrativo, sobre todo en países donde el derecho laboral es muy restrictivo. Ha de tenerse en cuenta, a este respecto, que el derecho administrativo acoge una variedad muy notable de fórmulas para contratar trabajadores profesionales, como bien muestra en el ámbito sanitario la presencia del personal de cupo y zona en el marco estatutario. Fuera de la sanidad, los ejemplos son numerosos y variados, yendo desde la autorregulación de los jueces a la evaluación continuada de los militares o, incluso, fórmulas de franquicia, aplicada ésta con gran eficacia —y tal vez hasta con eficiencia— en el caso de notarios y registradores¹⁷. Por el contrario, podemos observar en el sector privado cómo las firmas de profesionales dejan de utilizar el derecho laboral a medida que los profesionales

¹⁷ Para un tratamiento general, B. ARRUÑADA, “Gestaltung und Regulierung von Freiberuflichen Dienstleistungen: Ein Allgemeiner Handlungsleitfaden”, en H. HERRMANN y J. BACKHAUS (eds.), *Staatlich Gebundene Freiberufe im Wandel: Rechtliche und Ökonomische Aspekte aus Wissenschaft und Praxis* (Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1998), págs. 115-35; así como, en particular, B. ARRUÑADA, “The Economics of Notaries”, *European Journal of Law and Economics*, Vol. 3, núm. 1, 1996, págs. 5-37. Este tipo de experiencias pudiera tener cabida en la sanidad pública. Por un lado, no parece que los activos en sanidad tengan mayor importancia que los utilizados en notarías y registros, por lo que son factibles todo tipos de soluciones, privadas, públicas y mixtas (alquileres, franquicias, concesiones). Por otro lado, el caso de los registros ilustra claramente que funciones de carácter enteramente público son viables bajo esta fórmula organizativa. Por último, las fórmulas utilizadas en la sanidad privada sigue a menudo pautas híbridas entre la franquicia y la cooperativa profesional, que podrían ser fácilmente adaptadas al ámbito público. De hecho, cabe interpretar también en esta línea algunas soluciones que funcionaban en los albores de la sanidad pública, tanto en asistencia primaria (iguales, régimen de cupo) como en hospitalaria (compatibilización de usos públicos y privados en los hospitales provinciales).

adquieren mayor cualificación. Usan el derecho laboral para los *juniors*, quienes en el mundo de la medicina equivaldrían a los médicos residentes, pero mucho menos para los *senior* y nada para los *partners*.

Efectos del régimen laboral en el ámbito público

En segundo lugar, la pretensión de que se emplearán mejor los recursos contratando el trabajo laboralmente no parece estar, por lo demás, muy fundada en la realidad empírica. Está por demostrar que en el sector público exista correlación entre régimen laboral y productividad. A veces se alega incluso como apoyo de la laboralización la superior productividad de los funcionarios interinos, olvidando que sus contratos son administrativos y que, como tales, proporcionan posibilidades de contratación más flexibles que el actual régimen laboral, como revela el que se trate de contratos temporales sin indemnización.

Las pruebas circunstanciales indican que sí parece haber correlación, por el contrario, entre el empleo del régimen laboral y el pago de mayores salarios. En este caso, además, la implantación del régimen laboral se articularía en este proyecto de Estatuto mediante un procedimiento opcional, originando un riesgo añadido: el de que, al optar los empleados por el régimen que les resulte más favorable, éste sea también el más costoso para los ciudadanos.

Quizá se tiende a olvidar en estos asuntos que existe una gran distancia entre las posibilidades teóricas que contiene cada régimen jurídico y la capacidad real de los decisores públicos para utilizarlas. En este sentido, cabe pensar que la restricción real de la gestión del personal en el sector público procede más de las restricciones políticas dentro de las que se mueven los decisores que de las que les impone el ordenamiento jurídico. En otras palabras: las restricciones políticas dominan a las de tipo legal. En ocasiones, éstas últimas quizá sean sólo una excusa de la falta de voluntad política y la dejadez que llevan a no aplicar medidas disciplinarias y a no clarificar —que no modificar radicalmente— el ordenamiento legal vigente, de manera que permita aplicar tales medidas.

En esta materia, es aleccionadora, sobre todo, la evidencia de las empresas públicas, las cuales casi siempre han contratado su plantilla en régimen laboral. Es notorio que sus trabajadores suelen disfrutar todo tipo de beneficios por encima de los establecidos en la regulación laboral, y obtener mejores ingresos y trabajar en mejores condiciones que muchos funcionarios. Ni siquiera la legislación laboral española, en extremo proteccionista de los derechos del trabajador, parece constituir una restricción operativa para ellas, de modo que sus directivos se abstienen de tomar muchas decisiones disciplinarias y organizativas que tienen perfecta cabida en el actual ordenamiento laboral. Este argumento tiene plena vigencia en el terreno sanitario, pues es discutible en qué grado la situación de algunos hospitales públicos con régimen total o principalmente laboral —clínicos, Cruz Roja, la extinta AISNA o la Fundación Jiménez Díaz— apoya o, más bien, contradice el que dicho régimen laboral favorezca por sí mismo la movilidad de recursos y la eficiencia.

La situación de las fundaciones y similares criaturas de reciente diseño apunta en la misma dirección, aunque por ahora no sea fácil comprobarlo. Los motivos de esta dificultad residen, por un lado, en que los datos disponibles, fragmentarios y contradictorios, es probable que estén sesgados. Por otro lado, y lo que es más importante, es difícil separar el “efecto inauguración” al evaluar las expectativas de estas experiencias a largo plazo. Se necesita que transcurra un buen número de años para observar la eficacia de una nueva forma organizativa o, incluso, de un nuevo departamento o unidad organizada con los patrones convencionales. Basta señalar cómo muchos médicos veteranos recuerdan como una edad de

oro la etapa fundacional de su hospital. (Similarmente, otros profesionales rememoran los primeros años de su universidad, pues el fenómeno excede lo sanitario). En nuestro sector público, y sin que seamos en esto una excepción respecto a otros países, se da con frecuencia el caso de que las experiencias novedosas funcionan bien sólo mientras son novedosas. Esto quizá ocurra porque gozan entonces, no sólo de mayores presupuestos, sino también de más atención gerencial y de un compromiso político lo suficientemente fresco para respaldar a la gerencia. Ha de valorarse, además, el hecho, no por obvio menos importante, de que se cuenta en esos primeros años con personal joven y recién contratado. Para valorar una nueva arquitectura organizativa, conviene esperar, por ello, a que esas ventajas desaparezcan, a que se generen los vicios y rutinas propios de toda organización madura y a que aumenten la edad y veteranía de sus trabajadores. De lo contrario, se corre el riesgo de caer en un error de graves consecuencias: pretender que se resuelven los problemas de una organización añadiéndole nuevos y costosos apéndices, sin apreciar que estas nuevas organizaciones están condenadas a padecer esos mismos problemas al cabo de pocos años.

Por otra parte, la laboralización puede incrementar el gasto, tanto a corto como a largo plazo. No es sólo que los cambios en la naturaleza jurídica de la relación contractual de los empleados públicos —como es el que representaría pasar del régimen estatutario al laboral— suelen generar incrementos retributivos para los afectados, así como aumentos en el empleo, al optar algunos de ellos por permanecer en la Administración. La fusión de escalas retributivas que tuvo lugar tras la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas ilustra los costes asociados a este tipo de fenómeno. Además de este efecto único a corto plazo, se tiene, por otro lado, que la laboralización puede generar subidas a largo plazo. Por un lado, los indicios casuísticos apuntan en los últimos años a que las mejoras retributivas y de condiciones de trabajo de los empleados laborales de las administraciones y empresas públicas han sido mayores que las de los funcionarios. Por otro lado, lo que es más importante, parece que dentro del sector público la preferencia por el régimen laboral responde a menudo más al deseo de escapar a las restricciones a que está sujeta la creación de nuevos empleos que a los declarados objetivos de racionalización.

En este sentido, es probable también que la laboralización perjudique la competencia en la contratación de los empleos públicos. El régimen de funcionarios permitió en el pasado una alta movilidad y un cierto grado de competencia entre el personal, al menos en el momento de su entrada. Por el contrario, una laboralización que se aplique sin modificar antes y de forma bastante radical los actuales incentivos de quienes intervienen en el proceso de contratación favorecería la consagración de los intereses locales, eliminando toda posibilidad de competencia en el mercado de trabajo y dando lugar a clientelismos del tipo observado con profusión en las universidades desde la Ley de reforma de 1983¹⁸. Un fenómeno de este tipo ha podido observarse ya en aquellas empresas públicas en las que los sindicatos tienen mayor fuerza. Su participación en las decisiones de contratación ha derivado en que controlen de hecho el proceso de selección, con consecuencias a menudo indeseables para la transparencia y la igualdad de oportunidades. En el ámbito sanitario, baste recordar, como ejemplo de localismo, el que los sindicatos de ámbito autonómico hayan impedido la convocatoria de concursos de traslados abiertos a todos los médicos funcionarios, con independencia de su

¹⁸ Véanse, para un examen crítico en este terreno, B. ARRUÑADA, “Universidad: La reforma que nunca funcionó” (*Expansión*, 28 de marzo, 1991, págs. 16-7) y “Competencia y privatización en el mercado educativo” (*Boletín del Círculo de Empresarios*, núm. 59, 2.º semestre, 1994, págs. 265-75).

Comunidad Autónoma de destino, teniendo como resultado la quiebra en la unidad de estos cuerpos. Curiosamente, esta actitud coincidía en el tiempo con la reivindicación de concursos abiertos por los órganos estatales de esos mismos sindicatos.

Los riesgos del régimen opcional

El artículo 39 del proyecto de Estatuto-Marco dispone que “pasarán a la situación de servicios en otros Centros Sanitarios quienes acepten la oferta de cambio del régimen jurídico de su relación de empleo que efectúen los Servicios de Salud al personal estatutario fijo, bien para mantenerse prestando servicios en el Centro o Institución de destino, si éste pasa a ser gestionado a través de la constitución de una Entidad de naturaleza o titularidad pública, bien para acceder a otro Centro o Institución cuya gestión se adapte a lo anteriormente indicado”.

Este procedimiento sufre un problema similar al del sistema empleado para proporcionar asistencia sanitaria a la mayoría de los funcionarios. Como es sabido, los de la Administración civil podemos optar cada año entre la que provee la Seguridad Social o bien adscribirnos a una mutua privada, que paga nuestra Mutualidad (MUFACE). Es de sobra conocido el problema de “selección adversa” que ello genera. Consiste este problema en que la mayoría de los funcionarios sanos y jóvenes opta por la sanidad privada, más servicial. En cambio, cuando envejece y sufre achaques serios, tiende a pasar a la pública, por considerar a ésta más competente para tales dolencias.

No es difícil imaginar que surjan aberraciones parecidas si se ofrece la opción de un contrato laboral. Según éste pague mejor o ligue más estrechamente sueldo y rendimiento, se iría o bien todo el personal o bien el más productivo. Si en el futuro cambiasen las tornas, los empleados volverían a sus contratos funcionariales, por ser éstos más cómodos. Lo lógico es que elijan siempre la opción que ofrece una compensación mayor con un esfuerzo más bajo. Ciertamente la opcionalidad estaría constreñida por limitaciones temporales. La vuelta al funcionariado sería posible durante tres años en la misma Área de Salud o limítrofe y con posterioridad en otras Áreas. No está clara, sin embargo, la situación posterior a esos tres años, pues se han de acoger a los regímenes de movilidad que serán regulados por cada Servicio de Salud y coordinados en cuanto a homologaciones por el Ministerio de Sanidad.

Elementos para un análisis positivo: El porqué de estas reformas

Es un hecho que las propuestas reformistas de este tipo cuentan con un apoyo sustancial dentro de fuerzas políticas de signo diverso. El que lo hagan, además, con el respaldo de numerosos expertos podría indicar que la dirección de la reforma es acertada. En aras del interés público, ojalá fuera así. Por desgracia, este deseo no es muy probable. Es más, existe una explicación alternativa del consenso que, a nuestro juicio, es más plausible y resulta bastante preocupante para el bien común. Consiste esta hipótesis en que, como la independencia profesional restringe la discrecionalidad de los decisores, conviene debilitar esta restricción, por motivos de mérito diverso, a todos los protagonistas del mencionado consenso. En otros términos: buena parte de los políticos, gestores, líderes sindicales y expertos saldrían beneficiados con el nuevo reparto de papeles implícito en la reforma.

En cuanto a los políticos, tal vez muchos de ellos identifican mal la causa del problema. En lugar de atribuir su carencia de poder real a las limitaciones propias del sector (las

decisiones importantes seguirían tomándolas los profesionales) y a su carácter público (puede interesar a los ciudadanos restringir el poder de todos ellos, incluido el de los políticos), la atribuyen a factores de diseño organizativo y, por tanto, manipulables, como el tipo de reglas vigentes o la modalidad contractual. En consecuencia, intentan modificar estas últimas, armándose de autoridad formal. Para lograrlo, están incluso dispuestos a conceder más autoridad a otros grupos. Fue éste el caso, en los años ochenta, de la enfermería, fundamentalmente; en la actualidad, beneficia a todos los sindicatos. Quizá quienes acometan eventualmente estas transformaciones no tarden en darse cuenta, como hicieron sus predecesores en los años ochenta, de que con ellas sólo consiguen transferir poder de los profesionales y sus organizaciones a unos sindicatos poco representativos, con consecuencias ambiguas para su propio poder y negativas para los ciudadanos.

Ciertamente, los ciudadanos pueden también hacer una interpretación menos benigna, según la cual no constituye un error el que se flexibilice sin reforzar el control, sino que se flexibiliza, precisamente, para eliminar el control o bien a sabiendas de que el control será ineficaz en las nuevas condiciones. Es comprensible el interés de muchos políticos y gestores sanitarios por las soluciones que incrementen su poder, como son aquellas que descentralizan la contratación y las retribuciones. Por este mismo motivo, la reforma aumenta también de forma indirecta la demanda de los consultores y demás expertos. Parece lógico que éstos prefieran organizaciones donde los gestores hayan de tomar muchas decisiones: sus servicios serán requeridos en mayor medida, aunque sólo sea con objeto de justificarlas. Adicionalmente, es de esperar que los gestores disfruten un notable aumento en sus retribuciones, como consecuencia de que éstas serán pactadas en cada caso particular, evitando las restricciones vigentes en la mayor parte del sector público. En este punto, los riesgos de inflación retributiva son tan obvios como el riesgo de que los protagonistas sufran, por este motivo, un cierto sesgo en sus valoraciones subjetivas acerca de la necesidad de un régimen más flexible.

Los beneficios que obtienen los cuadros sindicales también son importantes. Por un lado, ganan por la vía del *Boletín Oficial del Estado* la fuerza que les niega su escasa representatividad. Sin embargo, las consecuencias para el futuro de las propias organizaciones sindicales son, cuando menos, ambiguas. El motivo es que este tipo de concesión legal las somete crecientemente a la discrecionalidad política, con lo que aumenta su vulnerabilidad ante un eventual cambio en la opinión pública, tanto más probable éste cuanto más se extralimiten en las funciones que les son propias. Ciertamente, ello no impide que el poder de los cuadros y representantes sindicales aumente cuando, en lugar de oposiciones, la entrada a los puestos de trabajo públicos ha de decidirse de forma discrecional y descentralizada: Para influir a su favor en esas decisiones, no sólo tienen a su favor la autoridad que les confieren normas como la que aquí se comenta, sino que cuentan también con la ventaja de disponer de mucho tiempo, pagado en última instancia por sus representados, tanto reales como supuestos. Las empresas públicas son un buen exponente que convendría considerar al redactar este tipo de norma, pues en algunas de ellas la selección del personal se ha visto condicionada crecientemente por los representantes sindicales. El deterioro de la toma de decisiones sobre contratación de interinos justifica también este temor, ya que apunta en la misma dirección.

En resumen, la sanidad pública necesita un diseño más equilibrado, al menos en dos direcciones. Por un lado, ha de intentarse controlar la tendencia al abuso por parte de todos los que en ella participamos. Sería preciso, al menos, reforzar los mecanismos de control para compensar el mayor poder que se pretende dar a políticos, gestores y sindicatos. Cuando se redactaba este proyecto de Estatuto nuestros hospitales llevaban ya veinte años sin órganos colegiados de gobierno. Recrear los consejos de administración y las juntas facultativas sería un primer paso para crear y encauzar poderes compensadores. Por otro lado, ha de valorarse

en mayor medida el carácter esencialmente profesional de la actividad sanitaria, reconociendo que ésta es, ante todo, medicina¹⁹. Las reformas que pretenden ignorar un hecho tan elemental no responden a las necesidades del sector ni favorecen el uso racional de los recursos.

El condicionante autonómico

En la sanidad pública española, una reflexión sobre la flexibilidad organizativa y gerencial estaría incompleta sin incluir, al menos, un apunte sobre la dimensión autonómica del fenómeno. Este apunte ha de partir de una consideración empírica: la flexibilidad disponible parece haber tenido, al menos por el momento, escasas consecuencias organizativas reales, con dos excepciones: una tendencia a dificultar la movilidad del personal y una diferenciación retributiva sistemática, en el sentido de que las autoridades autonómicas han concedido a sus empleados mayores incrementos salariales que el INSALUD. Ambos fenómenos son coherentes con una interpretación de que la descentralización ha facilitado la “captura” de los órganos reguladores por intereses locales, y añaden dudas a la conveniencia de una mayor flexibilización que estuviese exenta de controles compensadores más eficaces.

Descentralización y movilidad del personal

La movilidad geográfica del personal es importante porque facilita el desarrollo de la carrera profesional, la difusión del conocimiento y el establecimiento de niveles homogéneos de calidad. En términos más económicos, la movilidad es necesaria para que exista competencia en las decisiones de contratación y de promoción, y, por ese motivo, las barreras a la movilidad pueden interpretarse como simples barreras a la entrada.

La reducción de la competencia en este terreno es especialmente grave. Por un lado, porque las restricciones no sólo perjudican la entrada de personal de otros territorios sino que se vician las reglas de la competencia a favor de quienes ya están ocupando plazas de forma transitoria, a menudo en virtud de decisiones discrecionales, y en perjuicio de personal del propio territorio pero que no ocupa tales puestos. Por otro lado, porque se produce en un medio organizativo en el que la competencia en la entrada y promoción a los distintos puestos es la única forma de competencia que, al menos hasta ahora, ha demostrado ser viable. La competencia es, por ello, imprescindible para que las carreras profesionales motiven el rendimiento de los profesionales y no se conviertan en un mero trámite formal.

Aunque no se conocen datos al respecto, es opinión muy extendida que la transferencia de competencias sobre la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social ha limitado notablemente la movilidad del personal hacia las Comunidades Autónomas con competencias transferidas en esa materia. También parece que estas limitaciones no obedecen a que los

¹⁹ El lector interesado encontrará desarrollado este argumento en B. ARRUÑADA, *op. cit.*, 1997, págs. 153-208. Asimismo, se esbozan las restricciones políticas de la reforma sanitaria en B. ARRUÑADA, “Gestión empresarial de la sanidad pública: Necesidades y posibilidades”, XIII Jornadas de Economía de la Salud (Madrid: AES y Fundación Mapfre, 1996), págs. 161-91.

servicios autonómicos hayan aplicado soluciones organizativas muy diferentes y, por tanto, necesiten, por algún motivo, establecer carreras profesionales inconexas. Por el contrario, la movilidad del personal está sujeta a todo tipo de barreras que parecen responder únicamente al propósito de reducir la competencia y facilitar la continuidad de los trabajadores ya empleados en los distintos servicios.

Las vías utilizadas con este fin son de naturaleza muy diversa, destacando entre ellas:

- La modificación del régimen de vinculación del personal, que, cuando se produce²⁰, hace imposible el traslado entre territorios distintos, si no es mediante el acceso a nuevas plazas, cuyo número tiende, por lo demás, a reducirse, en favor de las que permiten la consolidación de quienes las ocupan de forma interina o bien aspiran a ser promovidos a ellas.
- La introducción de condiciones relativamente ajenas a la cualificación profesional y que priman al personal propio de cada servicio de salud, como son la exigencia del desempeño previo de plazas en el territorio respectivo o el conocimiento de la lengua propia del mismo. La atención a algunas de estas cuestiones, como es en especial el caso de los conocimientos lingüísticos, es lógica y estaba ya prevista en la propia Ley General de Sanidad, pero su aplicación práctica ha contenido numerosos excesos. Por ejemplo, se ha llegado a exigir un conocimiento de la lengua correspondiente al nivel de la titulación para la que se concursa (por tanto, para los médicos, al de licenciatura). Adicionalmente, es revelador el que se exijan estos requisitos como condiciones de entrada y no de ejercicio, lo que apoya el argumento de que su utilización puede no responder realmente a fines de protección lingüística sino que éstos se están empleando como excusa para reducir la competencia.
- La gestión descentralizada de las convocatorias y la formación local de los tribunales, cuyo efecto ha sido en muchos casos el de facilitar que las plazas se cubran por personal local, de modo similar a lo que ha ocurrido en las universidades desde la reforma de 1983.
- La participación descentralizada de las corporaciones profesionales y los sindicatos, que ha aumentado el poder de las organizaciones locales correspondientes, lo cual ha generado numerosos conflictos entre éstas y sus respectivas organizaciones centrales, partidarias estas últimas de no fragmentar el mercado interno de trabajo de los profesionales.

El resultado global es una notoria dificultad para desplazarse de unos a otros territorios fuera del ámbito del INSALUD, ya sea en plazas nuevas o de traslado, y la fragmentación del mercado profesional, dentro del cual la competencia queda sustancialmente reducida y viciada. La previsible generalización del proceso de transferencias vendría no sólo a extender sino a agravar el problema, debido a la menor dimensión de algunas de las futuras Comunidades con competencias. En la medida en que las barreras indicadas vienen a reducir la competencia al correspondiente mercado local, su menor tamaño ocasionará disfunciones aún mas graves que las observadas hasta ahora.

²⁰ Como se hizo Navarra, al convertir en funcionario a todo su personal estatutario.

Descentralización y diferencias retributivas²¹

La transferencia de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas ha generado asimismo diferencias retributivas importantes, al pagar salarios más altos los servicios autonómicos²². En la práctica, el sistema de negociación salarial ha venido funcionando “en cascada”²³, de modo que los resultados de la mesa sectorial estatal influyen sobre las negociaciones sectoriales de cada Comunidad Autónoma. En general, no sólo se trasladan los acuerdos retributivos estatales de modo automático en pactos autonómicos, sino que éstos suelen reconocer aumentos retributivos adicionales²⁴.

Estas diferencias rompen la igualdad retributiva, lo que genera preocupación, ya sea porque se considera dicha igualdad como un bien en sí misma o bien como requisito para la igualdad en cuanto a las prestaciones recibidas por los usuarios²⁵.

Sin embargo, es cuestionable que la homogeneidad retributiva deba o pueda ser un objetivo o requisito de la sanidad pública. Ha de tenerse en cuenta la necesidad de adecuar las retribuciones tanto a la escasez relativa de profesionales y al coste de la vida en cada Comunidad Autónoma como a las características organizativas que pueda adoptar cada servicio autonómico. De hecho, basta que el coste de la vida sea diferente entre Comunidades

²¹ El contenido de esta sección se basa en B. ARRUÑADA, *op. cit.*, 1997, págs. 181-83.

²² Las diferencias retributivas han llegado a ser de un 32 por 100 para los médicos de urgencias de Andalucía, de un 22 por 100 para los especialistas de Cataluña, y de un 26 por 100 para las auxiliares de enfermería del País Vasco, respecto al personal de iguales categorías del INSALUD (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, “Algunos aspectos de la política de personal del Sistema Nacional de Salud”, Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, febrero, 1991, págs. 12-3).

²³ La estructura representativa está formada por mesas de negociación con diversos niveles geográficos —estatal y autonómico— y diferentes ámbitos sectoriales (art. 31 de la Ley 9/87). Consiguientemente, se constituyen mesas generales en cada Administración Pública y mesas sectoriales de sanidad en la Administración estatal y las autonomías con transferencias. Las mesas sectoriales tienen competencias sobre lo no decidido por la correspondiente mesa general. Debido a esta verticalidad, no existen mecanismos para una negociación sectorial que abarque más de una Administración.

²⁴ Se analizaba este problema con cierto detalle en un documento del MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (“Las retribuciones del personal estatutario del INSALUD y de las Comunidades Autónomas”, Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, noviembre, 1990), donde ya para 1990 se estimaba el importe de esta retribución diferencial en 17.000 millones o más de 100.000 millones de pesetas, según se tuviera o no en cuenta lo pagado al personal autonómico por encima del personal del INSALUD, o lo pagado “de menos” a éste último respecto a aquél (pág. 12). Véase también el “Informe comparativo de las retribuciones del personal estatutario adscrito al INSALUD y a los servicios de salud transferidos a las comunidades autónomas”, elaborado por la DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN PROFESIONAL DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (Madrid, 1993).

²⁵ Por ejemplo, se considera que estas diferencias son escasamente justificables y que rompen la equidad interna y entrañan el riesgo de crear compartimentos de personal estancos, comprometiendo la homogeneidad (L. HERRERO, “Políticas de personal. Aproximación a la evolución de la naturaleza jurídica del personal del Sistema Nacional de Salud”, 19 de mayo, 1993, Madrid, 12-3).

para que la igualdad retributiva *nominal* proporcione retribuciones *reales* desiguales. Lo que es más grave, al impedir que el salario ajuste la oferta y la demanda de profesionales, se obliga a que el ajuste se produzca por variaciones en la cantidad o calidad de los profesionales. De este modo, si las diferencias retributivas reales son sustanciales, tenderán a observarse escaseces sistemáticas en las comunidades con más alto coste de la vida o mayor escasez de profesionales, y desempleo en las zonas que se encuentren en el caso opuesto. Igualmente, las prestaciones a los usuarios tenderán a ser desiguales, como consecuencia de que la calidad de los profesionales disminuirá en las comunidades donde sea mayor el coste de la vida.

Es probable que estos problemas —y, por tanto, la necesidad de diferenciar retribuciones— sean tanto mayores cuanto menos funcione efectivamente una misma carrera profesional para todas las Comunidades Autónomas. El motivo reside en que en determinadas condiciones la movilidad geográfica a lo largo de la carrera profesional proporciona (o, más bien, proporcionaba) un ajuste retributivo automático. Simplemente, si todos los que entran en la carrera siguen el mismo patrón de movilidad durante su vida profesional, perciben una misma retribución en cuanto al rendimiento de su “inversión” en capital humano, en términos de valor actual. (El argumento es aplicable, asimismo, al papel de la movilidad entre puestos como ajuste de penosidad y prima implícita de antigüedad). En otras palabras, la diferenciación geográfica de las retribuciones tenía menos sentido cuando existía movilidad entre destinos ubicados en distintas Comunidades Autónomas, pues esta movilidad permitía que el poder de compra de los sueldos tendiera a igualarse en términos de su valor descontado a lo largo de toda la carrera profesional. Por el contrario, en la actual situación, al ser menor dicha movilidad, unas retribuciones nominales igualitarias conllevan retribuciones reales distintas, dado que existen diferencias notables en el coste de la vida entre las Comunidades Autónomas.

En resumen, las diferencias retributivas *entre carreras separadas*, lejos de ser un problema, pueden ser un elemento de racionalización. Así ocurre cuando obedecen a diferencias en el valor de mercado de los recursos humanos en las distintas Comunidades Autónomas y no hay movilidad entre éstas²⁶. Por desgracia, el asunto no sigue estos derroteros puramente técnicos. Por ello, el problema no consiste en que existan diferencias, sino en que su origen pueda estar o haber estado viciado, generando un resultado que nada tiene que ver con las lógicas económicas de la escasez y el coste relativo de los recursos o con la gestión eficiente de carreras profesionales. Es de interés observar, en este sentido, que la mayor disposición de los políticos autonómicos a conceder aumentos salariales se presenta en todas las autonomías con competencias transferidas y no sólo en aquellas con mayor coste de la vida o con mayor escasez de profesionales.

La pregunta fundamental en este asunto es si esta predisposición política es pasajera, y, en caso negativo, si es al menos corregible. Pudiera ser pasajera si estos políticos autonómicos valoran más la tranquilidad laboral en los primeros años en que ejercen nuevas competencias, en los que, además, tal vez son más débiles respecto a sus propios funcionarios, por problemas de información.

²⁶ En la misma línea, F. LOBO, “Las reformas en marcha en el Sistema Nacional de Salud Español”, *Presupuesto y Gasto Público*, núm. 10, 1993, pág. 126. En la Administración del XIX era corriente el pago de sueldos diferentes según la categoría de las provincias. Véase, a este respecto, A. NIETO, *La retribución de los funcionarios en España*, Ediciones de la Revista de Occidente, Madrid, 1967, pág. 63.

Por el contrario, la generosidad autonómica puede ser permanente si los políticos autonómicos actúan dentro de una restricción presupuestaria más flexible, o bien si tienen menos poder negociador. Las dificultades para racionalizar la financiación autonómica apuntan a que el primero de estos dos argumentos tiene cierta plausibilidad. Ciertamente, extrapolar el pasado sólo tiene sentido si se mantiene esta disparidad de restricciones presupuestarias entre los gobiernos central y autonómicos. Lo más grave sería comprobar que dicha disparidad quizás se haya ampliado en los últimos años, pues la política de convergencia europea parece haber restringido en mayor medida a la Administración central que a las otras. En todo caso, de mantenerse, sería de esperar que una mayor flexibilidad comportase una inflación en las retribuciones de los funcionarios autonómicos. Una vez más, la autonomía en el gasto tiene poco sentido si no se acompaña de mayor responsabilidad efectiva. La solución, lejos de ser automática, requiere una reestructuración de la financiación autonómica, en el sentido de que las decisiones de gasto repercutan más directamente sobre los impuestos que pagan y creen pagar sus beneficiarios.

Referencias

- ARRUÑADA, B., “Bases para profesionalizar la sanidad pública”, en *La regulación de los servicios sanitarios en España*, FEDEA-AES-Civitas, Madrid, 1997, págs. 153-208.
- ARRUÑADA, B., “Competencia y privatización en el mercado educativo”, *Boletín del Círculo de Empresarios*, núm. 59, 2.º semestre, 1994, págs. 265-75.
- ARRUÑADA, B., “Gestaltung und Regulierung von Freiberuflichen Dienstleistungen: Ein Allgemeiner Handlungsleitfaden”, en H. Herrmann y J. Backhaus (eds.), *Staatlich Gebundene Freiberufe im Wandel: Rechtliche und Ökonomische Aspekte aus Wissenschaft und Praxis*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1998, págs. 115-35
- ARRUÑADA, B., “Gestión empresarial de la sanidad pública: Necesidades y posibilidades”, en XIII Jornadas de Economía de la Salud, Fundación Mapfre Medicina, Madrid, 1996, págs. 161-91.
- ARRUÑADA, B., “Internal Markets in the Reform of the Spanish NHS: A Comment on the Planners’ Latest Fantasy”, en J. G. Backhaus, (ed.), *Essays in Social Security and Taxation*, Metropolis Verlag, Marburg, 1997, págs. 429-44
- ARRUÑADA, B., “Sanidad pública: la reforma imposible”, *Revista de Economía*, núm. 11, 4.º trimestre, 1991, págs. 73-79.
- ARRUÑADA, B., “The Economics of Notaries”, *European Journal of Law and Economics*, Vol. 3, núm. 1, octubre, 1996, págs. 5-37.
- ARRUÑADA, B., “The Search for Efficiency in the Spanish Healthcare System”, en Varios Autores, *A Mixed Market in Healthcare: A New European Convergence*, European Policy Forum, Londres, noviembre, 1995, págs. 52-64.
- ARRUÑADA, B., “Universidad: La reforma que nunca funcionó”, *Expansión*, 28 de marzo, 1991, págs. 16-17.
- ARRUÑADA, B., *Teoría contractual de la empresa*, Marcial Pons, Madrid-Barcelona, 1998.
- ARRUÑADA, B., *The Economics of Auditing: Quality, Private Incentives and Regulation* (Dordrecht y Boston: Kluwer, 1999).
- BECKER, G. S., y G. J. STIGLER, “Law Enforcement, Malfeasance, and Compensation of Enforcers”, *Journal of Legal Studies*, vol. 3, enero, 1974, págs. 1-18.
- CONSEJO Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, “Borrador para un Estatuto-Marco del personal estatutario de los servicios de salud”, documento elaborado por el grupo de trabajo de la Comisión de Gestión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Madrid, abril, 1998.
- HERRERO JUAN, L., “Políticas de personal. Aproximación a la evolución de la naturaleza jurídica del personal del Sistema Nacional de Salud”, 19 de mayo, 1993, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, *Estadística de Establecimientos Sanitarios en régimen de internado*, INE, Madrid, varios años.

- LOBO, F., “Las reformas en marcha en el Sistema Nacional de Salud Español”, *Presupuesto y Gasto Público*, núm. 10, 1993, págs. 119-130.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, “Informe comparativo de las retribuciones del personal estatutario adscrito al INSALUD y a los servicios de salud transferidos a las comunidades autónomas”, Dirección General de Ordenación Profesional, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, “Contrato cooperativo”, Madrid, octubre, 1992.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, “Algunos aspectos de la política de personal del Sistema Nacional de Salud”, Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, febrero, 1991.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, “Las retribuciones del personal estatutario del INSALUD y de las Comunidades Autónomas”, Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, noviembre, 1990.
- NIETO, A., *La retribución de los funcionarios en España*, Ediciones de la Revista de Occidente, Madrid, 1967.