

10.4 Estructura retributiva y sistemas de compensación del personal estatutario: el marco estatutario.



Análisis del marco retributivo y los principales factores que lo condicionan del personal estatutario de los servicios de salud. Jornada, desempeño, trabajo extraordinario, carrera profesional, compatibilidad, formación. Conclusiones para el futuro.

Autor: Juan José Cañas Sancho

Director Económico Financiero en Rivamadrid

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Cañas Sancho Juan José. Estructura retributiva y sistemas de compensación del personal estatutario: el marco estatutario. [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2018 **[Actualizado Septiembre 2022]**[consultado día mes año]. Tema 10.4. Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



RESUMEN

La estructura retributiva del personal estatutario responde, en términos generales, a una estructura funcional.

Desde el año 1981 en que se inició el proceso de transferencias de la gestión de la sanidad hasta nuestros días, se han producido avances significativos en el sistema de compensación a los profesionales que desempeñan sus funciones en el marco estatutario, que vamos a intentar exponer en este tema en lo que su extensión permita.

También se realizará una exposición sobre los aspectos más relevantes de la jornada de trabajo dada la trascendencia que la misma tiene en el modelo retributivo, y en especial en lo referente a la atención continuada. Se abordará brevemente la importancia de la negociación colectiva.

1. *Introducción*
2. *Los componentes básicos de la retribución y la jornada de trabajo*
3. *El tiempo trabajado, y servicios y responsabilidades adicionales*
4. *La jornada complementaria y el trabajo extraordinario*
5. *El desempeño*
6. *Un pequeño inciso para la Atención Primaria.*
7. *La carrera profesional*
8. *La compatibilidad*
9. *La formación y especialización médica*
10. *El Personal estatutario de gestión y servicios.*
11. *La negociación de las condiciones de trabajo*
12. *Principales características en otros modelos de gestión y en el sector privado*
13. *Conclusiones*

Bibliografía

Se ha dedicado en el capítulo una referencia especial a los profesionales en formación que, aun no siendo personal estatutario, desempeñan un papel importante en nuestro modelo sanitario y tienen cierto peso en el gasto en personal de nuestras instituciones.

Se hará especial hincapié en la relevancia de la implantación de la carrera profesional tanto cualitativa como cuantitativamente, por ser este el concepto más significativo desde la aprobación del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Es necesario destacar que la crisis económica que se ha padecido a finales de la década pasada ha tenido una notable influencia en los modelos retributivos y de organización del trabajo, limitando las expectativas tanto políticas como de los profesionales, no permitiendo el desarrollo e implantación plena de medidas acordadas en todos sus términos.

1.- Introducción

La estructura retributiva y los sistemas de compensación del personal estatutario de nuestro Sistema Nacional de Salud

La estructura retributiva del personal estatutario responde a un modelo funcional

responde, en términos generales, a un modelo funcional.

El Real Decreto Ley 3/1987 de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud diseña las líneas maestras por las que se rige el modelo retributivo del personal estatutario. Este Real Decreto ha sido derogado con la aprobación de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

El Estatuto Marco dedica su Capítulo IX al apartado retributivo, dedicándole los artículos del 41 al 45.

Si analizamos el desarrollo normativo y los múltiples acuerdos que han sido elaborados por los distintos servicios de salud nos encontramos con una multiplicidad de situaciones que llevan a una gran heterogeneidad entre las distintas autonomías, dándose situaciones en las que prácticamente se aplica tal cual la antigua estructura retributiva del extinto INSALUD hasta otras autonomías que han diseñado un modelo retributivo totalmente nuevo, si bien, conceptualmente, no es complejo analizar sus diferencias.

No obstante, como se pondrá de manifiesto en el texto, existen importantes diferencias en la retribución total que puede llegar a percibir un profesional de la misma categoría en función de la Comunidad Autónoma en que desarrolle su trabajo.

Los datos que se presentan en este tema están lo más actualizados posibles, pero la evolución de la economía, los imperativos derivados de la Comunidad Europea, y la negociación colectiva que se produce en cada Servicio de Salud, pueden traer consigo significativas reformas normativas, siendo difícil disponer del último dato, pues muchas de las cuestiones que a continuación se expondrán pueden estar debatiéndose en una mesa de negociación. No obstante, con lo destacado en este trabajo, podemos tener una foto realista de la materia que nos ocupa en términos generales.

Por último, destacar que el Estatuto Marco distingue dos grandes clasificaciones de personal:

- Personal estatutario sanitario,
- Personal estatutario de gestión y servicios.

2.- Los componentes de la retribución y la Jornada de trabajo

Conforme al artículo 41 del Estatuto Marco, el sistema retributivo del personal estatutario se estructura en retribuciones básicas y retribuciones complementarias, y responde a los principios de cualificación técnica y profesional y asegura el mantenimiento de un modelo común en relación con las retribuciones básicas.

Las retribuciones se clasifican en básicas y complementarias

La retribución de un profesional compensa el trabajo realizado en jornada ordinaria y en jornada complementaria. Conforme a la clasificación que se establece en el Estatuto Marco la estructura retributiva sería la siguiente:

a. Retribuciones básicas: serán iguales en todos los servicios de salud y se determinarán, cada año, en las correspondientes Leyes de Presupuestos autonómicas, coincidiendo sus cuantías con las establecidas cada año en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para los funcionarios públicos. Comprenden los siguientes conceptos:

- Sueldo, que se determina en función de la categoría profesional para todo el territorio nacional.
- Trienios, que es una cantidad determinada, también por categoría profesional, por cada tres años de servicios.
- Las pagas extraordinarias, que serán dos al año y por un importe mínimo igual al sueldo base y una catorceava parte del complemento de destino anual.

b. Retribuciones complementarias, se orientan prioritariamente a la motivación del personal, a la incentivación de la actividad y la calidad del servicio, a la dedicación y a la consecución de los objetivos planificados. Pueden ser fijas y variables y remuneran la función desempeñada, la categoría profesional, la dedicación, la productividad o el cumplimiento de objetivos. Se distribuyen en:

- Complemento de destino, retribuye el nivel del puesto (facultativo especialista, jefe de sección, de servicio, ...)
- Complemento específico, para compensar la especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad,

incompatibilidad, peligrosidad o penosidad del puesto de trabajo.

- Complemento de productividad, que remunera el especial rendimiento, el interés, la iniciativa, y el cumplimiento de objetivos o la participación en determinados programas.
- Complemento de atención continuada, al objeto de retribuir el mantenimiento de los servicios sanitarios a los usuarios de manera permanente, donde se incluyen las guardias.
- Complemento de carrera, que remunera el grado de carrera profesional alcanzado.

Los conceptos y las cuantías de las retribuciones complementarias son determinados por cada Servicio de Salud.

Retribuciones Básicas

- Sueldo
- Trienios

Retribuciones Complementarias

- Complemento de destino
- Complemento específico
- Complemento de productividad
- Complemento de atención continuada
- Complemento de carrera

En el sistema público lo más frecuente (aunque puedan existir diferencias en alguna forma de gestión, por ejemplo hospitales constituidos como empresa pública) es que en cuanto a retribuciones fijas estas sean las mismas independientemente del nivel de experiencia o especialidad que el profesional posea, diferenciando únicamente y por una escasa cantidad la antigüedad o años de trabajo desempeñado en el sistema público.

Las retribuciones fijas también tienen un componente especial que veremos más adelante y es la contraprestación diferenciada por la exigencia o no de dedicación exclusiva, que en algunas comunidades autónomas supone un elemento salarial adicional.

Señala el estatuto Marco que la cuantía de las retribuciones se adecuará a lo que dispongan las correspondientes leyes de presupuestos.

La jornada de trabajo

Es necesario expresar algunos conceptos sobre la jornada de trabajo tal y como se recogen en el Estatuto Marco dado el importante impacto económico que deriva en la retribución de los profesionales.

Conceptos a destacar en relación con la jornada de trabajo

- Tiempo de trabajo
 - Período de localización
 - Período de descanso
 - Período nocturno
 - Trabajo por turnos
-
- **Tiempo de trabajo:** el período en el que el personal permanece en el centro sanitario, a disposición del mismo y en ejercicio efectivo de su actividad y funciones. Su cómputo se realizará de modo que tanto al comienzo como al final de cada jornada el personal se encuentre en su puesto de trabajo y en el ejercicio de su actividad y funciones. Se considerará, asimismo, tiempo de trabajo los servicios prestados fuera del centro sanitario, siempre que se produzcan como consecuencia del modelo de organización asistencial o deriven de la programación funcional del centro.
 - **Período de localización:** período de tiempo en el que el personal se encuentra en situación de disponibilidad que haga posible su localización y presencia inmediata para la prestación de un trabajo o servicios efectivo cuando fuera llamado para atender las necesidades asistenciales que eventualmente se puedan producir.
 - **Período de descanso:** todo período de tiempo que no sea tiempo de trabajo.
 - **Período nocturno:** el período nocturno se definirá en las normas, pactos o acuerdos que sean aplicables a cada centro sanitario. Tendrá una duración mínima de siete horas e incluirá necesariamente el período comprendido entre las cero y las cinco horas de cada día natural. En ausencia de tal definición, se considerará período nocturno el comprendido entre las 23 horas y las seis horas del día siguiente.
 - **Trabajo por turnos:** toda forma de organización del trabajo en equipo por la que el personal ocupe sucesivamente las mismas plazas con arreglo a un ritmo determinado,

incluido el ritmo rotatorio, que podrá ser de tipo continuo o discontinuo, implicando para el personal la necesidad de realizar su trabajo en distintas horas a lo largo de un período dado de días o de semanas.

La jornada de trabajo se define en el capítulo X del Estatuto Marco (artículos 46 a 61) donde se establecen unas condiciones para la protección de la seguridad y salud del personal, concretándose para cada centro de acuerdo a las normas que se pacten. El Estatuto señala que a través de la programación funcional del centro de trabajo se podrá establecer la distribución irregular de la jornada a lo largo del año.

Antes de las transferencias la jornada ordinaria en el INSALUD era de 1645 horas anuales, estando ahora entre las 1519 y 1600 en términos generales y según la comunidad de que se trate, para el turno fijo diurno.

La jornada general de trabajo no podía ser inferior a treinta y siete horas y media semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo anual, según establecía la Ley 2/2012 de 29 de junio de Presupuestos Generales del estado para el año 2012. La Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018 derogó esa obligación, y así a partir de ese año se pueden establecer otras jornadas distintas en base a cumplimiento de determinadas obligaciones. Por tanto, la jornada anual puede ser distinta entre las distintas Comunidades Autónomas.

Habitualmente el personal médico, y a diferencia del personal sanitario no facultativo, no trabaja a turnos salvo en algunos servicios (fundamentalmente en el servicio de urgencias) siendo lo predominante el horario de mañana, aunque puedan existir otras modalidades (jornada de tarde, o mixta).

Sin ser frecuente pueden darse situaciones de reducción de jornada o de nombramientos eventuales para la realización de jornada reducida, siendo en estos casos el salario proporcional al tiempo contratado.

La jornada de trabajo, como se ha dicho, viene regulada en el estatuto marco y de manera indisociable con el régimen de permisos, licencias y descansos. Se diferencia entre jornada ordinaria, complementaria (atención continuada) y especial.

Hay que destacar que no se hace ninguna mención a la jornada que hay que desempeñar en funciones estrictamente asistenciales y otro tipo de funciones como sería la formación continuada,

La jornada general de trabajo del personal del sector público suele estar entre treinta y siete horas y media y treinta y cinco semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo anual

la investigación, la docencia o la participación en comisiones.

La suma de las jornadas ordinaria y complementaria no podrá superar el límite de 48 semanales en cómputo semestral, pudiéndose, en determinados supuestos, incrementarse en 150 horas anuales con la consideración de jornada especial.

La exclusividad o no con el sistema público depende de la comunidad autónoma, habiendo situaciones de todos los tipos. Se regula en los artículos 76 y 77 del estatuto marco y existen comunidades autónomas que no la permiten y otras que sí.

Lo habitual es que la práctica privada no suponga ningún tipo de reducción de la jornada a prestar en el centro sanitario público.

En los casos de responsabilidad docente o de gestión en el hospital lo habitual es que la jornada ni aumente ni disminuya existiendo, en muchos casos, una dispensa de jornada sobre las tareas asistenciales (de duración a pactar en cada centro) y una compensación económica.

Respecto a la jubilación, esta será forzosa al cumplir el interesado la edad de 65 años, no obstante el personal estatutario podrá prolongar su vida laboral hasta los 70 años siempre que quede acreditada su capacidad para desarrollar su actividad, teniendo que ser autorizada por el servicio de salud correspondiente, en función de sus necesidades articuladas en el marco de un plan de ordenación de recursos humanos.

El trabajo sin dedicación exclusiva al sector público no supone la modificación del tiempo de trabajo a realizar en el centro sanitario.

3.- El tiempo trabajado, y servicios y responsabilidades adicionales

Como se ha señalado anteriormente las retribuciones remunerarán el trabajo realizado en jornada ordinaria y complementaria, determinándose en las normas, pactos o acuerdos que se alcancen en cada comunidad autónoma, con los límites que se establecen en el estatuto marco.

Sin ser habitual, en ocasiones se convienen jornadas de trabajo inferiores a la habitual, generándose en ese caso unas retribuciones proporcionales al tiempo de trabajo efectivamente contratado.

En el caso de celebrarse contratos para realizar atención continuada se retribuirá (habitualmente) al precio que se haya establecido como compensación a las horas de guardia realizadas.

Cuando se realizan jornadas extraordinarias por otras tareas no habituales se suele percibir complementos retributivos que se explican en otros apartados de este trabajo.

En la administración pública existe el pago por antigüedad que se concreta en los llamados trienios (por cada tres años de servicio en la categoría laboral). La cantidad supone algo más del 1% sobre los ingresos fijos totales.

En los hospitales públicos españoles existe una estructura jerarquizada con tan solo tres niveles en el caso de los médicos: facultativo especialista de área, jefe de sección y jefe de servicio (en algunos centros hay una cuarta denominada jefe de departamento). Ocupar una posición jerárquica en el hospital tiene una contraprestación económica en las retribuciones fijas (en todo caso) y en las variables- productividad variable (en algún caso). Es destacable que un jefe de servicio o de sección tiene las mismas retribuciones fijas independientemente de la complejidad y tamaño del servicio u hospital en que trabaje y del número de personas que tenga a su cargo.

En el personal sanitario existen las categorías de supervisora de área, supervisora de unidad, enfermera, técnico superior y auxiliar de enfermería, en los términos más generales al objeto de reflejar el esquema jerárquico. Aquí sí que es destacable que puede existir diferencia en las retribuciones en función del puesto (por ejemplo enfermera de consultas, hospitalización o quirófano) aunque no muy significativas.

En cuanto a los puestos directivos (gerente, director y subdirector) existe un gran problema retributivo en el que no incidiremos pues entendemos que no es objeto del contenido de la unidad, pero señalar que la compensación económica por desempeñar un cargo de dirección de centro es, en la mayoría de los casos, inferior a la que se obtendría por desempeñar un cargo inferior en la escala jerárquica e incluso como médico de base. Esto supone, en ocasiones, una importante dificultad para contratar a las personas idóneas para el desempeño de estas responsabilidades.

El complemento económico que supone desempeñar una jefatura en un centro sanitario sería:

- Jefe de Departamento (Varias Especialidades). Esta figura que solo existe en los grandes hospitales y que tiende a desaparecer conlleva un incremento retributivo sobre el médico de base de en torno al 30%
- Jefe de Servicio. Percibe unas retribuciones de aproximadamente un 27% por encima del médico de base.

En los hospitales existe una estructura jerarquizada, normalmente con solo tres niveles médicos: jefe de servicio, jefe de sección y facultativo especialista de área.

- Jefe de Sección. Percibe aproximadamente un 14% más

En enfermería una supervisora de área puede tener un incremento retributivo sobre la enfermera de base de en torno a un 25% y una supervisora de unidad de un 18-20%.

4.- La jornada complementaria y el trabajo extraordinario

Jornada complementaria

Lo que hoy llamamos jornada complementaria la podemos diferenciar en dos grandes categorías: guardias de presencia física o localizada (lo que es propiamente la jornada complementaria) y otros trabajos por encima de la jornada ordinaria (lo que habitualmente se ha dado en llamar jornadas especiales y/o "peonadas").

Una parte importante de las retribuciones vienen determinadas por las percepciones obtenidas por la realización de atención continuada.

El estatuto marco expone, como se ha dicho, unas disposiciones de mínimos. Se establece el cómputo de horas máximas a trabajar en 48 semanales en cómputo semestral, ampliables en 150 más en determinados supuestos; considera que la localización no es tiempo de trabajo salvo que se produzca la movilización; el tiempo de trabajo de la jornada ordinaria no podrá exceder de 12 horas ininterrumpidas.

Esto condiciona la programación de los servicios y el sistema de libranzas, siendo lo habitual que la libranza se produzca a la salida de la guardia y que se entre de guardia tras la jornada ordinaria.

Lo habitual también es que la guardia sea de 17 horas de lunes a viernes y de 24 horas los sábados y festivos.

También hay que destacar que dada la normativa existente para eximir de realizar guardias bajo determinadas condiciones (mayor de 55 años, mujer embarazada), ha proliferado el contrato para realizar guardias, existiendo médicos que sólo realizaban guardias del servicio con la expectativa de que esta vinculación fuera un primer paso para ganar méritos ante futuras contrataciones.

Un médico que realice guardias alcanzará un incremento sobre sus retribuciones fijas de más del 30%.

La atención continuada tiene un peso muy importante en el total de las retribuciones de los médicos, superando en casos el 30% de las retribuciones totales.

Lo habitual es que un facultativo de hospital que realiza guardias haga entre 2/4 al mes; estaríamos por tanto hablando de unas 30 guardias al año.

En determinados servicios se producen guardias localizadas, bien por las características del mismo, bien como refuerzo de la guardia de presencia del propio servicio.

Lo destacable es que la localización no computa como jornada de trabajo salvo en el caso en que se requiera la prestación efectiva de un servicio, computándose en ese momento como jornada tanto el tiempo efectivo de trabajo como el necesario para los desplazamientos.

Existen otros modelos de organización colectiva y autónoma por grupo de profesionales o servicios, pudiendo destacarse la variedad de formas que hay para organizar la cobertura de los servicios de urgencias, donde no es infrecuente que se organicen por turnos con una jornada anual y unas condiciones retributivas acordadas con la gerencia del centro.

El personal sanitario no facultativo realiza habitualmente la atención continuada mediante el trabajo a turnos. En este caso se cobra una cantidad fija al mes más otra por cada noche, domingo o festivo, pero entendiendo siempre que esta jornada se computa dentro de la jornada ordinaria, que tiene una reducción sobre la de turno fijo diurno en función del número de noches que se realicen en el año.

Hay que destacar que el precio de hora de guardia estaba muy descompensado en relación al que se pagaba por la jornada ordinaria. Por este motivo fue necesario realizar, de forma generalizada por los servicios de salud una revisión de lo que se abonaba por este concepto. Hoy en día (año 2022) el precio de una hora de guardia de presencia puede estar en promedio en unos 25 euros, según Comunidad Autónoma y de lunes a viernes y un 10% más en la guardia de sábado y festivo normal (la localizada en torno a la mitad), habiendo diferencias, que pueden llegar a ser significativas, entre los distintos Servicios de Salud.

El precio de la hora de guardia ha subido mucho, y puede llegar el momento que a efectos coste y si hay profesionales en el mercado de trabajo, sea más eficiente organizar el trabajo por turnos que por el sistema tradicional de guardias. Esto se produciría en el momento en el que fuera indiferente abonar las retribuciones de un médico a jornada completa (incluyendo un sobrecoste por turnicidad y nocturnidad) frente a contratar el mismo número de horas de atención continuada.

Trabajos Extraordinarios

En cuanto a la realización de pagos por la realización de servicios o actividad adicional, se producen, en términos generales, para ejecutar programas de reducción de los tiempos de demora. Estos programas se pueden desarrollar en el propio centro si existe capacidad para ello o en centros ajenos si en el propio centro no hay disponibilidad quirúrgica o de camas.

En cuanto a la compensación retributiva de esta actividad las fórmulas más habituales consisten en un pago por tipo de intervención o bien pago por sesión quirúrgica, pactando previamente el número y tipo de intervenciones a realizar en cada sesión. También hay fórmulas mixtas.

Hay que poner de manifiesto que la retribución no se puede generalizar, que en cada hospital puede haber un criterio distinto, y que el número de sesiones especiales depende de la demora del servicio, de "compensaciones", o de otros factores, aunque cada vez más, y debido a la generalización de estos programas, se establecen unas contraprestaciones por Servicio de Salud para todos centros, si bien pueden existir remuneraciones diferentes en función de la complejidad de la actividad.

Destacar también que, en ocasiones, y según la disponibilidad de profesionales en el mercado de trabajo y/o si existe dificultad para cubrir estas jornadas extraordinarias con facultativos propios, se pueden realizar nuevas contrataciones temporales para abordar estos programas de reducción de demora.

Normalmente no se suele pagar por incrementar el rendimiento en jornada ordinaria, aunque en ocasiones se establecen compensaciones económicas por garantizar la no suspensión de la cirugía al último paciente programado, en caso de que la intervención vaya a suponer una prolongación de la jornada ordinaria.

Las retribuciones medias podrían suponer un complemento de entre el 50 y el 100 de lo que se gana en cómputo anual por atención continuada. Es obvio que el tiempo trabajado no computa como jornada.

En relación al pago por la realización de funciones docentes y de investigación, hay que destacarlo que no se efectúan pagos por la labor docente pre-grado, ni por la realización de sesiones clínicas en los centros sanitarios, conformándose como una de las funciones junto a la asistencial e investigadora del médico especialista.

Si, en cambio, existen contraprestaciones por el ejercicio docente

La atención continuada tiene un peso muy importante en el total de las retribuciones de los médicos, superando en casos el 30% de las retribuciones totales.

en cursos especializados con las limitaciones (en teoría) horarias en función de lo que establezca la legislación vigente.

La participación en ensayos clínicos y otros proyectos de investigación es también dispar dependiendo de la organización que se haya producido de estas materias en cada comunidad autónoma y/o en cada hospital, pero, en términos generales y aunque se precise la autorización de la "autoridad competente" la contraprestación económica entre el financiador del estudio y los investigadores se pacta entre ellos.

Cabría aquí destacar los esfuerzos realizados por la administración sanitaria en los últimos años para buscar la introducción de mejoras en la gestión de la formación, pero, sobre todo, de la investigación. Así, en los últimos años, se han creado tanto Fundaciones como Institutos y tanto a nivel de un solo hospital, como de una comunidad autónoma o un área de conocimiento al objeto de facilitar la investigación biomédica, liberando al personal investigador de las tareas burocráticas y de gestión que conllevaban los proyectos.

Respecto a la posibilidad de obtener una compensación salarial por ejercer una responsabilidad adicional o especial por la coordinación o participación en determinados comités, es cierto que vía productividad variable existía una cantidad que se abonaba a los responsables de estos comités, si bien era de una cuantía no suficiente para incentivar por sí sola este desempeño adicional. Algunos centros optaban por equiparar retributivamente estas responsabilidades especiales con el equivalente a una jefatura de sección.

5.- El desempeño

Mención importante merecen las retribuciones relacionadas con el desempeño. Desde principios de los años 90 se introdujo en la gestión sanitaria pública española la dirección participativa por objetivos. Se acordaba un Contrato Programa o de Gestión con el centro sanitario donde se establecían unos objetivos generales a cumplir y otros específicos, unos objetivos de actividad, de calidad y financieros.

Dice el Estatuto Marco, en la evaluación del desempeño del personal estatutario, que los servicios de salud se deberá establecer a través de procedimientos fundados en los principios de igualdad, objetividad y transparencia. La evaluación periódica deberá tenerse en cuenta a efectos de determinación de una

parte de estas retribuciones complementarias, vinculadas precisamente a la productividad, al rendimiento y, en definitiva, al contenido y alcance de la actividad que efectivamente se realiza.

En términos generales, y sin tener en cuenta los modelos que hayan podido establecerse para las experiencias de las unidades de gestión clínica o institutos, el modelo más extendido era que el sistema de incentivación provenía en primer término del sistema sanitario al hospital en función del cumplimiento de los objetivos de actividad (con mucha importancia a la gestión de las demoras), económicos (cumplimiento presupuestario) y de calidad que se habían pactado en los contratos programa o de gestión, y bien directamente o mediante sistema de torneo entre gerencias.

A continuación, el hospital repartía la cantidad asignada para los distintos colectivos bien entre los servicios (en función de los objetivos pactados con la dirección del hospital) y luego del servicio a cada profesional, o bien directamente a los profesionales.

Hay que decir que el desarrollo de estos modelos tras las transferencias es muy dispar pues hay comunidades autónomas que pueden retribuir por este concepto cantidades muy significativas, y, otras, directamente, no tienen modelo.

Es de destacar el esfuerzo y la consideración estratégica que a la retribución variable ha otorgado alguna comunidad autónoma que ya tenía las transferencias de gestión con anterioridad, y en especial la comunidad de Andalucía. Esta comunidad apostó a por un modelo de gestión por competencias, que, aparte de su utilidad en el desarrollo del modelo de carrera profesional, tuvo una destacada visibilidad en la implantación de un sistema de evaluación individual del desempeño.

6.- Un pequeño inciso para la Atención Primaria.

Es obligado realizar una mención especial a la Atención Primaria, que es diferencial respecto a las retribuciones del personal que trabaja en hospitales y centros de especialidades.

En Atención Primaria hay fundamentalmente dos aspectos que conviene destacar. Por una parte, un componente de sus retribuciones es variable en función del número de tarjetas sanitarias que tengan asignadas, siendo además las cantidades

No existe en nuestro país un modelo generalizado para retribuir el desempeño, siendo uno de los retos pendientes de nuestro sistema sanitario.

distintas en función de la edad de los pacientes y del grado de dispersión geográfica que tenga la zona de referencia del equipo de atención primaria. Existe, por tanto, un pago capitolativo.

Por otra, y tras el proceso de transferencias sanitarias producido en el año 2002 se produjo una negociación generalizada de la compensación por atención continuada en el sistema, que ha traído como consecuencia que en la práctica totalidad de España se haya equiparado el precio de la guardia del especialista de hospital y del de atención primaria, pues tradicionalmente la guardia hospitalaria estaba sustancialmente mejor retribuida.

7.- La carrera profesional

La carrera profesional del personal estatutario se define en el artículo 40 del estatuto marco como el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.

Además, la carrera profesional ha de ser homologable entre los diferentes servicios de salud para garantizar el reconocimiento mutuo y la libre circulación de los profesionales.

La carrera profesional se establece como derecho tras la publicación del Estatuto Marco, que como se recordará es aprobado con posterioridad al traspaso de las competencias en gestión sanitaria a las Comunidades autónomas.

Por tanto, podemos decir que se trata, entre otras cosas, de un nuevo concepto retributivo que ha sido definido y negociado entre los años 2005/2006 fundamentalmente, y es preciso distinguir entre dos situaciones clave que se tenían que dilucidar en la implantación del modelo:

- cómo se encuadraba a los médicos que ya tenían el número de años de servicio necesarios para poder acceder a un determinado nivel de carrera en la fase de implantación del modelo, también llamada fase de acceso excepcional
- y cómo se accedía al grado correspondiente una vez se hubiera procedido a ese encuadramiento inicial, esto es, cómo se progresaba en el futuro, en la llamada fase de encuadramiento ordinario.

Las soluciones fueron varias según la comunidad autónoma.

También en función del régimen jurídico de los trabajadores (estatutarios, funcionarios o laborales) se optó por diversas soluciones, pero, en general, han accedido al sistema de carrera profesional en condiciones similares a las del personal estatutario.

Las principales discusiones en el marco negociador, aparte de los elementos de evaluación para encuadrarse en el escalafón correspondiente, responden a las preguntas siguientes y la respuesta es siempre la misma: según la comunidad autónoma.

- ¿Es automático el reconocimiento? En general en la fase excepcional y en los primeros niveles se ha valorado fundamentalmente el número de años de servicio. Luego, en la fase ordinaria habrá que acreditar los méritos que se establezcan.
- ¿Es posible el descenso? Esto es, una vez alcanzado un determinado nivel ¿se puede retroceder o perder el nivel alcanzado? La respuesta varía según la comunidad autónoma, aunque predomina la irreversibilidad
- ¿Hay limitación al número de receptores en los distintos niveles? La solución mayoritariamente alcanzada es la de que no exista una limitación al número de profesionales que alcancen un nivel de carrera siempre que queden acreditados los requisitos exigidos.

En todas las comunidades autónomas se ha optado por establecer cuatro niveles retribuidos de carrera profesional, con unas percepciones, en su día, similares que supusieron un incremento sobre los ingresos fijos más que significativo. Señalar que en Andalucía hay cinco niveles, siendo el Nivel I no retribuido, y se adquiere de forma automática cuando se consigue la propiedad de la plaza, y a efectos del cómputo de permanencia (cinco años) se tendrán también en cuenta los servicios prestados como no propietario, en la categoría o especialidad.

A continuación, se muestra una tabla comparativa que contempla el desarrollo normativo inicial en cada comunidad autónoma, con la fecha de aprobación del modelo.

La carrera profesional se define en el artículo 40 del estatuto marco, siendo uno de los elementos más complejos de implantar en el marco de las relaciones laborales de los servicios de salud.

	Marco Normativo	Año Implantación		Marco Normativo	Año Implantación
Andalucía	Acuerdo de 18-7-2006 (BOJA 31-7-06)	2006	Extremadura	Resolucion 23-01-06 (DOE 14-02-06)	2005
Aragón	Acuerdo 13/11/2007	2008	Galicia	Decreto 155/05(DOG 13-06-05)	2005
Asturias	Resolucion 14-02-07 (BOPA 08/03/2007)	2007	INGESA	Resolucion 25-07-2007 (BOE 6-10-07)	2007
Baleares	Acuerdo 22-12-2006 (BOIB 30-12-2006)	2007	Madrid	Acuerdo 25-01-07 (DOCM 7-02-07)	2005
Canarias	Decreto 278/2003 13-11 (BOC 14-11-03)	2004	Murcia	Acuerdo 12-12-06	2007
Cantabria	Acuerdo 3-8-2006 (BOC 4/09/2006)	2006	Navarra	Ley 11/1999 (BON 9-4-99)	2001
Castilla y León	Acuerdo 12-12-06(BOCL 4-1-07)	2007	La Rioja	Acuerdo 19-07-06 (BOR 10-8-06)	2006
Castilla la Mancha	Decreto 117/2006 (DOCM 1-12-06)	2006	Valencia	Resolucion 1-02-06 (DOGV 21-02-06)	2006
Cataluña	Resolucion 2809/2003 15-05 (DOGC22-09-03)	2002	C.A. Vasca	Decreto 395/05(BOPV 2-12-05)	2005

Es de destacar que con la crisis económica que se sufrió en España tras la implantación del modelo de carrera muchos servicios de salud detuvieron o renegociaron el ritmo de implantación del reconocimiento de niveles y de las distintas fases del

modelo de carrera profesional. Efectivamente había que reducir gasto público al objeto de cumplir con los objetivos de déficit que establecía “Europa” y las leyes de presupuesto no permitían crecimientos de la masa salarial o los limitaban extremadamente. Por tanto, el desarrollo del complemento retributivo de carrera profesional era prácticamente imposible de desarrollar. Tras más de diez años transcurridos desde la aprobación de los distintos modelos de carrera profesional por los distintos Servicios de Salud, aún es un tema candente en la mayoría de las mesas de negociación sectoriales de sanidad, y una de las mayores fuentes de conflictos laborales y demandas judiciales.

A día de hoy, las retribuciones de los distintos niveles de carrera profesional son significativamente distintos entre Comunidades Autónomas. A modo de ejemplo vamos a mostrar los importes anuales por nivel o grado en cinco Comunidades Autónomas, y para las categorías de médico y enfermería.

Médica/o				
	N I	N II	N III	N IV
Madrid	4.437,36	8.225,16	11.580,12	14.610,24
	N I	N II	N III	
Aragón	3.819,60	7.427,04	10.610,16	
	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Castilla y Leon	3.357,06	6.713,56	10.070,06	13.426,56
	N II	N III	N IV	N V
Andalucía	3.347,16	6.695,64	10.043,52	13.391,16
	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Asturias	3.064,74	6.129,06	9.133,60	12.138,00

Enfermera/o				
	N I	N II	N III	N IV
Madrid	3.030,48	5.736,12	8.706,00	11.363,64
	N I	N II	N III	
Aragón	2.673,96	5.199,12	7.108,80	
	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Castilla y Leon	2.014,46	4.028,36	6.042,12	8.056,02
	N II	N III	N IV	N V
Andalucía	2.176,20	4.352,28	6.528,60	8.704,08
	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Asturias	2.066,12	4.132,66	6.158,32	7.680,26

Las cifras corresponden a las tablas retributivas para el año 2022. En Aragón no se expresa la cantidad para el Nivel IV. Hay Comunidades Autónomas que lo retribuyen en 12 pagas y otras en 14. Como se puede observar hay diferencias muy significativas entre Servicios de Salud.

8.- La Compatibilidad

Conforme a los que expresa el Estatuto Marco en los artículos 76 y 77, al personal estatutario le es de aplicación el régimen de incompatibilidades establecido con carácter general para los funcionarios públicos. En relación al régimen de compatibilidad entre las funciones sanitarias y docentes, se estará a lo que establezca la legislación vigente.

En el ámbito de cada servicio de salud se establecerán las disposiciones oportunas para posibilitar la renuncia al complemento específico por parte del personal licenciado sanitario. Los servicios de salud regularán los supuestos, requisitos, efectos y procedimientos para dicha solicitud.

Con respecto a la posibilidad de compatibilizar el trabajo en el sector público y el sector privado se ha producido una situación cuando menos curiosa. Hay un concepto salarial que, en parte, retribuía esa exclusividad y por tanto el que ejercía en la sanidad privada no lo cobraba, debía renunciar expresamente a él (hablamos del complemento específico).

La ley 53/1984 de 26 de diciembre de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas, declara por excepción en su artículo 16.4 que podrá reconocerse la compatibilidad para ejercer en el sector privado al personal cuyo complemento específico no supere en un 30% a las retribuciones básicas, excluida la antigüedad.

Ante la dificultad legal de imponer la exclusividad, algunas comunidades autónomas han fijado distintos tipos de complemento específico en función de que se contemple o no la exclusividad al Servicio de Salud.

También hay comunidades autónomas que han parcelado ese complemento al objeto de poder retribuir con las mismas cuantías a quien trabaja en exclusiva y a quien no lo hace, pues en definitiva realizan la misma jornada laboral. Estamos hablando de una cantidad que suponía algo más del 20% de las retribuciones fijas.

La complementariedad / compatibilidad viene regulada de manera distinta en cada comunidad. Así hubo comunidades autónomas que en una determinada fecha realizaron un corte a partir del cual ya no autorizaban ninguna compatibilidad, otras que las reconocen si se renuncia al complemento específico, otras que la autorizan en cualquier caso, muchas que solo la autorizan al personal que no ostenta ninguna responsabilidad jerárquica u organizativa en el hospital.

A este respecto se han producido varias demandas de inconstitucionalidad, siendo destacable la Sentencia 197/2012, de 6 de noviembre de 2012, que dice que está afirmado "el carácter básico de la renunciabilidad del complemento específico, en cuanto regla especial en materia de incompatibilidades que el Estado puede legítimamente establecer (STC 172/1996, de 31 de octubre, FFJJ 2 y 6), la referencia a las normas autonómicas que han de posibilitar y establecer las condiciones en las que tal renuncia es posible no puede ser entendida en contradicción con el mencionado carácter básico y ello con independencia de la efectiva implantación de las consecuencias retributivas vinculadas a la condición renunciable de la exclusividad en la dedicación, cuestión evidentemente relacionada pero distinta de la aquí planteada, que no es sino relativa a un régimen de incompatibilidad. Antes al contrario, corresponde a las Comunidades Autónomas, en el desarrollo de la base estatal, valorar y delimitar la concurrencia, en su caso, de posibles situaciones disfuncionales de incompatibilidad por la ocupación de un puesto de trabajo en el sector público con el ejercicio de una actividad profesional privada".

Ante incumplimientos del régimen de incompatibilidades actúa el régimen disciplinario, que se regula en el estatuto marco, siendo la potestad disciplinaria, de cada servicio de salud. El incumplimiento de las normas sobre incompatibilidades, cuando suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad es una falta muy grave

9.- La formación y especialización médica

Dada su especial relevancia por el número de profesionales y la labor desempeñada, y por las peculiaridades de esta categoría, vamos a presentar un aparte exponiendo de forma general los aspectos más relevantes de los médicos en formación, siendo conscientes que dejamos fuera a otros profesionales sanitarios en formación.

Tal y como se define en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones Sanitarias, la formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada y de carácter oficial, teniendo como objetivo dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.

Le corresponde al Gobierno el establecimiento de los títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud, así como su supresión o cambio de denominación, teniendo el título de especialista carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado.

La obtención del título de especialista requiere estar en posesión del título de Licenciado en Medicina, acceder al sistema de formación que corresponda completando éste en su integridad de acuerdo con los programas de formación que se establezcan y superar las evaluaciones que se determinen.

La formación tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados debiendo estar los centros en que se desarrolle acreditados.

Según el artículo 20 de la Ley, la formación mediante residencia se atenderá a los siguientes criterios:

- a. Los residentes realizarán el programa formativo de la especialidad con dedicación a tiempo completo. La formación mediante residencia será incompatible con cualquier otra actividad profesional. También será incompatible con cualquier actividad formativa, siempre que ésta se desarrolle dentro de la jornada laboral de la relación laboral especial del residente.
- b. La duración de la residencia será la fijada en el programa formativo de la especialidad y se señalará conforme a lo que dispongan, en su caso, las normas comunitarias.
- c. La actividad profesional de los residentes será planificada por los órganos de dirección conjuntamente con las comisiones de docencia de los centros de forma tal que se incardine totalmente en el funcionamiento ordinario, continuado y de urgencias del centro sanitario.
- d. Los residentes deberán desarrollar, de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa, asumiendo de forma progresiva, según avancen en su formación, las actividades y responsabilidad propia del ejercicio autónomo de la especialidad.

- e. Las actividades de los residentes, que deberá figurar en el Libro de Residente, serán objeto de las evaluaciones que reglamentariamente se determinen. En todo caso existirán evaluaciones anuales y una evaluación final al término del período de formación.
- f. Durante la residencia se establecerá una relación laboral especial entre el servicio de salud o el centro y el especialista en formación. El Gobierno, atendiendo a las características específicas de la actividad formativa y de la actividad asistencial que se desarrolla en los centros sanitarios, y de acuerdo con los criterios que figuran en este capítulo y en la disposición adicional primera de esta Ley, regulará la relación laboral especial de residencia.

El acceso a la formación sanitaria especializada se efectuará a través de una convocatoria anual de carácter nacional, estableciéndose el sistema de adjudicación de las plazas ofertadas de acuerdo al orden decreciente de la puntuación obtenida por cada aspirante. La oferta de plazas de la convocatoria anual se fijará atendiendo a las propuestas realizadas por las comunidades autónomas, a las necesidades de especialistas del sistema sanitario y a las disponibilidades presupuestarias.

La vinculación con los servicios de salud se establece mediante la relación laboral especial de residencia y tiene la consideración de personal laboral temporal del servicio de salud o centro en que reciban la formación, debiendo desarrollar el ejercicio profesional y las actividades asistenciales y formativas que de los programas de formación se deriven.

Esta relación laboral especial está regulada mediante el Real Decreto 1146/2006 de 6 de octubre, donde se contemplan:

- Las peculiaridades de su jornada de trabajo y régimen de descansos
 - La duración máxima de la jornada ordinaria no podrá exceder las 37,5 horas semanales de promedio en cómputo semestral, salvo que mediante acuerdo pacto o convenio se establezca otro cómputo. Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un periodo de descanso continuo de 12 horas.
 - En todo caso, después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera establecido excepcionalmente, bien sea de jornada

Los médicos en formación no son personal estatutario sino que se vinculan mediante un contrato laboral temporal.

complementaria, bien sea de tiempos conjuntos de ambas, el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de emergencia asistencial

- El residente estará obligado exclusivamente a realizar las horas de jornada complementaria que el programa formativo establezca para el curso correspondiente. En todo caso, no podrá realizar más de siete guardias al mes
- los supuestos de resolución de los contratos cuando no se superen las evaluaciones establecidas,
- Los procedimientos para la revisión de las evaluaciones otorgadas,
- La duración máxima de los contratos en función de la duración de cada uno de los correspondientes programas formativos (la duración del contrato será de un año, renovable por períodos iguales durante el tiempo que dure su programa de formación, siempre que, al final de cada año, el residente haya sido evaluado positivamente por el comité de evaluación de la especialidad correspondiente).
- Y los supuestos excepcionales para su posible prórroga cuando se produzcan casos, no imputables al interesado, de suspensión de la relación laboral.

Por tanto, los médicos residentes no tienen la consideración de personal estatutario. Sus retribuciones tanto fijas como variables (atención continuada por guardias) varían en función del año de residencia en que se encuentren siendo más altas, como es lógico, cuanto mayor sea el año de formación en el centro sanitario. Así, sus componentes son:

a) Sueldo, en cuantía equivalente a la asignada, en concepto de sueldo base, al personal estatutario de los servicios de salud en función del título universitario exigido para el desempeño de su profesión.

b) Complemento de grado de formación, cuya percepción se devengará a partir del segundo curso de formación, y que está destinado a retribuir el nivel de conocimientos, así como, la progresiva adquisición de responsabilidades en el ejercicio de las tareas asistenciales. La cuantía es porcentual respecto al sueldo.

Residentes de segundo curso: ocho por ciento.

Residentes de tercer curso: 18 por ciento.

Residentes de cuarto curso: 28 por ciento.

Residentes de quinto curso: 38 por ciento.

c) Complemento de atención continuada.

d) y se percibirá un plus de residencia en aquellos territorios en los que esté establecido

10.- El Personal estatutario de gestión y servicios.

No podía finalizarse el tema sin hacer una breve mención al personal estatutario de gestión y servicios.

Respecto a su estructura retributiva señalar que es muy sencilla y prácticamente funcionarial, siguiendo, de forma casi literal, la estructura definida en los artículos 41 a 45 del Estatuto Marco.

Respecto al complemento de atención continuada es, en las categorías en el que se percibe (fundamentalmente la de celador) similar al del personal sanitario de enfermería, esto es una cantidad fija al mes por trabajar a turnos más una cantidad variable en función del número de noches y de domingos y festivos trabajados.

Cabe destacar en este colectivo el elevadísimo número de categorías profesionales existentes, que va desde el titulado universitario superior hasta el personal administrativo, celador y de oficio.

Señalar por último que la falta de polivalencia de algunas categorías profesionales resta flexibilidad a la hora de organizar el trabajo y es uno de los argumentos para proceder a la "externalización" de determinados servicios generales.

11.- La Negociación de condiciones de trabajo

Aquí se puede distinguir entre la capacidad de negociación individual o de servicio, y la general de negociación colectiva.

Para el sistema de una comunidad autónoma, en su conjunto, existe obviamente el derecho a la negociación colectiva.

La principal característica es el altísimo peso de los sindicatos corporativos en la sanidad, en especial de los sindicatos médicos y de enfermería. Se produce por tanto una negociación

Hay que destacar como característica diferencial del sector sanitario el alto peso de los sindicatos corporativos en la representación de los trabajadores.

especializada con este sector que posee una indudable posición dominante en las condiciones de trabajo del conjunto de los profesionales.

En los sistemas donde los centros sanitarios tienen personalidad jurídica propia la negociación colectiva se articula a través de los convenios colectivos propios para empresa.

No es frecuente, pero en ocasiones se produce, que un centro negocie condiciones especiales con algún profesional, existiendo un marco retributivo dotado de escasas, pero alguna flexibilidad para permitirlo.

Más frecuente es que un servicio negocie con la dirección del centro determinadas condiciones para la realización de programas extraordinarios (sobre todo de reducción de demoras).

Es de destacar la existencia por Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la creación de una Comisión de Recursos Humanos (artículo 35) que ha de desarrollar las actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización, así como los criterios básicos de evaluación de competencias, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas.

Dentro de esta comisión se crea el Foro Marco para el Diálogo Social que tiene como objetivo ser el ámbito de diálogo e información de carácter laboral, promoviendo el desarrollo armónico de sus condiciones.

El Real Decreto 182/2004, de 30 de enero, determina la composición y las funciones de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

No obstante señalar que es de lamentar que la operatividad de estos instrumentos haya sido hasta la fecha de dudosa eficacia para los intereses de una mejor ordenación y gestión de los recursos humanos de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Igualmente cabe reseñar el interés en el funcionamiento de la Mesa Sectorial de Sanidad, como lugar de encuentro entre CCAA y Sindicatos dado el distinto ritmo de acuerdos y desarrollos de normativas de condiciones de trabajo y retribuciones existentes a fecha de hoy.

Es preciso aprender del pasado reciente y evitar negociaciones y acuerdos que puedan propiciar la aparición de desigualdades dentro del Sistema Nacional de Salud, para lo que es precisa una muestra de generosidad política y la voluntad decidida de trabajar todos en la misma dirección.

12.- Principales características en otros modelos de gestión y en el sector privado.

Llegados casi al final del tema parece razonable presentar brevemente algunas de las principales características que caracterizan al sector privado y otros modelos de gestión en relación a los aspectos más relevantes tratados en el texto.

Sería prolijo detallar todas y cada una de las fórmulas que diferencian las distintas políticas retributivas, pero como cuestiones más generalizadas podríamos destacar varias posibilidades que se están produciendo en el ámbito retributivo.

Una es el pago a la captación y en función de la evolución de la trayectoria profesional. En muchas de las nuevas fórmulas de gestión existe una retribución distinta en función de la experiencia o trayectoria que aporta el profesional, con una retribución fija distinta en función de esos parámetros. No se paga lo mismo a un médico que acaba de finalizar la residencia que a un médico con quince años de experiencia y cierto prestigio.

También es a destacar en las nuevas formas de gestión la importancia de la retribución variable por objetivos, que supone, en muchos casos, más del 30% de la retribución total, siendo además más significativa en función del grado de responsabilidad del facultativo.

En el sector privado es destacable como elemento diferenciador la importancia de los contratos mercantiles en lugar de los contratos laborales con los médicos, dándose una pluralidad de posibilidades retributivas importante, aunque las más destacables podrían ser:

- El centro privado paga por acto al médico, y el hospital pone personal e instalaciones.
- El centro privado paga por acto al equipo y el hospital pone las instalaciones.

Estos pagos tienen unos modificadores o "plus" que varían en función del prestigio del médico o equipo, de la consecución de objetivos, o de la gestión de la demanda.

Hoy en día está extendido que el sector privado paga unos honorarios médicos por acto y otros honorarios al hospital que cede sus instalaciones y resto o parte del personal, pero la tendencia parece que se inclina a un modelo todo incluido donde la aseguradora pague por acto al médico y éste abone al hospital el coste de los servicios que le proporciona.

13.- Conclusiones

La crisis económica y financiera que hemos vivido en el año 2018 y siguientes, la pandemia del COVID 19 y la crisis provocada por la guerra iniciada por Rusia contra Ucrania están afectando dramáticamente a la prestación de los servicios públicos que conforman el estado de bienestar, y es exigible una revisión de la organización de las instituciones sanitarias al objeto de mejorar su eficiencia.

A lo anterior hay que añadir el desarrollo de la competencia de los proveedores privados de atención sanitaria y determinados intereses políticos en privatizar buena parte de la misma. El gasto sanitario supone en torno al 11% del PIB (un 8% el gasto sanitario público), y es por tanto un goloso pastel para cualquier iniciativa empresarial.

Por todo esto podemos concluir que la mejora de la gestión de los recursos humanos, donde incluimos la política retributiva, es una de las reformas que debe abordarse prioritariamente.

Algunas de las medidas que deben introducirse en la agenda del debate de esta mejora podrían ser:

- Desfuncionarización: sin afectar a los derechos adquiridos por el actual personal estatutario, se debería incentivar un gradual giro hacia el marco laboral, y contratar a los nuevos profesionales mediante este régimen, al objeto de ganar en flexibilidad. En otro caso es indispensable repensar el modo de acceso y selección al empleo público y finalizar con la lacra de la temporalidad en el empleo.
- Diferenciación: con la mejora de los sistemas de información en las organizaciones sanitarias se debe avanzar hacia la introducción de retribuciones variables, no centradas exclusivamente en producir más o reducir tiempos de demora.
- Impulsar y consolidar la gestión clínica, como cambio organizativo necesario para un nuevo modelo de delegación de competencias.
- Avanzar hacia un modelo de gestión por competencias, utilizando las competencias como base para la gestión de las personas.
- Continuar mejorando en la informatización y digitalización para la medición de la actividad asistencial.

- Profesionalización de la gestión: es fundamental despolitizar la función directiva de las instituciones sanitarias, apostando decididamente por una gestión profesional e introduciendo elementos de transparencia y control social.

Bibliografía.

Enlaces a ordenes retributivas y desarrollo de la carrera profesional

Andalucía

Resolución: 0001/2022 Asunto: Retribuciones del personal de Centros e Instituciones Sanitarias. Ejercicio 2022. Servicio Andaluz de Salud

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2022/Resoluci%C3%B3n%201_2022_retribuciones_firmada.pdf

Castilla y León

Orden de 29 de junio de 2022 del Consejero de Sanidad por la que se modifica la Orden de 7 de febrero de 2022 del Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León por la que se dictan instrucciones para la elaboración de las nóminas del personal estatutario de la gerencia regional de salud que percibe sus retribuciones según lo previsto en el estatuto jurídico del personal estatutario del servicio de salud de Castilla y León y del personal funcionario y laboral que presta sus servicios en los ámbitos de la atención primaria y atención especializada, en la gerencia de emergencias sanitarias y en el centro regional de medicina deportiva para el año 2022

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/recursos-humanos/retribuciones-accion-social-compensaciones/retribuciones.ficheros/2091729-2022%20Orden%20Instrucciones%20N%C3%B3mina%20SACYL%20%28ACTUALIZADA%20completa%20con%20cuadros%29.pdf>

Comunidad de Madrid

ORDEN de 21 de enero de 2022, de la Consejería de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se dictan Instrucciones para la Gestión de las Nóminas del Personal de la Comunidad de Madrid para 2022.

<https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/open-data/downloads/bocm-20220128-23.pdf>

Aragón

Retribuciones correspondientes al año 2022 del personal del Servicio Aragonés de Salud al que resulta de aplicación el sistema retributivo establecido en la Ley 55/2003, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

https://transparencia.aragon.es/sites/default/files/documents/tablas_retributivas_personal_estatutario_salud_2022.pdf

Principado de Asturias

Acuerdo de 21 de enero de 2022, del Consejo de Gobierno, por el que se fijan para 2022 las cuantías de las retribuciones del personal al servicio de la Administración del Principado de Asturias.

<https://www.hacienda.gob.es/BoletinesHacienda/Boletines/2022/75632.pdf>

Bibliografía. Referencias normativas

- *Real Decreto-Ley 3/1987, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud (Vigente hasta el 18 de diciembre de 2003).*
- *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.*
- *Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018*
- *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*
- *Real Decreto 182/2004, de 30 de enero, por el que se determina la composición de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.*
- *Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas.*
- *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.*
- *Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.*
- *Pleno. Sentencia 197/2012, de 6 de noviembre de 2012. Recurso de inconstitucionalidad 1819-2003. Interpuesto por el Presidente del Gobierno en relación con diversos preceptos de la Ley del Principado de Asturias 15/2002, de 27 de diciembre, de medidas presupuestarias, administrativas y fiscales. Límites a la potestad tributaria de las Comunidades Autónomas; competencias sobre sanidad y función pública: nulidad de los preceptos legales autonómicos que regulan sendas deducciones en la cuota autonómica del impuesto sobre la renta de las personas físicas (STC 161/2012) y que atribuyen carácter irrenunciable al complemento específico del personal facultativo del servicio autonómico de salud; constitucionalidad del impuesto autonómico sobre grandes establecimientos comerciales (STC 122/2012).*

Bibliografía. Textos y Artículos

1. *Sistema Sanitario y Recursos Humanos. Manual para gestores y profesionales.*

José M^a Antequera Vinagre, Elena Arias Menéndez (Directores)

Ediciones Díaz de Santos

2. *El personal estatutario de los servicios de salud. Cuestiones diversas. Cuestiones polémicas*

Bernabé Arias Criado

Artículo Doctrinal. *Derecho Sanitario. Noticias Jurídicas.com*

Septiembre, 2011

3. *El sistema retributivo del S.N.S. y su perspectiva de futuro.*

JL. Gordo.

Revista de Administración sanitaria. Vol. VI. Julio/Septiembre 2002

Núm.23

4. *Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud.*

JJ. Martín

Presupuesto y Gasto Público 79/2015:147-XX. Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales

5. *Gestión Sanitaria: Innovaciones y Desafíos*

Juan del Llano Señarís, Vicente Ortún Rubio, José M^a Martín Moreno,

José Millán Nuñez-Cortés, Juan Gené Badía (Directores)

Masson S.A.

6. *Médicos en cinco Sistemas Sanitarios Integrados Europeos. "Relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados"*

José Ramón Repullo Labrador, José Manuel Freire Campo

Consejería de Salud y Bienestar Social. Castilla La Mancha, 2009

7. *Gestión en el sector de la salud. Elementos de Gestión en las Instituciones. Vol. II*

Jaume Ribera, José A. Gutierrez Fuentes, Magdelene Rosenmöller (Coord.)

Pearson Educación S.A.

8. *Gestión Hospitalaria*

José Luis Temes, Mercedes Mengibar (Directores)

Mc Graw Hill

9. *Determinantes de las retribuciones médicas*

Vicente Ortún, Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez

Med Clin (Barc). 2008;131(5):180-3