

El personal sanitario

ELENA HERRERO GONZÁLEZ
Sindicatura de Cuentas del Principado de Asturias

Recibido: Noviembre 2018
Aceptado: Noviembre 2018

«Quiero cambiar el mundo, pero el mundo es inmenso. Empezaré por mi país, pero es tan grande. Entonces intentaré con mi entidad, pero no puedo llegarle a todos. Ya sé: empezaré por mi mismo».
Weisel

Resumen

Comenzando con una visión general de la composición del gasto sanitario en España y, dado que el gasto de personal supone cerca del 45% del mismo, se pretende abordar de manera somera la problemática que en la práctica se detecta en cuanto a la gestión del personal en el ámbito de los servicios de salud españoles.

Las específica regulación, las especiales características de la jornada de los centros sanitarios en la que se produce la acumulación de horas en jornada nocturna o en día festivo, la complejidad de los distintos tipos de personal sanitario, la composición de las plantillas y los distintos tipos de contratos dificultan la gestión de este tipo de personal. Desde la perspectiva del control externo y encaminado a mejorar la gestión pública para conseguir una asignación eficiente y eficaz de los recursos, se resumen las principales incidencias detectadas.

Palabras clave: salud, gasto, personal, plantilla, control.

Clasificación JEL: I18.

Abstract

Beginning with an overview of the composition of the health services expenditure in Spain and, since expenditure staff represents about 45%, it is intended to address in a shallow way problems which, in practice, are detected in terms of management in the Spanish health services.

The specific regulation, the special characteristics on a daily basis of the health services in which occurs the accumulation of hours in night, day or holiday, the complexity of the different types of personnel, their composition and the different types of contracts may cause difficulties in management. This article is written from the perspective of external control and aimed to improve public management in order to achieve an efficient and effective allocation of resources, the main detected incidences are summarized.

Key words: health, spending, staff, personnel, control.

JEL Classification: I18.

1. Datos Generales

De acuerdo con la Estadística de Gasto Sanitario Público 2016 publicada por el Ministerio de Sanidad, desde la óptica de la clasificación económica, el componente del gasto

sanitario de las CCAA con mayor peso es la remuneración del personal¹ (capítulo I del presupuesto de gastos). En la tabla se observa que la retribución de personal, que alcanzó en el año 2016 un total de 29.689 millones de euros, es el gasto que absorbe un mayor porcentaje del total:

	2012	2013	2014	2015	2016
Remuneración del personal	27.975	27.779	27.875	28.996	29.689
Consumo intermedio	15.837	14.515	14.695	16.834	16.857
Consumo de capital fijo	294	284	267	264	252
Conciertos	7.399	7.176	7.221	7.542	7.450
Transferencias corrientes	11.501	11.124	11.002	11.045	11.489
Gasto de capital	1.072	850	859	1.029	940
Total consolidado	64.078	61.728	61.919	65.708	66.678

Gasto sanitario público consolidado según clasificación económica. Millones de euros. España, 2012-2016
Fuente: ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO 2016: Principales resultados

En el año 2016 en el sector CCAA el gasto en retribución de asalariados representa el 44,9 por ciento del gasto consolidado del sector experimentando un incremento de un 2,4 por ciento respecto al año anterior.

Desde la perspectiva de la clasificación funcional, los servicios hospitalarios y especializados, que representaron un 62,4 por ciento del gasto total consolidado en el año 2016, suponen el mayor peso en el ámbito de la asistencia sanitaria pública; además, cabe destacar el gasto en farmacia, con un 16,3 por ciento y los servicios primarios de salud, con un 14,3 por ciento:

	2012	2013	2014	2015	2016
Servicios hospitalarios y especializados	38.720	37.421	38.003	41.110	41.586
Servicios primarios de salud	9.468	9.138	9.045	9.358	9.530
Servicios de salud pública	699	665	655	672	756
Servicios colectivos de salud	2.038	2.040	1.730	1.864	1.766
Farmacia	10.834	10.480	10.391	10.463	10.873
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.248	1.133	1.235	1.213	1.227
Gasto de capital	1.072	850	859	1.029	940
Total consolidado	64.078	61.728	61.919	65.708	66.678

Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Millones de euros. España, 2012-2016.
Fuente: ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO 2016: Principales resultados.

En el último año, respecto al anterior, se observa un aumento en todas las categorías, excepto el gasto en servicios colectivos de salud y en inversión. Los incrementos más importantes conciernen al gasto en servicios de salud pública (un 12,4 por ciento) y en farmacia (un 3,9 por ciento).

¹ Dentro de la remuneración de personal se incluye las remuneraciones en dinero o especie de todo el personal directivo, funcionario, estatutario, laboral fijo o eventual, así como las percibidas como acción social. Incluye asimismo las cotizaciones a la Seguridad Social a cargo del empleador.

Si se analizan los datos por CCAA, el gasto sanitario público consolidado del sector² supuso 61.627 millones de euros, lo que representa el 5,5 por ciento del PIB. El gasto per cápita medio fue de 1.332 euros por habitante. De acuerdo con los datos del año 2016, un 44,2 por ciento del gasto sanitario público del sector ha sido originado por tres comunidades autónomas: Cataluña, Andalucía y Madrid, con 10.065, 9.332 y 7.863 millones de euros, respectivamente. La Rioja, Cantabria y la Comunidad Foral de Navarra son las comunidades con el gasto más bajo, en valores absolutos.

En relación a su población, en 2016, las comunidades con mayor gasto sanitario público son el País Vasco (1.669 euros por habitante), el Principado de Asturias (1.577 euros por habitante) y Extremadura (1.549 euros por habitante). Las comunidades con menor gasto sanitario público son Andalucía (1.110 euros por habitante), Comunidad de Madrid (1.224 euros por habitante) y las Islas Baleares (1.291 euros por habitante).

Hay que tener en cuenta que los datos que se obtienen a nivel regional no sólo se explican (como ocurre entre países) por diferencias entre niveles de renta sino también por solidaridad entre territorios, ya que la asignación de recursos entre las CCAA contempla mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad del sistema. Extremadura —con un 9,4 por ciento—, el Principado de Asturias —con un 7,6 por ciento— y la Región de Murcia —con un 7,5 por ciento— son las comunidades que presentaron en el año 2016 un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB más elevado. La Comunidad de Madrid —con un 3,7 por ciento—, Cataluña —con un 4,7 por ciento—, las Islas Baleares —con un 5,1 por ciento— y la Comunidad Foral de Navarra —con un 5,1 por ciento— se situaron en el extremo opuesto. Los datos para cada Comunidad Autónoma son los siguientes:

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	9.332	6,2%	1.110
Aragón	2.036	5,9%	1.544
Asturias (Principado de)	1.641	7,6%	1.577
Balears (Illes)	1.466	5,1%	1.291
Canarias	2.793	6,6%	1.308
Cantabria	842	6,7%	1.446
Castilla y León	3.601	6,5%	1.467
Castilla-La Mancha	2.675	6,9%	1.306
Cataluña	10.065	4,7%	1.359
Comunitat Valenciana	6.541	6,3%	1.326
Extremadura	1.680	9,4%	1.549
Galicia	3.862	6,6%	1.420
Madrid (Comunidad de)	7.863	3,7%	1.224
Murcia (Región de)	2.197	7,5%	1.498
Navarra (Comunidad Foral de)	983	5,1%	1.543
País Vasco	3.613	5,2%	1.669
Rioja (La)	437	5,5%	1.398
Comunidades Autónomas	61.627	5,5%	1.332

Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2016.

Fuente: ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO 2016: Principales resultados.

² En la interpretación de los datos es importante tener en cuenta que un 7,6 por ciento del gasto sanitario público de España no se recoge territorializado en la estadística.

2. Gasto en remuneración de personal

Desde la óptica de la clasificación económica, el componente del gasto sanitario de las comunidades autónomas con mayor peso es la remuneración del personal (capítulo I del presupuesto de gastos). Este gasto incluye las remuneraciones en dinero o especie de todo el personal directivo, funcionario, estatutario, laboral fijo o eventual, así como las percibidas como acción social. Incluye asimismo las cotizaciones a la Seguridad Social a cargo del empleador.

En el año 2016 en el sector Comunidades Autónomas el gasto en retribución de asalariados alcanzó la cifra global de 28.022 millones de euros, lo que representa el 45,5 por ciento del gasto consolidado del sector experimentando un incremento de un 2,5 por ciento respecto al año anterior:

	Millones de euros	Porcentaje (*)
Andalucía	4.570	49,0%
Aragón	1.041	51,1%
Asturias (Principado de)	777	47,3%
Baleares (Illes)	712	48,6%
Canarias	1.398	50,1%
Cantabria	413	49,1%
Castilla y León	1.805	50,1%
Castilla-La Mancha	1.375	51,4%
Cataluña	3.579	35,6%
Comunitat Valenciana	2.551	39,0%
Extremadura	857	51,0%
Galicia	1.738	45,0%
Madrid (Comunidad de)	3.573	45,4%
Murcia (Región de)	1.057	48,1%
Navarra (Comunidad Foral de)	498	50,7%
País Vasco	1.868	51,6%
Rioja (La)	213	48,6%
Comunidades Autónomas	28.022	45,5%

Gasto sanitario público en remuneración de personal según comunidad autónoma. Millones de euros y porcentaje sobre el total de gasto sanitario público consolidado. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2016.

Fuente: ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO 2016: Principales resultados.

El gasto sanitario en docencia MIR³ del sector CCAA en el año 2016 alcanzó 1.046 millones de euros, frente a los 1.052 del año anterior, lo que supone un descenso del 0,6 por ciento.

³ **Docencia MIR:** Recoge los gastos originados por la formación de los especialistas residentes (médicos, farmacéuticos, biólogos, químicos, psicólogos) que inician la prestación de servicios en el sistema sanitario de cara a la adecuación de sus conocimientos y perfiles profesionales a las funciones asistenciales que desarrollan.

En 2016 la participación del concepto docencia MIR en el total del capítulo I del presupuesto de gastos (remuneración de personal)⁴ de cada comunidad autónoma osciló entre el 2,6 por ciento de Aragón, Cataluña y la Comunidad Foral de Navarra y el 5,7 por ciento de la Comunidad de Madrid.

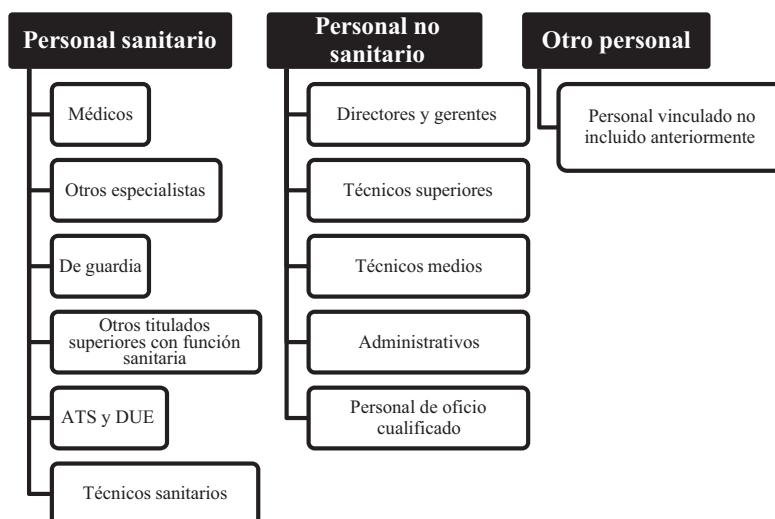
3. Regulación del personal sanitario

El trabajo desempeñado por el personal sanitario tiene particularidades reflejadas en la especial normativa de aplicación a los mismos. Su norma fundamental, el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, en adelante EM, fue aprobado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, con el objetivo de actualizar y adaptar el régimen jurídico de este personal, tanto en lo que se refiere al modelo del Estado Autonómico como en lo relativo al concepto y alcance de la asistencia sanitaria, a través del establecimiento de las normas básicas relativas al mismo.

La conveniencia de una normativa propia para este personal deriva de la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS. Este modelo organizativo especial, que sólo existe en el ámbito de los servicios sanitarios públicos, se crea y configura en la Ley General de Sanidad como medio de adaptación de tales servicios a la organización política y territorial española y se concibe como el conjunto de los diferentes servicios de salud con un funcionamiento armónico y coordinado.

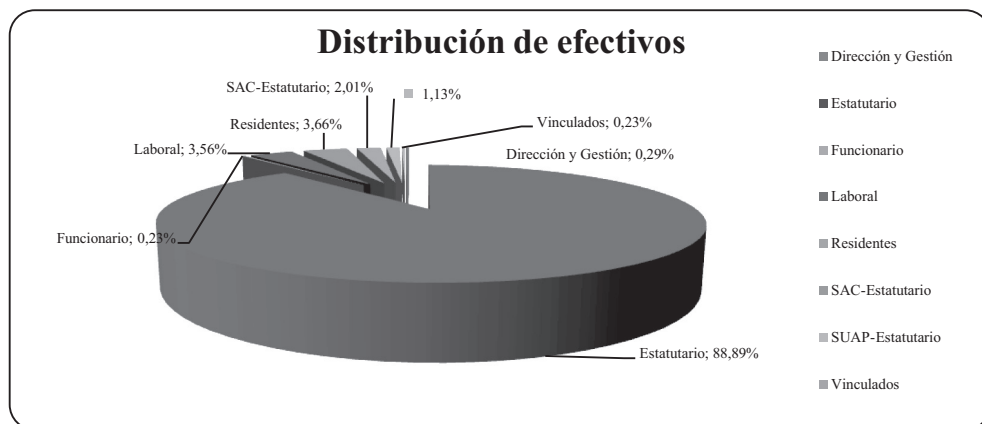
4. Tipos de personal sanitario

Para cubrir las necesidades asistenciales en los sistemas de salud prestan servicios directores, gerentes, personal asistencial y personal no asistencial además del personal de empresas concertadas (limpieza, lavandería) y del personal en periodo de formación.



⁴ Más del 99 por ciento del total del gasto en concepto de docencia MIR se destina a la retribución de los especialistas en formación. Menos de un 1 por ciento corresponde a gasto en consumo intermedio.

A modo de ejemplo, en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, a 31 de diciembre de 2015, eran 14.858 las personas que tenían contrato vigente y otras 1.717 personas más tenían un contrato que finalizó a lo largo del ejercicio 2016. Gráficamente, la distribución del número de efectivos era la siguiente:



La ordenación y planificación de los recursos humanos (en adelante, RRHH) es esencial en cualquier organización. De acuerdo con el artículo 12 del EM, la planificación de los RRHH en los servicios de salud estará orientada a su adecuado dimensionamiento, distribución, estabilidad, desarrollo, formación y capacitación, en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios públicos. Como instrumento de concreción de esa planificación, el artículo 13 de la citada ley regula los planes de ordenación de los RRHH. Este es considerado instrumento básico de planificación global dentro de cada servicio de salud debiendo especificar los objetivos a conseguir en materia de personal y la estructura de RRHH que se consideren adecuados para cumplir los mismos. Asimismo podrá establecer las medidas necesarias para conseguir dicha estructura, especialmente en materia de cuantificación de recursos, programación de acceso, movilidad geográfica, funcional, promoción y reclasificación profesional.

Nadie duda de la necesidad de una planificación que incluya una estrategia adecuada de gestión de personal y de los medios necesarios para implantarla si quiere prestar servicios con eficiencia y eficacia teniendo en cuenta que los recursos son limitados. No obstante, como indica Javier Vázquez Garranzo, en la Administración la planificación es normalmente más teórica que práctica debido fundamentalmente al carácter burocrático de la organización, las restricciones impuestas por la normativa presupuestaria y la relación «funcionarial» que vincula a los trabajadores con la organización.

Para planificar correctamente se necesita en primer lugar conocer cabalmente las tareas a desempeñar; en segundo lugar es necesaria una proyección de futuro con un espacio temporal determinado ya que sin esa perspectiva temporal las medidas serían meras reorganizaciones operativas. En la realidad sin embargo el criterio muchas veces no suele ser la organización del servicio público sino casi únicamente la reducción del gasto, sin contar con implantar políticas de racionalización basadas en las necesidades reales de los servicios

que se trata de satisfacer. Se tiende a implantar medidas igualitarias que acaban siendo discriminatorias porque tratan de la misma forma a quien cumple y a quien no lo hace, no diferenciando a quienes son realmente determinantes en la prestación del servicio de los que no.

Como medida para tratar precisamente de primar la calidad del trabajo y motivar al personal sanitario, el Título II de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias reguló como una innovación normativa de singular relevancia la formación continuada. La exigencia de esta última con efectos en el reconocimiento del desarrollo profesional del personal de los servicios sanitarios y el objetivo de influir especialmente en el propio desarrollo, consolidación, calidad y cohesión de nuestro sistema sanitario. Así, el Título III de la citada ley regula el desarrollo profesional y su reconocimiento estableciendo sus principios generales, comunes y homologables en todo el sistema sanitario. Se sientan así las bases de un sistema imprescindible para propiciar el desarrollo del sistema sanitario de acuerdo con el principio de calidad asistencial y de mejora permanente de las prestaciones sanitarias, sistema que viene siendo requerido por los propios profesionales, por los servicios autonómicos de salud y por los servicios sanitarios de titularidad privada.

Como concepto, de nuevo, el sistema de la carrera y el desarrollo profesional ha sido configurado de manera adecuada; en la práctica en muchos casos se ha convertido en un complemento retributivo más de la antigüedad del personal sanitario. Una vez más el diseño es bueno, la implantación no tanto.

5. Jornada de trabajo

Otro de los problemas al planificar las necesidades de personal en el sistema sanitario la encontramos en la peculiar jornada de trabajo. Los criterios generales de organización del tiempo de trabajo y descanso en el personal estatutario del SNS vienen determinados en el Capítulo X del EM.

Las especiales características de la jornada del personal de los centros sanitarios, en la que se produce la acumulación de horas en jornada nocturna o en día festivo, condiciona la organización de este tipo de horarios. La diversa organización de los servicios clínicos, unidades y equipos de atención primaria exige un marco general aplicado con flexibilidad, a fin de facilitar la mejor organización del servicio en cada caso y de mantener la coherencia con los objetivos asistenciales. Ello ha de ir acompañado de la necesaria transparencia en la aplicación del tiempo de trabajo y descanso, haciendo posible su control.

De acuerdo con el artículo 47 del EM, la jornada ordinaria de trabajo en los centros sanitarios se determinará en las normas, pactos o acuerdos, según en cada caso resulte procedente pudiéndose establecer la distribución irregular de la jornada a lo largo del año a través de la programación funcional del correspondiente centro.

La realización de la jornada complementaria sólo será de aplicación al personal de las categorías o unidades que con anterioridad a la entrada en vigor del EM venían realizando una cobertura de la atención continuada mediante la realización de guardias u otro sistema análogo, así como para el personal de aquellas otras categorías o unidades que se determinen previa negociación en las mesas correspondientes.

La duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo correspondientes a la jornada complementaria y a la jornada ordinaria está establecida en cuarenta y ocho horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral no tomándose en consideración para el cómputo de la duración máxima los periodos de localización, salvo que el interesado sea requerido para la prestación de un trabajo o servicio efectivo, en cuyo caso debe computarse como jornada tanto la duración del trabajo desarrollado como los tiempos de desplazamiento.

Si aún con la jornada complementaria es insuficiente para garantizar la adecuada atención continuada y permanente, y siempre que existan razones organizativas o asistenciales que así lo justifiquen, previa oferta expresa de la gerencia del área sanitaria, puede superarse la duración máxima conjunta de la jornada ordinaria y la jornada complementaria cuando el personal manifieste por escrito, individualizada y libremente, su consentimiento en ello. En este supuesto, los excesos de jornada sobre las 48 horas semanales mencionadas anteriormente tendrán el carácter de jornada complementaria y un límite máximo de ciento cincuenta horas al año.

No obstante, el tiempo de trabajo correspondiente a la jornada ordinaria no puede exceder de 12 horas ininterrumpidas aunque mediante la programación funcional de los centros se pueden establecer jornadas de hasta 24 horas para determinados servicios o unidades sanitarias, con carácter excepcional y cuando así lo aconsejen razones organizativas o asistenciales. En estos casos, los periodos mínimos de descanso ininterrumpido deberán ser ampliables de acuerdo con los resultados de los correspondientes procesos de negociación sindical en los servicios de salud y con la debida progresividad para hacerlos compatibles con las posibilidades de los servicios y unidades afectados por las mismas.

En cualquier caso, el personal tiene derecho a un período mínimo de descanso ininterrumpido de 12 horas entre el fin de una jornada y el inicio de la siguiente salvo en los supuestos establecidos en el artículo 51.3 del EM. Asimismo, el período mínimo de descanso ininterrumpido tiene una duración media de veinticuatro horas semanales, período que se incrementará con el mínimo de descanso diario siendo el periodo de referencia para su cálculo de 2 meses. El EM también regula un régimen de descansos alternativos cuando no se hubiera disfrutado de los periodos mínimos de descanso.

El EM tipifica como falta grave, en su artículo 72, el incumplimiento injustificado de la jornada de trabajo que, acumulado, suponga más de 20 horas al mes y las acciones u omisiones dirigidas a evadir los sistemas de control de horarios o a impedir que sean detectados los incumplimientos injustificados de la jornada de trabajo, entre otras.

6. Plantilla

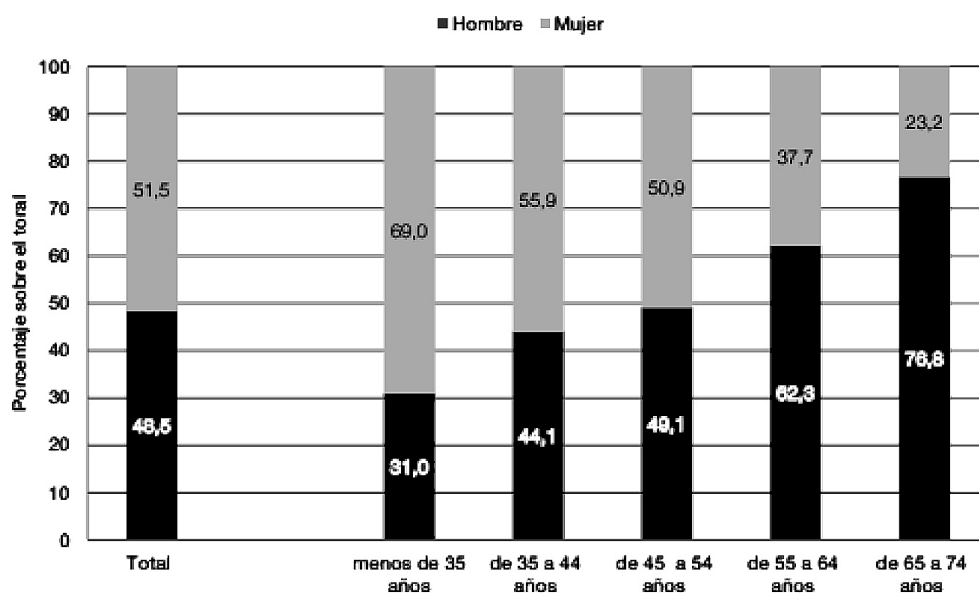
La red asistencial del SNS cuenta con un total de 116.711 médicos y 169.601 enfermeras, siendo éste el colectivo más numeroso, con una razón enfermera/ médico de 1,5. La atención primaria cuenta con 34.888 médicos y 29.441 enfermeras. Los hospitales emplean a un mayor número de profesionales: 78.285 médicos y 136.699 enfermeras. En los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 trabajaban 3.538 médicos y 3.093 enfermeras⁵.

⁵ Datos del Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El número de médicos en labores asistenciales en el SNS es de 116.711 de los que 34.888 médicos trabajan en atención primaria (28.480 de medicina de familia y 6.408 pediatras), lo que supone una tasa de 0,8 médicos por cada 1.000 personas asignadas. Se estima que en los hospitales del SNS trabajan en labores asistenciales 78.285 médicos (sin contar con los médicos especialistas en formación postgrado), además, se cuenta con 3.538 médicos en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061, todo lo cual supone una tasa de 1,7 médicos por 1.000 habitantes.

Por otra parte, se detecta un aumento en la edad de los médicos en ejercicio, el grupo de mayores de 44 años supone el 54,7 por ciento del total y el de mayores de 54 años el 27,9 por ciento como se muestra a continuación:

Gráfico 3-1
Médicos en ejercicio, porcentaje sobre el total según grupo de edad y sexo, 2014

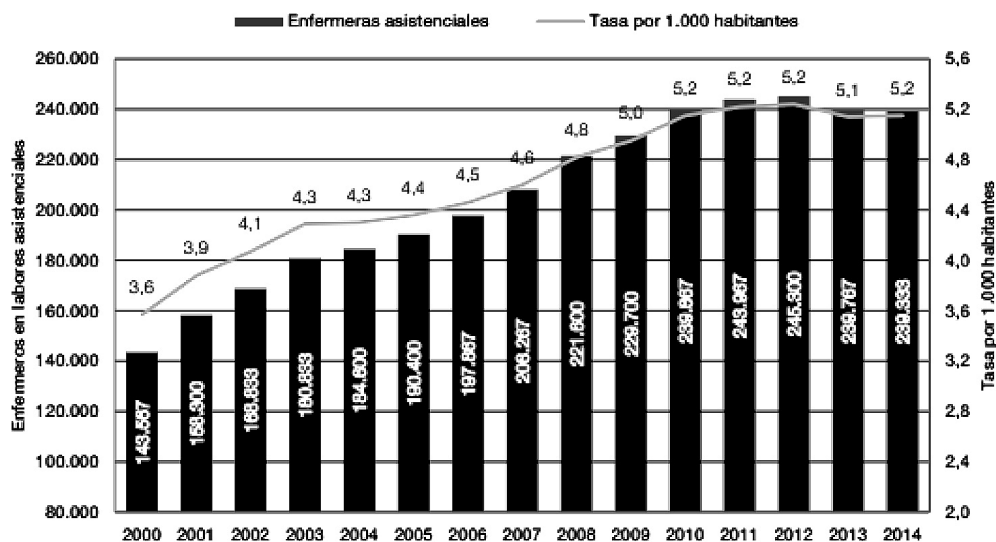


Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA).

En los últimos 15 años la tasa de enfermeras en ejercicio por cada 1.000 habitantes ha crecido 1,6 puntos:

Gráfico 3-9

Evolución del número de enfermeras en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA).

El mencionado descenso en el número de médicos en ejercicio unido al envejecimiento de la población puede explicar el aumento del reconocimiento de las cualificaciones de las profesiones sanitarias. En 2015 se han reconocido 742 títulos de profesionales sanitarios (títulos básicos y de especialistas) procedentes de otros países de la Unión Europea⁶, un 27,1% más que el año anterior. Italia es el país de procedencia del mayor número títulos de médico reconocidos (79), seguido de Alemania (34) y Francia (20). Se han reconocido 135 títulos de enfermera responsable de cuidados generales, de los cuales 51 están obtenidos en Portugal y 23 en Rumanía. La mayoría de los títulos de odontología reconocidos han sido emitidos en Portugal (27). En cuanto al reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en países extracomunitarios⁷ se han emitido 172 credenciales (incremento del 44,5%). Los países con mayor número de títulos reconocidos son Cuba (55) y Argentina (49). Por especialidades, el mayor número de reconocimientos han sido en las especialidades de pediatría (52), anestesiología y reanimación (46) y medicina familiar y comunitaria (34).

Una realidad en los sistemas sanitarios españoles es el alto porcentaje de temporalidad de su personal en relación con otros sectores. En 2012, la tasa de temporalidad del empleo sanitario público era del 28,46%, mientras que en 2016 esta tasa alcanzaba el 32,43%. El mal endémico que subyace es la persistencia o concatenación de las contrataciones temporales,

⁶ Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV:c11065>

⁷ RD 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-6960-consolidado.pdf>.

evidenciando la existencia de una necesidad permanente, situación que se repite en todas las CCAA.

Al respecto, la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, asunto C-16/15, de 14 de septiembre de 2016, dictada resolviendo diferentes cuestiones prejudiciales, es decir, a solicitud de los tribunales españoles que efectuaron la consulta antes de dictar sentencia en nuestro territorio, declara que la renovación de sucesivos nombramientos de duración determinada en el sector de la sanidad pública se considera justificada por razones objetivas, en el sentido de la cláusula 5 apartado 1 letra a) del Acuerdo marco sobre el trabajo de duración determinada, debido a que los nombramientos se basan en disposiciones que permiten la renovación para garantizar la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria, siendo que, en realidad, estas necesidades son permanentes y estables. Añade que no existe ninguna obligación de crear puestos estructurales que pongan fin al nombramiento de personal estatutario temporal eventual que incumba a la Administración competente y le permite promover puestos estructurales creados mediante el nombramiento de personal estatutario interino, de modo que la precariedad de los trabajadores perdura, mientras que el Estado miembro de que se trata tiene un déficit estructural de puestos fijos en dicho sector.

En el mismo sentido se pronuncia la sentencia asunto C- 184/15 del Tribunal de Justicia de la UE respecto a un contrato de interinidad en el ámbito de la sanidad pública.

Es por ello que tanto los contratos eventuales que se celebran para cubrir necesidades permanentes, como los contratos de interinidad que se celebran para cubrir un puesto fijo de plantilla, carecen de una justificación objetiva que respalde la temporalidad, al cubrirse necesidades permanentes y estables con contratación temporal. Esta situación eterniza la precariedad laboral en contra de lo establecido en el Acuerdo Marco sobre trabajo de duración determinada, aprobado como anexo de la Directiva 1999/70/CE del Consejo de 29 de junio de 1999. El EM no establece límites a la duración o al número de renovaciones de contratos o nombramientos de duración determinada. Con ello los trabajadores pierden su derecho a las indemnizaciones por cese y el resto de derechos que les corresponden a los puestos de trabajo estructurales.

7. Resultados de informes de fiscalización

Los distintos órganos de control externo de nuestro país han realizado fiscalizaciones del gasto de personal sanitario bien como informes específicos bien como parte del análisis del capítulo I de la liquidación del presupuesto de gastos en los informes sobre la Cuenta General.

A continuación se extraen parte de las conclusiones al respecto expuestas en algunos de ellos.

- 1) Fiscalización de determinadas áreas de los Recursos Humanos del Sector Público Sanitario, 2013 de la Cámara de Cuentas de Andalucía.

De las conclusiones mostradas en el Informe se extraen las siguientes:

- En el SAS, entre los ejercicios 2011 y 2013, se ha producido una disminución total del número de efectivos netos de 7.773,44 empleados. Según datos comu-

nicados por el SAS, la prolongación de la jornada de 35 a 37,5 horas semanales explicaría la reducción en 4.643,81 efectivos. (...) Por categorías profesionales se aprecia en este caso una gran disminución en los puestos de Directores (25,36%), y una menor, aunque también significativa, en los técnicos superiores y medios (6,46%). Por el contrario, las mayores subidas se producen entre los Programadores y Técnicos SSGG (5,15%), los Cargos intermedios (4,71%) y los Fisioterapeutas (3,82%).

- En relación con el personal eventual, en el SAS en 2013 había una media mensual de 8.538 efectivos. La mayor proporción (68,53%) corresponde a los denominados «eventuales estructurales», una media de 5.851 trabajadores, seguidos por los contratados por acumulación de tareas, una media de 1.102 efectivos. La evolución de éstos últimos ha sido creciente: con un mínimo de 331 a un máximo de 3.039 efectivos (incremento superior al 800%), mientras que la media de eventuales estructurales ha permanecido sin oscilaciones significativas.
- La figura del eventual estructural no se adecua a los requerimientos del EM. Los contratos de este personal se renuevan de forma consecutiva durante un largo período de tiempo (años) y, en consecuencia, no se corresponde con los supuestos excepcionales que señala la norma. Al respecto procede reseñar la reciente Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Sala 10) de 14 de septiembre de 2016 sobre la aplicación a estos supuestos de la Directiva 1999/70/CE del Consejo, de 28 de junio de 1999 y del Acuerdo Marco que figura como anexo de dicha Directiva.
- En el SAS, los efectivos netos medios (personal de plantilla y temporal) superan a la plantilla presupuestaria (ésta no incluye personal temporal) en 2.993,25 efectivos (3,55%), por lo que aún ocupada la totalidad de las plazas vacantes de la plantilla presupuestaria, sería necesaria una media de esa cifra para la cobertura de las ausencias del personal por bajas médicas, permisos, licencias, etc.
- Se hace un uso indebido de la figura de la «adscripción temporal» —personal que desempeña sus funciones en un centro de gasto y percibe sus retribuciones del centro de origen—. (...) El artículo mencionado exige que dicha situación tenga carácter temporal y para el desempeño de «funciones especiales no adscritas». Se ha podido comprobar que esta situación se ha prolongado asiduamente durante años y para la realización de funciones habituales.
- Se insta al desarrollo de la normativa en la que se defina con precisión la figura del directivo, su relación contractual y los conceptos retributivos concretos que son computables a efectos de los límites retributivos establecidos en las leyes del presupuesto y normativa conexas.
- Tanto en los cinco hospitales seleccionados del SAS como en las APes se produce el fenómeno del encadenamiento de contratos, de tal forma que un número significativo de efectivos han superado los 300 días contratados en el mismo centro. Esta incidencia afecta a 1.149 personas, con una media de 6 contratos por año, en el SAS; y a 743 personas, con una media de 8 contratos, en las APes.

- La cobertura de necesidades permanentes mediante contratos laborales temporales podría poner de manifiesto un fraude de ley. Por otra parte, el Estatuto de los Trabajadores, en su art. 15.5, prevé que el encadenamiento de contratos temporales podría llevar a que los trabajadores afectados por dichos contratos adquirieran la condición de indefinidos.
 - En las agencias públicas, salvo en EPES, se da la figura de los «Acuerdos de Gestión» o acuerdos retributivos fuera de Convenio, con distintas denominaciones. Estos acuerdos pueden ser con todos o con algunos de los servicios del hospital, y con todos los facultativos que integran dichos servicios o bien con facultativos concretos. Su importe conjunto supera, al menos, los 5 M€. En la implantación de dichos acuerdos se han obviado los trámites previstos en diversa normativa tales como negociación con los órganos de representación de los trabajadores, modificación de las condiciones laborales pactadas en el convenio colectivo, documentar dichos acuerdos por escrito, comunicarlos al comité de empresa o recoger expresamente y por escrito el consentimiento de los trabajadores vinculados a los mismos.
 - Con la finalidad de conocer el grado de variabilidad de las retribuciones dentro de los diferentes colectivos profesionales, se han examinado los casos de facultativos radiólogos, facultativos de urgencias y cuidados críticos y enfermería. De la comparación de las retribuciones de los tres colectivos de profesionales, se han observado diferencias significativas. Se ignora la razón de estas variaciones.
- 2) Informe sobre la gestión económico-presupuestaria de prestación de servicios sanitarios por los hospitales de la comunidad de Madrid a pacientes desplazados, Ejercicios 2003-2004. (Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid).

Las principales recomendaciones expuestas tras la fiscalización son las siguientes:

- Se detecta la necesidad de realizar una planificación de las medidas a adoptar, en el ámbito organizativo y de funcionamiento, que racionalicen gradualmente, tanto la demanda de los servicios sanitarios como la gestión del gasto derivado. Estas medidas deben armonizar la consecución de los objetivos prioritarios que se fijan por los órganos responsables de la administración sanitaria, con el carácter limitativo que deben tener los presupuestos de gastos anuales que se autoricen para cada órgano gestor.
 - Debe consolidarse la información de los ficheros informáticos de que disponen los hospitales de la Comunidad de Madrid, en orden a analizar y valorar los costes derivados de otros servicios sanitarios que se prestan a dichos pacientes en tratamientos ambulatorios
- 3) Informe Definitivo de fiscalización sobre gestión de personal del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Algunas de las incorrecciones detectadas en la fiscalización son las siguientes:

- El ejercicio de funciones de gestión clínica no se ha sometido a la preceptiva evaluación del desempeño y de los resultados lo que incumple el artículo 10 de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

- En las áreas sanitarias no existe un sistema de control horario en los distintos centros de trabajo donde se registren todas las entradas y salidas correspondientes a cada modalidad de jornada y donde puedan justificarse las ausencias y su causa. Todo ello incumple el artículo 16 del Decreto 72/2013.
- Las adscripciones temporales a los Servicios Centrales se realizan incumpliendo el requisito de temporalidad bien porque se realizan sin plazo determinado bien porque una vez superado éste siguen desempeñándose las funciones atribuidas.
- Se han detectado siete conceptos retributivos para los que no existe ninguna regulación que soporte los mismos.
- En el análisis de las guardias realizadas durante el ejercicio, 62 personas de la muestra, un 52,99% del total, sobrepasan el límite de la jornada. En todos los casos se excede el límite conjunto de 48 horas semanales en cómputo semestral para jornada ordinaria y complementaria y en 53 casos, un 85,48%, se excede el límite de 150 horas al año para la jornada especial.
- Respecto al personal seleccionado en la muestra, en ninguna de las áreas sanitarias excepto en el área VI para dos casos, se ha suscrito acuerdo de jornada especial, lo que incumple el artículo 49 del Estatuto Marco.
- Dos de los médicos residentes analizados en la muestra, un 10,53%, han incumplido el límite de siete guardias mensuales máximas en el año 2015.
- La habitualidad así como las compensaciones económicas detectadas en los excesos de jornada contradicen el artículo 2 del Decreto 1/2009 según el cual este complemento debe ser excepcional y compensado con carácter prioritario a través de los correspondientes descansos. Asimismo, no consta soporte documental que evidencie la realización efectiva de dichos excesos.
- La implantación de la carrera profesional para el personal estatutario, sanitario y no sanitario del Servicio de Salud no ha sido progresiva, en contra de lo preceptuado en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y en el propio Estatuto Marco. En el caso del personal estatutario licenciado y diplomado sanitario, se posibilitó la incorporación directa incluso al grado IV o nivel 4 respectivamente incumpliendo el artículo 38.1.c) de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias ya que para obtener el primer grado, es necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional pudiendo solicitarse la evaluación para acceder a los grados superiores transcurridos, como mínimo, cinco años desde la precedente evaluación positiva.
- Pese al buen diseño teórico de la carrera profesional en el SESPA, el desarrollo final se asemeja más a un complemento fijo abonado en función de la antigüedad lo que contraviene la esencia misma de la carrera.

8. Conclusiones

La sanidad, como uno de los servicios esenciales de nuestro sistema, consume una parte importante del presupuesto público y por ello es necesario gastar de la forma más eficiente

posible para que de esta forma cubrir el mayor número de necesidades. Parece obvia la necesidad de mejorar la planificación de los medios humanos necesarios para prestar este servicio esencial y en nuestra opinión esta mejora no debe estar únicamente basada en una reducción del gasto sino más bien en tratar de buscar la situación económicamente más ventajosa, que no siempre es la más barata, como podría pensarse a priori en lo que respecta a la concatenación de contratos.

Pero no es suficiente con una buena planificación. En cualquier entorno, mantener la motivación del equipo debe ser uno de los principales objetivos de la dirección. En lo que a los RRHH respecta, el principal objetivo debe ser hacer que los empleados lleguen a ser lo mejor que puedan ser para lo que es imprescindible mantener la motivación. Contar con un equipo motivado es contar con un equipo comprometido con el centro y con los pacientes. Muchas veces tendemos a pensar que la única recompensa que puede mantener motivado a un empleado es un buen sueldo. Y, si bien es cierto que el sueldo es uno de los factores que la mayoría de la población considera como importante, no es menos cierto que hay muchos otros factores aparte del económico que pueden ayudar a motivar al trabajador.

Compartir los objetivos y conseguir que sean también los objetivos del empleado comunicando el por qué de los mismos para dar un valor y un sentido a todo lo que hacen, potenciar las capacidades individuales e integrarlas en el equipo escogiendo el puesto de trabajo que mejor se adapta a cada empleado obteniendo lo mejor de cada uno, demostrar el valor de su trabajo, delegar parte de las funciones asignadas cuando sea posible siempre y cuando el empleado esté plenamente capacitado y formado para llevar a cabo las tareas delegadas, potenciar la retroalimentación entre el personal y el líder del equipo para detectar problemas y obtener soluciones pueden ser formas de aumentar la motivación del personal de los centros sanitarios. Asimismo debería utilizarse el mecanismo de la carrera y el desarrollo profesional para realmente recompensar al trabajador que se implica frente al que no lo hace, en lugar de utilizar este complemento como un aumento de la retribución independiente del desempeño, ya que para ello ya existen otros conceptos retributivos como la antigüedad. Adicionalmente, debería otorgarse al personal sanitario de mayor estabilidad laboral, reduciendo la temporalidad y el número de contratos celebrados.

Por último, no debemos olvidar el papel de los órganos de control, tanto internos como externos. El control, lejos de ser un fin en sí mismo que interfiera con la actuación de las entidades, es un medio más para el logro de los objetivos. Por lo tanto, debe entenderse como un proceso que, bajo la responsabilidad indelegable de la alta dirección, es ejecutado por ella misma y por todos y cada uno de sus integrantes.

La implementación del sistema de control interno en los organismos y entidades públicas, es responsabilidad del representante legal de la entidad. La aplicación de los métodos y procedimientos, al igual que la calidad, la eficiencia y eficacia del control interno, es también responsabilidad de los jefes de cada una de las dependencias de la entidad. Sin embargo, la responsabilidad de la buena marcha de la entidad pública es de todas las personas que trabajan en ella.

El control interno, supone para los empleados públicos un instrumento adicional para el buen manejo, custodia, control y aplicación de los recursos públicos de las entidades además de ayudar a conseguir los objetivos de la organización. Contribuye también a fortalecer los principios de transparencia, rendición de cuentas y fiscalización de los recursos públicos.

El control externo ayuda a conseguir estos objetivos al analizar lo ejecutado a posteriori detectando los errores cometidos y proponiendo las recomendaciones surgidas del trabajo realizado encaminadas siempre a mejorar la gestión.

Dentro del ámbito del control en el entorno sanitario, como recomienda la Cámara de Cuentas de Andalucía, debe incrementarse su actividad, en amplitud e intensidad, en relación con determinadas áreas de la gestión de los RRHH, entre las que se pueden destacar las situaciones administrativas, la contratación temporal, la selección de puestos, las retribuciones, las cuotas de Seguridad Social, las horas trabajadas o las guardias cubiertas.

De aquí puede deducirse la gran importancia que tiene el control, pues es solo a través de esta función que lograremos precisar si lo realizado se ajusta a lo planeado y en caso de existir desviaciones, identificar los responsables y corregir dichos errores. Sin embargo es conveniente recordar que no debe existir solo el control a posteriori, sino que, al igual que el planteamiento, debe ser, por lo menos en parte, una labor de previsión. En este caso se puede estudiar el pasado para determinar lo que ha ocurrido y la razón por la cual los estándares no han sido alcanzados; de esta manera se pueden adoptar las medidas necesarias para que en el futuro no se cometan los errores del pasado.

9. Bibliografía

Varios autores. (2013). *Tratado de Derecho Sanitario*. Thomson Reuters Aranzadi.

Ordenación Profesional y Formación Continuada Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/5Ord_Prof_For_Cont.pdf

Recursos Asistenciales Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/3Rec_asist.pdf

Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP): <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

Informes de fiscalización de órganos de control externo

<https://www.ccuentas.es/files/reports/complete/1501573398-oe-06-2014-def.pdf>

http://www.camaradecuentasmadrid.org/admin/uploads/Informe_servicios_sanitarios_a_desplazados.pdf

http://www.sindicatura.cat/reportssearcher/download/13_08_es_tno.pdf

http://www.sindicatur.es/upload/informes/IDPersonal_SESPA156641.pdf