



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Y EMPRESARIALES

**LA GRAN PARADOJA DE LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA: UNA
CONSIDERACIÓN OBLIGADA**

Andrés Fernández Díaz

Working Papers / Documentos de Trabajo. ISSN: 2255-5471
DT CCEE-1803 Noviembre 2018

<http://eprints.ucm.es/49978/>

Aviso para **autores y normas de estilo**: <http://economicasyempresariales.ucm.es/working-papers-ccee>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons: Reconocimiento - No comercial.

Abstract:

The public health constitutes one of the pillars of the social welfare of any modern society. The aim of this work consists of showing the existence of a great paradox in the Spanish public system of health, given the fact that, from this point of view, is a country situated in the 8° place among 195 countries in the world, and at the same time has a disastrous, unjust, and inefficient health labour market. We know that behind a paradox there is always an enigma, and sometimes is also true that “the verity solution of the enigma is that there is not enigma at all”. On this basis, and after the introduction, we address the following sections: the labour market in Spain and its problems, a brief reference to the weight of public health in the Spanish economy, an overview of the number of registered health professionals, an analysis of the National Health System as a fundamental axis of public health in our country, the many and serious problems existing in the peculiar “chosen” contract model for public health professionals, -the central part of our work-, the evaluation of the quality and efficiency of Spanish public health and its control, and finally a return to the paradox and the underlying enigma in this so transcendental problem in order to give a convincing answer or explanation.

Keywords: public health, labour market, public health contract, quality, efficiency, control, paradox, enigma.

Resumen:

La sanidad pública constituye uno de los pilares del bienestar socio-económico de toda sociedad moderna. El propósito de nuestro trabajo consiste principalmente en poner de manifiesto el hecho de que existe una gran paradoja en el sistema sanitario público español, y ello es debido a que por su reconocida calidad se encuentra en el puesto nº 8 en el ranking mundial en el que figuran 195 países, por una parte, al mismo tiempo que posee un mercado laboral sanitario que podríamos calificar sin ambages de desastroso, injusto, e ineficiente, por otra. Sabemos que detrás de toda paradoja hay siempre un enigma, y también que en ocasiones “la verdadera solución del enigma es que no hay enigma”. Partiendo de esta base, y tras una breve introducción, abordamos los epígrafes o apartados siguientes: una visión global del mercado de trabajo en España, una sintética referencia al peso de la sanidad pública en la economía española, una información básica sobre el número de profesionales de la sanidad, considerando tanto la totalidad de colegiados, como los pertenecientes a la sanidad pública, un análisis del Sistema Nacional de Salud, la contratación laboral en la sanidad pública, tema clave en el desarrollo de nuestro trabajo, la evaluación de la calidad y eficiencia de nuestra sanidad y su control, volviendo, finalmente, a la paradoja y al enigma subyacente en este tema transcendental con el ánimo de ofrecer una respuesta y explicación convincentes

Palabras clave: sanidad pública, mercado de trabajo, contratación en la sanidad pública, calidad, control, eficiencia, paradoja, enigma.

Andrés Fernández Díaz

Catedrático de Economía Aplicada,
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
Universidad Complutense de Madrid
Consejero Emérito del Tribunal de Cuentas

Septiembre 2018 (fecha de recepción)

Este trabajo ha sido editado por la Biblioteca de la Facultad de CC Económicas y Empresariales de la UCM, de acuerdo con los requisitos de edición que figuran en la [Web institucional](#). Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Introducción

Como demostrara el gran escritor inglés G.K. Chesterton, la paradoja constituye un valioso y útil instrumento en toda actividad intelectual, constituyendo un claro ejemplo de ello su conocida obra *The Man Who Was Thursday*, publicada en el año 1908. Traemos a colación este célebre personaje de la literatura inglesa de principios del pasado siglo XX porque el tema que vamos a abordar presenta a modo de embocadura una tremenda paradoja que, por otra parte, parece ser ignorada o desconocida para la gran mayoría de nuestra sociedad: un servicio básico y de la máxima relevancia, como es la sanidad pública, es valorado altamente y con todos los merecimientos, por una parte, a la vez que esconde el mercado de trabajo más desordenado, ineficiente e injusto que podamos imaginar, por otra, pero como diría Galileo con voz muy queda... *eppur si muove*.

Este hecho es lo suficientemente importante, tanto desde el punto de vista económico y de la justicia social, como desde la perspectiva de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios públicos, mereciendo por todo ello una reflexión profunda que nos permita interpretar de forma clara y precisa lo que hemos venido en considerar paradójico y difícil de entender.

Para lograr nuestro propósito resulta necesario comenzar haciendo una breve incursión en el mercado de trabajo en España, deteniéndonos específicamente en el Real Decreto ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral, y valorando la necesidad de realizar cuanto antes una *"amplia y detallada reforma de lo reformado"*.

En el análisis de cualquier sector de nuestra economía, entre los que se encuentra el de la sanidad pública, objeto de nuestro estudio, es preciso considerar como base de referencia los aspectos fundamentales o más destacados del mismo, como podrían ser los siguientes:

- 1º.-Algunas consideraciones sobre el mercado de trabajo en España.
- 2º.-El peso del sector en el conjunto de la economía y los principales datos e indicadores económicos.
- 3º.-El número de profesionales de la sanidad pública, distinguiendo entre los distintos estratos o tipos.
- 4º.-La estructura, organización y funcionamiento de la sanidad pública: el Sistema Nacional de Salud.

5º.-La contratación laboral en la sanidad pública

De estos cinco puntos nos ocuparemos seguidamente, y de su análisis sacaremos las consecuencias que de todo ello se derivan así como la necesidad de reconsiderar en profundidad el actual estado de cosas vía la *"reforma de las reformas que haya menester"*.

Conviene advertir que en este artículo o documento de trabajo no contemplamos la situación y el funcionamiento de la sanidad privada, por una parte, ni de los denominados conciertos entre la sanidad pública y privada, por otra, con independencia de la importancia que puedan tener en el ámbito de la salud considerada como un todo. Esto es así porque lo que realmente nos interesa es poner de relieve lo que sucede en la sanidad pública, en su sentido estricto y unívoco, como un sector *"socialmente estratégico"* en el bienestar y en la gestión directa de las Administraciones Públicas de nuestro país.

Resta por manifestar en esta breve introducción que partimos con una restricción importante y fundamental para realizar con rigor nuestro análisis y sacar las conclusiones pertinentes. Nos referimos a la dificultad de encontrar estadísticas fiables y actualizadas, dada la dispersión existente en las fuentes de información, por una parte, y a la falta de una coordinación clara y eficiente por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como tendremos ocasión de comprobar, debido a la diversidad de criterios en el desempeño de su actividad y a la escasa predisposición a colaborar de las distintas Comunidades Autónomas, por otra. En cualquier caso procuraremos suplir estas carencias con la máxima y mejor información posible, centrándonos, por supuesto, en la cuestión clave que, respondiendo al título, se plantea en este trabajo.

Finalmente hay que destacar que uno de los objetivos de este trabajo lo constituye el hecho de dar a conocer un problema de tanta importancia como el que vamos a estudiar que afecta, por una parte, a los niveles de bienestar de nuestro país y, por otra, al prestigio y a la bien ganada fama de los profesionales de la sanidad pública españoles.

Algunas consideraciones sobre el mercado de trabajo en España

Como paso previo al análisis del complejo y peculiar mercado de trabajo en la sanidad pública vamos a proporcionar, como ya decíamos, una visión sintética de la estructura y funcionamiento del mercado laboral considerado en su conjunto.

Aunque en torno a este tema existe una amplia normativa, nos limitaremos a considerar, por orden cronológico, la *Ley 14/1994, de 1 de junio*, que regulaba las empresas de trabajo temporal, el *Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre*, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, y el *Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero*, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral.

Comenzamos con la última de las tres disposiciones legislativas mencionadas en cuyo Artículo 1 del Capítulo I sobre medidas para favorecer la empleabilidad de los trabajadores establece que *"la actividad consistente en la contratación de trabajadores para cederlos temporalmente a otras empresas se realizará exclusivamente para empresas de trabajo temporal de acuerdo con su legislación específica"*.

Dicha legislación se concreta en la *Ley 14/1994, de 1 de junio*, que ya regulaba las empresas de trabajo temporal, y en cuyo Artículo 1 se define la empresa de trabajo temporal como aquella cuya actividad fundamental consiste en poner a disposición de otra empresa usuaria, con carácter temporal, trabajadores por ella contratados. La contratación de trabajadores para cederlos temporalmente a otra empresa sólo podrá efectuarse a través de empresas de trabajo temporal debidamente autorizadas en los términos previstos en esta Ley.

El contenido del Artículo 1 del Real Decreto-ley 3/2012 por el que se llevaba a cabo la tan discutida reforma del mercado laboral es suficientemente significativo y revelador para pronunciarse al respecto sobre la capacidad de la mencionada disposición para cumplir el objetivo de generar empleo. Incluso podría decirse que los términos empleados provocan de manera inevitable un claro rechazo, y ello porque la expresión...*"contratar trabajadores para cederlos temporalmente a otra empresa"* implica una tarea o función intermediadora que en ningún caso es necesaria y que supone un coste que se cubre con una parte del salario que teóricamente recibiría el trabajador contratado.

Desde que en el año 1994 se empezara a regular legalmente el funcionamiento de las empresas de trabajo temporal los hechos han demostrado sin ningún género de duda la veracidad de cuanto acabamos de decir. A ello hay que añadir que esta nueva actividad estuvo permanentemente pilotada por los sindicatos, considerando que de esta manera contribuían a facilitar el acceso de los desempleados al mercado de trabajo, cuando en realidad, además de suponer unos jugosos ingresos para los “intermediarios” y promotores de esta modalidad contractual, a quienes más beneficiaban eran a los empresarios, que por este procedimiento indirecto de contratación se descargaban de cualquier tipo de responsabilidad y de enojosas negociaciones a la hora de proceder al eventual despido del trabajador, además de garantizar salarios “manejables” que no se corresponden con la importancia y el peso de nuestra economía.

En nuestra opinión, y hablando sin ningún tipo de considerando o atenuante, el texto del referido Artículo 1 del Real Decreto-ley 3/2012 constituye por sí mismo razón suficiente para llevar a cabo una *“reforma contundente de la reforma”* en el ámbito del mercado laboral.

Llegado a este punto, y dado que nuestro objetivo principal consiste en presentar y abordar los múltiples problemas que se dan en el caso concreto de la contratación en el sector de la sanidad pública, vamos a completar este apartado general con una breve referencia a los tipos de contrato existentes en la actualidad en el mercado de trabajo considerado en su conjunto.

En términos amplios suele distinguirse las siguientes modalidades de contratación que se dan en la actualidad:

- 1º.-Contratos indefinidos
- 2º.-Contratos temporales
- 3º.-Contratos de formación y aprendizaje
- 4º.-Contratos en prácticas

Es bien sabido que los dos primeros tipos son los que realmente definen la situación y posibilidades de una economía en el terreno laboral y, por ende, en el capítulo del empleo y de la tasa de paro. Y también es cierto que en el grado de temporalidad reside el nudo gordiano de uno de los problemas de mayor relevancia e impacto en cualquier economía que tengamos a bien considerar.

Esta aseveración cobra el máximo relieve si analizamos, aunque sea brevemente, el estado de la cuestión en el mercado de trabajo en el caso de España, dado que en el mismo predomina de manera abrumadora los contratos temporales en detrimento de la contratación indefinida.¹ A este respecto es preciso tener en cuenta que la elevada y creciente rotación laboral de las personas con contrato temporal constituye un rasgo característico de la precariedad, especialmente tras la reforma laboral de 2012. En el año 2017 ha sido necesario que la población asalariada temporalmente firmase una media de 5,6 contratos temporales para trabajar todo el año, cifra a todas luces muy importante, pero no comparable con el elevadísimo número que, como veremos más adelante, hay que firmar en el ámbito de la sanidad pública para continuar empleado.

En relación con este punto, y siempre refiriéndonos al mercado de trabajo en el conjunto de la economía española, hay que señalar que recientemente, partiendo de que el paro ha ido descendiendo desde el año 2013 hasta situarse a finales del año 2017 en el 16,38 % de la población activa, se ha destacado que el número de contratos ha aumentado notablemente, firmándose en este último año casi 20 millones de contratos, de los cuales el 26% tuvieron una duración igual o inferior a siete días. Traemos a colación estos datos con el fin de llamar la atención sobre el hecho de que la firma de una cantidad elevada de contratos a lo largo del año puede tener dos lecturas o interpretaciones bien diferentes. O se han firmado muchos contratos de trabajo en el ejercicio debido al crecimiento y buena marcha de la economía, o bien ese número ha sido tan alto como consecuencia de las muchas veces que un trabajador temporal ha tenido que firmar un nuevo contrato para poder continuar trabajando durante todo el año, o lo que es lo mismo, debido a la existencia de una elevada rotación laboral de las personas con contrato laboral. No hay que descartar, obviamente, que el dato resultante se derive de la combinación ponderada de ambos impactos o factores.

Este problema, como ya adelantábamos, se agudiza de forma extrema en el sector de la sanidad pública, según tendremos ocasión de analizar y comprobar con el detalle suficiente en el apartado correspondiente. Pero por el momento, y antes de concluir esta visión general, convendría recordar lo que nos decía Marco Aurelio en el Libro VI de sus Meditaciones: *“Lo que no beneficia al enjambre tampoco beneficia a la abeja”*. Trasladado este pensamiento filosófico al tema que nos ocupa y preocupa, cabe considerar que esta última, la abeja, sería el empresario prototipo,

¹ En enero del año 2018 se firmaron 1.749.911 contratos de trabajo, siendo temporales el 90,1% e indefinidos el 9,9%.

en tanto que el enjambre serían los trabajadores en su conjunto o, en otras palabras, la sociedad. La moraleja, por el momento, no precisa comentario.

No es este ni el lugar ni el momento para proceder al riguroso análisis que podría conducirnos a entender y aceptar el mensaje del cultivado y profundo emperador romano ni su transposición a los tiempos y circunstancias en que vivimos, pero resulta indiscutible que una sociedad moderna con altos niveles de bienestar, salarios justos en concordancia con la importancia y el peso económico del país, como es el caso de España, y con un mercado de trabajo bien estructurado y concebido, garantizaría, vía su capacidad de consumo y ahorro, un crecimiento o expansión permanente en el sector empresarial. Si el "enjambre", sumido en una larga devaluación salarial y sometido a una normativa que se traduce automáticamente en una precariedad laboral, está como consecuencia de todo ello muy lejos de "beneficiarse", al menos a medio y largo plazo la "abeja" tampoco se beneficiaría. Este es un hecho clara y fácilmente contrastable, y los organismos e instituciones internacionales de ámbito económico, como es el caso del Fondo Monetario Internacional (FMI) así lo han puesto reiteradamente de manifiesto.

En esta visión a la vez esquemática y global del mercado de trabajo en España nos hemos manifestado abiertamente contrarios a la existencia de "intermediarios" o intermediación en la estructura y funcionamiento del mismo, habiendo quedado claro, aunque de manera sucinta, el conjunto de factores positivos y negativos que nos ha conducido a semejante veredicto, y teniendo en cuenta que sobre esta materia navegamos contracorriente dado que la mayoría de los autores consideran que una eficaz intermediación laboral entre oferentes y demandantes del factor trabajo resulta fundamental para reducir los tiempos de búsqueda de empleo.²

Hay algo en lo que la unanimidad es clara, y es el hecho de que la falta de eficacia en la intermediación hace referencia fundamentalmente a un problema de información asimétrica sobre la existencia y las condiciones de los diferentes puestos de trabajo ofertados y de los diferentes candidatos a cubrir dichas vacantes. Como nos dice la teoría macroeconómica, si la información fuese perfectamente conocida por todos, el tiempo dedicado a la búsqueda del mejor empleo o a la búsqueda del mejor candidato se reduciría al mínimo hasta eliminar por completo la tasa de *paro friccional*.

² Uno de los trabajos más recientes y rigurosos, y sobre el que volveremos en el texto es el siguiente:

ALVA, Kenedy; ESCOT Lorenzo, FERNÁNDEZ CORNEJO, José Andrés; CÁCERES RUIZ, Juan Ignacio (2017): pp. 415-440.

Cuando se habla de mecanismos de búsqueda e intermediación en el mercado de trabajo suele distinguirse entre intermediarios formales e intermediarios informales, subdividiéndose los primeros en públicos y privados. En nuestro país, en el ámbito público tenemos, por una parte, el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), y por otra, las diferentes agencias públicas o Servicios Públicos de Empleo de las Comunidades Autónomas, la mayoría de las cuales tienen transferidas las competencias. Las agencias de colocación autorizadas, las consultoras privadas, las bolsas de trabajo y las Empresas de Trabajo Temporal (ETT) se consideran la vertiente privada en la prestación de servicios de colocación.

Esta coexistencia de la intermediación pública y de intermediación privada en el proceso de búsqueda de empleo es algo que nos hace cavilar, en los términos generales en los que nos estamos expresando, y con más razón aún si este análisis va a desembocar en la contratación en el mercado de trabajo sanitario en España como la parte más relevante y a destacar de nuestra reflexión.

Es preciso dejar claro que nuestros reparos sobre la intermediación en los mercados de trabajo, además de tener en cuenta su necesidad, su coste y su eficacia, proceden de la escasa confianza que nos inspiran los agentes protagonistas y partícipe de este tipo de relaciones. Tradicionalmente han sido los sindicatos (CCOO y UGT) y las organizaciones empresariales (CEOE) los que de hecho propiciaron, primero, y desarrollaron, después, el conjunto de actividades, modelos y gestiones que giran en torno a la Empresas de Trabajo Temporal (ETT), pudiéndose afirmar que, en un permanente juego de suma nula, el sesgo se ha dado siempre en el mismo sentido, con las consecuencias sucesivas y derivables para el "conjunto".

En relación con lo que estamos hablando, el Pleno del Tribunal de Cuentas, del que por aquél entonces éramos miembro, en su sesión de 29 de septiembre de 1998 se aprueba el Informe de Fiscalización de "La Fundación para la Formación Continua (FORCEM), correspondiente a los ejercicios 1993-95.

El 16 de diciembre de 1992, las organizaciones empresariales y sindicales más representativas, como la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE), la Confederación Española de Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME), la Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO), y la Unión General de Trabajadores (UGT), suscribieron un acuerdo denominado "Acuerdo Nacional del Formación Continua (ANFC), orientado al desarrollo de la formación profesional de los trabajadores ocupados.

El Acuerdo Tripartito en materia de formación continua firmado por el Estado y los Agentes Sociales establecía en su punto tercero... *que "las organizaciones firmantes se comprometen a constituir los entes paritarios que sean necesarios, de ámbito nacional, con capacidad jurídica y de obrar para el cumplimiento del presente Acuerdo y del I Acuerdo Nacional de Formación Continua, bajo la forma jurídica que a su juicio mejor se adapte a los fines que deben cumplir, así como a establecer los reglamentos operativos de dichos entes"*

La Fiscalización llevada a cabo por el Tribunal de Cuentas, ya mencionada, supuso que el Alto Tribunal había analizado expedientes de subvenciones concedidas por FORCEM como entidad colaboradora, correspondientes al período 1993-1995 por importe de 24.384,5 millones de pesetas, lo que supone un 21, 81 % del total de subvenciones concedidas por la FORCEM durante el referido período.

Un estudio en profundidad del Informe demuestra que las grandes cantidades destinadas a subvenciones y a la planificación del gasto en formación continua incumplen un número elevado de normas contables y de todo tipo, centrándose en la contratación el capítulo donde es más elevada la cantidad y cuantía del número de irregularidades. Por otra parte, y esto es lo que reviste mayor responsabilidad, no se respetan en la gestión los principios de legalidad, eficiencia y equidad.

Con estos antecedentes es fácil comprender nuestras dudas y aprensiones respecto al protagonismo que se pretende otorgar en la actividad intermediadora a determinados agentes "sociales", a pesar de que la intermediación se presenta como algo "técnicamente" necesario y "socialmente" deseable.

Nota Metodológica sobre la presentación de algunas estadísticas laborales

En estos últimos años los datos mensuales que elabora y da puntualmente a conocer el Ministerio de Trabajo relativos a la creación de empleo consideramos que no proporcionan la *"imagen fiel"* de lo que realmente sucede en el mercado de trabajo. Así, cuando con motivo de las vacaciones estivales y la llegada masiva del turismo se dice oficialmente a través de los medios de comunicación que "se han creado en ese período 350.000 nuevos puestos de trabajo" se está dando una información sesgada, o cuanto menos, equívoca. Y ello tiene una explicación clara y fácil de entender. Veamos.

El empleo es una de las muchas variables que se manejan en el campo de la macroeconomía, y todas ellas, tanto si se utilizan en modelos estáticos como en

modelos dinámicos, conceptualmente tienen sentido si están clara y directamente vinculadas a la variable "tiempo". Así, por ejemplo, la renta nacional se define como un flujo de bienes y servicios, y se calcula refiriéndose a un período concreto, que es el año, y lo mismo podríamos decir cuando estudiamos las demás variables que componen la demanda agregada, sin perjuicio de considerar su evolución a medio y largo plazo. Pues bien, cuando se afirma en las estadísticas de un mes determinado, que abarca un período "estacional", que se han creado 350.000 puestos de trabajo, ya que ese empleo tiene habitualmente una duración de dos meses, y debido a cuanto acabamos de decir, estos dos meses representan tan sólo una sexta parte de año, y por tanto el volumen de empleos realmente creados es de 58.333,33, cifra muy por debajo de la que "*estadísticamente*" figura, pero que refleja el verdadero comportamiento del mercado de trabajo.

La Estadística es una Ciencia Autónoma, aunque ligada estrechamente a las Matemáticas, que sirve de referencia inexcusable y de valioso instrumento para la investigación en todos los campos del conocimiento, por una parte, a la vez que en un plano más cercano y asequible permite tener debidamente informada a toda sociedad en sus múltiples dimensiones, por otra. Pero se trata de una Ciencia que hay que utilizarla con suma atención y de manera casi exquisita.

El gran Maestro Ángel Alcaide, Catedrático de Estadística y de Econometría en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Complutense, con una mezcla de sorna y de agudeza, solía insistir en la necesidad de distinguir entre la "Estadística" y "las estadísticas", destacando el vigor científico de la primera, y poniéndonos sobre aviso respecto a la necesidad de una interpretación cuidadosa de las segundas. En todas sus obras esta oportuna distinción constituyó un ilustrativo ejemplo que contribuyó a evitar muchos errores y a moverse con soltura en ambas vertientes o enfoques de la materia, especialmente en cuanto se refiere a aplicaciones concretas y a las conclusiones extraídas de las técnicas y datos utilizados.³

Todo ello nos sirve de base para permitirnos la osadía de, a modo de juego de malabarismo, interpretar y alterar los resultados estadísticos referentes a la creación de empleo y a la evolución del paro que periódicamente ha venido ofreciendo el Ministerio de trabajo. Pero la Estadística deja tras de sí una larga, amplia y rigurosa historia de investigaciones científicas básicas y de aplicaciones prácticas que constituyen límites que en ningún caso deben traspasarse ni servir como

³ Resulta obligado citar el excelente libro publicado en el año 1990:
ALCAIDE, Ángel y ÁLVAREZ, Nelson (1990): 573 páginas.

justificantes para sostener afirmaciones escasamente fundadas. A este respecto suelen hacerse comentarios no exentos de frivolidad con el fin de ofrecernos una imagen de la Estadística en la que parece que todo es posible o que es plato que puede servirse a nuestro gusto, "*As You Like It*", como diría el gran dramaturgo inglés *William Shakespeare*.

La otra cara de la moneda, conviene recordarlo, la encontramos durante la mitad del pasado siglo XX, etapa en la que la Ciencia Estadística hizo grandes progresos gracias a las brillantes escuelas de estadísticos británicos y norteamericanos. Durante este período de tiempo, debido en gran parte al trabajo de los matemáticos franceses y rusos, el cálculo de probabilidades clásico se convirtió en una teoría puramente matemática que satisface en cuanto a rigor se refiere todas las exigencias modernas.

La unión de estas dos tendencias la llevó a cabo a principios de los años cincuenta el gran profesor sueco Harald Cramer con su obra magnífica, no exenta por aquel entonces de cierta dificultad, que publicara con el título "*Mathematical Methods of Statistics*", de la que la casa Aguilar, S.A. de Ediciones nos ofreció una excelente traducción cuidadosamente editada a cargo del Profesor de Estadística Matemática Enrique Cansado.⁴

⁴ CRAMER, Harald (1953): pp. 3-660.

El peso del sector de la sanidad pública en la economía española

El análisis de cualquier sector de una economía requiere disponer previamente del peso relativo de dicho sector en el conjunto de la actividad económica, tarea que debiera ser fácil pero que se complica, como es el caso de la sanidad pública, cuando no se dispone de fuentes de información con datos fiables y actualizados debido, entre otras razones, a la gran dispersión existente y a la falta de coordinación derivadas del hecho de que, en el marco de la excesiva descentralización que nos caracteriza, la gestión de la sanidad pública está transferida a las Comunidades Autónomas.

Empleando los datos de año 2016 y teniendo en cuenta los disponibles correspondientes al 2017, podemos estimar en 70.635,7 millones de euros el gasto público en sanidad, lo que supone el 6,3% del PIB, resultando un gasto medio por habitante de 1.522 euros, todo ello según se recoge en el Cuadro nº 1.

Del gasto total reflejado anteriormente se dedican 31.433 millones de euros a la remuneración del personal que trabaja en este sector.⁵ A este respecto, y como se indica en el cuadro mencionado, el salario medio anual en la sanidad pública asciende a 25.955,32 euros, debiendo distinguir entre los que tienen contratos de duración indefinida, que perciben una media de 23.156,34 euros, y los contratados de duración determinada, que perciben la cantidad de 16.567,34 euros anuales, siendo el salario más frecuente, según el cálculo estadístico, el de 16.497,40 euros.

Si nos fijamos en la clasificación funcional del gasto, en porcentajes, la distribución sería la siguiente: el 62,36 corresponde a los servicios hospitalarios y especializados, el 14,29 a los servicios primarios de salud, y el 16,31 a los gastos en farmacia.

Como complemento de los comentarios que hacíamos en la Introducción sobre la dificultad de contar con una información suficiente en este campo concreto de la gestión pública, es preciso poner de relieve que la Estadística del Gasto Sanitario Público (ESGSP) está incluida en el Plan Estadístico Nacional con la denominación de Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público, siendo actualmente la unidad responsable de su producción la Subdirección General de Cartera de Servicios del

⁵ Esta cantidad incluye las remuneraciones en dinero o especie de todo el personal directivo, funcionarios, estatutarios, laboral fijo o eventual, así como las percibidas como acción social, y las cotizaciones a la Seguridad Social a cargo del empleador.

Sistema Nacional de Salud (SNS) y Fondos de Compensación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en colaboración con las comunidades autónomas y otros organismos implicados en la gestión de la sanidad pública.⁶

Cuadro nº 1.
Principales indicadores macroeconómicos de la sanidad pública
(2016-2017)

Gasto público en sanidad.....	70.635,7 Millones euros
Gasto público en sanidad/ PIB.....	6,3 %
Gasto público/habitante.....	1.522,0 euros
Remuneración del personal.....	31.433,0 Millones de euros
Clasificación funcional del gasto (%):	
Servicios hospitalarios y especializados.....	62,36
Servicios primarios de salud.....	14,29
Farmacia.....	16,31
Total.....	93,96
Salario medio anual según contrato:	
Conjunto del mercado laboral:	
Duración indefinida.....	23.156,34 euros
Duración determinada.....	16.567,85 euros
Salario más frecuente.....	16.497,40 euros
Salario medio anual sanidad pública.....	25.955,32 euros
Fuente: INE, Sistema Nacional de Salud, y elaboración propia	

Volviendo sobre el Cuadro nº 1, y de forma concreta sobre la clasificación funcional del gasto, puede verse el peso que supone el gasto en Farmacia, el 16,31%, por

⁶ LILLO FERNÁNDEZ CUEVAS, J. M^a y RODRÍGUEZ BLAS, M^a del Carmen (2018): pp. 1-8

encima del porcentaje correspondiente al importante capítulo de la Atención Primaria de Salud (14,29%). Si aplicamos este porcentaje del 16,31% al gasto total estimado para el 2.017 se obtiene un gasto en farmacia de 11.520,7 millones de euros. Según la evolución de los últimos años, el 76% de este gasto corresponde al importe de las recetas del Sistema Nacional de Salud, y el 24% al gasto farmacéutico que tiene lugar en los hospitales de la sanidad pública.⁷

En el cuadro siguiente se recoge el gasto sanitario público en farmacia realizado en las distintas comunidades autónomas en el año 2016.

Cuadro nº 2
Gasto sanitario público en farmacia según comunidad autónoma.
(2016)

	Millones de euros	Porcentaje
Andalucía	1.717	
Aragón	329	
Asturias (Principado de)	275	
Baleares (Illes)	197	
Canarias	487	
Cantabria	129	
Castilla y León	627	
Castilla - La Mancha	505	
Cataluña	1.455	
C. Valenciana	1.284	
Extremadura	324	
Galicia	728	
C. de Madrid	1.200	
Murcia (Región de)	367	
Navarra (C. Foral de)	139	
País Vasco	505	
Rioja (La)	73	
TOTAL CCAA	10.342	95,1%
Fuente: Sistema Nacional de Salud y Tribunal de Cuentas.		

⁷ Estas son las cifras que se obtienen de los Informes de las Instituciones Oficiales, que en algunos casos difieren de las difundidas por diversos medios de comunicación del sector farmacéutico.

Dentro de este mismo apartado sobre los aspectos y cuestiones económicos relacionados con la sanidad pública conviene saber que en los Informes de Fiscalización del Tribunal de Cuentas de las comunidades autónomas de Murcia, Castilla-La Mancha, Cantabria, Extremadura, la Rioja, y la ciudad autónoma de Ceuta, presentados ante la Comisión Mixta Congreso-Senado el pasado mes de febrero del presente año 2018, se puso de relieve que se ha advertido un crecimiento del gasto sanitario autonómico que, a juicio de los fiscalizadores, supone una situación financiera "*insostenible*", indicándose al mismo tiempo que los problemas de estas comunidades en la sanidad pública no son muy diferentes del resto de comunidades. Asimismo, el Presidente del Tribunal afirmaba en la referida presentación que existe una falta de control del gasto farmacéutico, apuntando la posibilidad de hacer un informe específico sobre esta cuestión a nivel global.

De lo dicho anteriormente no debe deducirse que el Tribunal de Cuentas ponga trabas a un sector de la política social de la importancia y envergadura como es el de la sanidad pública, sino que denuncia claramente una gestión ineficiente por parte de las comunidades autónomas a las que en su día se transfirió la administración y responsabilidad de algo de tanta transcendencia como la salud, cuyo derecho a la protección de la misma se reconoce, como es bien sabido, en el artículo 43 de la Constitución Española.

Quizás en el fondo de este problema subyace el hecho manifestado repetidamente por el propio Tribunal de Cuentas y por otros organismos e instituciones de control de que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no haya ejercido adecuadamente y con eficacia sus funciones de coordinación y de planificación conjunta tal como se establecía en su creación por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 47, y en su consolidación, posteriormente, mediante la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Más adelante tendremos ocasión de volver sobre este tema, pero resulta claro y evidente que los problemas que surgen en los diversos aspectos de la sanidad pública, en especial aquellos relativos a su eficiencia en la gestión, son una consecuencia de la falta de voluntad y de la dificultad de coordinarse y entenderse en un país que ha elegido como organización territorial el mayor grado de descentralización que se conoce, con una amplísima cesión de competencias que supera cualquier límite razonable y comprensible.

Profesionales sanitarios colegiados totales y en la sanidad pública

Aunque a los efectos de analizar el peculiar funcionamiento del mercado laboral de la sanidad pública en España nos vamos a limitar a los colectivos de médicos y enfermeras, recogemos a continuación el número de profesionales sanitarios colegiados, distribuidos por los distintos tipos existentes, con el fin de dar una visión de conjunto. Para ello adjuntamos a continuación el cuadro nº 1:

Cuadro nº 3.
Profesionales Sanitarios Colegiados
(2016-2017)

Especialidades	Número de colegiados	Porcentaje
Médicos colegiados	253.796	30,9
Enfermeras Colegiadas	299.824	36,5
Farmacéuticos	72.500	8,8
Fisioterapeutas	51.130	6,2
Dentistas	36.289	4,4
Veterinarios	32.555	4,0
Psicólogos	25.857	3,2
Ópticos	17.372	2,1
Logopedas	8.971	1,1
Podólogos	7.406	0,9
Protésicos Dentales	7.248	0,9
Dietistas Nutricionistas	4.086	0,5
Terapeutas Ocupacionales	3.502	0,4
TOTAL	820.536	100%
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2018.		

En estas cifras no se recogen otros colectivos dentro de la sanidad pública, como son los casos de las Auxiliares y de los Celadores, de gran importancia, como es bien sabido, en la asistencia hospitalaria.

Para nuestros propósitos resulta del máximo interés concretar la información recogida en el cuadro anterior, refiriéndonos de manera más precisa al número de profesionales con los que contamos en el ámbito de la sanidad pública, destacando los datos correspondientes a médicos y enfermeras, tal como podemos ver en el cuadro siguiente:

Cuadro nº 4

Médicos y Enfermeras en la Sanidad Pública (2016-2017)

Especialidades	Número	Porcentaje
Médicos	116.711	40,8
Enfermeras	169.601	59,2
Médicos atención primaria	34.888	29,9
Médicos de hospitales	78.285	67,1
Médicos de urgencia	3.538	3,0
Enfermeras atención primaria	29.441	17,4
Enfermeras de hospitales	136.699	80,6
Enfermeras de urgencia	3.093	1,8
Fuente: Sistema Nacional de Salud y elaboración propia		

Es preciso poner de relieve que la capacitación de los médicos y enfermeras del servicio público constituye uno de los aspectos más sobresalientes y valorados por la ciudadanía, algo sobre lo que volveremos más adelante.

La asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social: el Sistema Nacional de Salud

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, (LGS), en su artículo 44 define el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, constituyendo el instrumento destinado a garantizar el derecho universal a la protección de la salud, y siendo sus principales características la extensión de sus servicios a la mayor parte de la población y la financiación pública mediante impuestos. A ello hay que añadir, como parte esencial de la normativa al respecto, las continuas modificaciones que ha habido a lo largo del tiempo, y muy especialmente las contenidas en el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Desde la aprobación de la Ley General de 1986 hasta la actualidad se ha procedido a la transferencia de la gestión de los servicios sanitarios a la totalidad de las comunidades autónomas, existiendo además otros dispositivos públicos, tales como los servicios de sanidad militar y las redes asistenciales dependientes del Ministerio de Justicia. Esta progresiva descentralización de competencias a favor de las comunidades autónomas ha traído como consecuencia “inevitable” una gran diversidad de la calidad y eficiencia de los servicios prestados por la sanidad pública a lo largo y a lo ancho del territorio español afectando, lógicamente, al derecho de los ciudadanos a un tratamiento igualitario y equitativo.

Efectivamente, y aunque es cierto que la creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del Bienestar, dada su calidad, su vocación universal, y la amplitud de sus prestaciones, situándose en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial, hay que reconocer que la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional debido al proceso de descentralización, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación.⁸

⁸ Para un análisis profundo y detenido de este proceso ver:
VICENTE MERINO, Ana (2018): Capítulo 11.

Esa situación se traduce en una pérdida de eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que ha dado lugar a una alta morosidad y a un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias, haciendo todo ello imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista.

Puede afirmarse sin ambages, pues, que el Sistema Nacional de Salud viene sufriendo situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos, dando lugar a la aparición de considerables diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas comunidades autónomas. Como ya anticipábamos, la cohesión territorial y la equidad se han visto puestas en cuestión con determinadas medidas adoptadas durante estos últimos años.

Sin embargo todo ello sucede a pesar de que con el fin de evitar este tipo de problemas la Ley General de Sanidad creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que está integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado. Este Consejo Interterritorial es el órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la administración estatal, y tiene como misión coordinar, entre otros aspectos, las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal.

La Ley establece que en cada una de las Comunidades Autónomas se constituirá un **Servicio de Salud** integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva comunidad autónoma. Cada una de las Comunidades elaborará un plan de salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud

Las comunidades autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas **Áreas de Salud**, que son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la comunidad autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

Estas Áreas deberán desarrollar las siguientes actividades:

1ª.-En el ámbito de la **atención primaria** de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.

2ª.-En el nivel de **atención especializada**, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.

3ª.-Como indica el artículo 65 de la Ley General, cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de esta y los problemas de salud.

Las distintas Áreas contarán con **Zonas Básicas** de Salud, y dentro de ellas, con **Centros de Salud**, que son los que de hecho llevan a cabo la atención primaria, punto de partida especialmente importante en la compleja tarea de la sanidad pública.

Aunque la Ley General habla de distintas áreas en cada una de las Comunidades Autónomas a las que ha cedido sus competencias en un "generoso" proceso de descentralización, la amplia discrecionalidad existente da lugar al hecho de que algunas de ellas posean tan sólo un área de salud. Tal es el caso de la Comunidad de Madrid que, por Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno establece las estructuras básicas sanitarias y directrices de Atención Primaria del Área Única de Salud de dicha Comunidad, tal como determina en los artículos 2 y 4 del mencionado Decreto.

La contratación laboral en la sanidad pública

En los numerosos artículos y textos que hemos escrito a lo largo de los años, y dada nuestra inequívoca vocación interdisciplinaria, hemos abordado temas de gran dificultad, como el de la aplicación de la teoría del caos a la física cuántica o al control de la metástasis en un proceso cancerígeno, entre otros temas que se ubican en el área avanzada de los sistemas dinámicos complejos. Pues bien, es preciso rendirse a la evidencia y reconocer que resulta más enojoso y complicado entender el confuso panorama que supone la normativa y el funcionamiento efectivo del mercado laboral en el caso concreto de la sanidad pública.

Sin embargo, y dado que el objetivo principal de nuestra reflexión lo constituye precisamente conocer, aclarar y saber cómo funciona el mercado de trabajo en este sector de tanta importancia y transcendencia en el logro del máximo bienestar de nuestra sociedad, vamos a intentar recoger y expresar lo más esencial del mismo, así como sacar las conclusiones que conducen a entender la gran paradoja con la que nos encontraremos y que da título a esta incursión sobre un tema de tanta relevancia pero que no parece llamar mucho la atención ni ser objeto de estudios serios y rigurosos.

Quizás la dificultad para hacer una correcta y sencilla composición de lugar en lo que respecta a la organización y funcionamiento del mercado laboral así como a la contratación correspondiente a los profesionales de la sanidad pública se deba a la existencia de un "*cuerpo extraño*" en la estructuración del personal que presta sus servicios en la misma. Sin demora despejaremos la incógnita y dejaremos claro a qué nos estamos refiriendo.

Lo habitual cuando se estudia el mercado de trabajo de cualquier sector de la actividad y gestión públicas es distinguir entre los funcionarios, que se rigen por el Estatuto Básico del Empleado Público, por una parte, y el personal laboral, que lo hace basándose en el Estatuto de los Trabajadores, por otra. Pero la *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud* vino a configurar un sistema peculiar y/o política de personal en la sanidad pública, estableciendo una prolija, y en cierta medida confusa, clasificación de los distintos niveles y tipos de contratos, hecho que ha desembocado en situaciones injustas y tan difíciles de justificar como de asumir.

El artículo 6 de la mencionada ley de 2003 subdivide en dos partes el personal estatutario sanitario: "*Personal de formación universitaria*", por una parte, y "*Personal de formación profesional*", por otra.

El artículo 9, a su turno, distingue, siguiendo otro criterio, entre "*Personal estatutario fijo*" y "*Personal estatutario temporal*". Según establece la norma, se considera Personal estatutario fijo el que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven. En el mismo marco normativo se entiende la existencia de Personal estatutario temporal por razones de necesidad, de urgencia, o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario.

Por su parte, el "*Personal estatutario temporal*", teniendo en cuenta la modalidad de contratación, se clasifica en los tres tipos siguientes: *Personal interino*, con el fin de desempeñar la tarea que corresponda a una plaza vacante, el *Personal de carácter eventual*, y el *Personal de sustitución*.

El verdadero y grave problema de la contratación en la sanidad pública española se ubica en la que corresponde al *personal estatutario temporal* en cada una de las tres variantes mencionadas, y de una manera más acusada a la que se refiere al denominado *Personal de sustitución*, figura especial y deliberadamente confusa que, amparada en una imprecisa definición, permite o da lugar a no pocas arbitrariedades.

A este respecto hay que destacar el hecho de que la temporalidad hace que se pierda de forma alarmante la calidad de la asistencia, y ello, entre otras razones, porque afecta de manera importante a la relación médico-paciente o enfermera-paciente, a lo que hay que añadir, y ello no es trivial, su indudable impacto negativo en la eficiencia en el funcionamiento del sistema sanitario público.

La Organización Médica Colegial (OMC) y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) en su "IV Estudio sobre la situación laboral de los médicos en España" afirma que tan sólo el 42% de este colectivo dispone de una plaza en propiedad, encontrándose la mayoría de ellos en esta situación irregular desde hace más de 10 años, siendo muy significativo el hecho de que el promedio de contratos firmados en el último año por los médicos desempleados alcance la cifra de 9,3.

El porcentaje es similar entre el colectivo de enfermeras, donde es habitual firmar contratos de tres o cuatro días, renovándose los eventuales cada semana, contando tan sólo de lunes a viernes a determinados efectos que, en ocasiones, supone privarles de derechos básicos recogidos en el Estatuto de los trabajadores. Sobre

este irregular estado de cosas se manifiesta el Consejo General de Enfermeras (CGE), asegurando que los jóvenes graduados apenas pueden trabajar “uno o dos meses al año”.

A modo de ejemplo conviene manifestar que ante el recurso presentado por una enfermera denunciando el hecho de que su contrato fuese renovado hasta en siete ocasiones a través de nombramientos para “servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria”, el Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 4 de Madrid acudió a la justicia europea solicitando asistencia para determinar si esta regulación es contraria a la normativa europea, que establece que los países deben poner límites para evitar abusos en la contratación temporal.

La respuesta del Tribunal de Justicia de la UE fue a todas luces rotunda, ya que, por sentencia de la Sala Décima de 14 de septiembre de 2016 condena los contratos sucesivos que permite el Estatuto Marco del Personal Estatutario de Salud en España **por ser una situación contraria al Derecho de la Unión Europea**.

Resulta ilustrativo recordar que en relación con esta sentencia, la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS) considera que aunque la sentencia atañe a un caso individual, claramente debería tener efectos jurídicos y ejecutivos en el ámbito nacional, estudiando para ello la modificación del Estatuto Marco para que la normativa española se adapte a la legislación europea en esta materia. Si esta modificación no se lleva a cabo, parece claro que la normativa europea prevalecería sobre la nacional, debiendo las autonomías actuar con arreglo a lo dispuesto en la citada sentencia del Alto Tribunal de la Unión.

Siguiendo este hilo conductor, y aunque parezca que nos repetimos, puede comprobarse de manera fehaciente que el problema laboral que estamos analizando se acentúa notablemente en el caso de las enfermeras, un capítulo esencial y de gran relevancia en nuestro marco sanitario público, y lo es porque estamos hablando de unos profesionales de la sanidad que gozan, junto con las enfermeras de Noruega, de un reconocido prestigio, con el mérito añadido de que en este país nórdico la ratio de enfermeras por cada 1000 habitantes se eleva a 20,15, en tanto que la proporción en España es tan sólo de 5,39 enfermeras por cada 1000 habitantes.⁹

⁹ Otro dato a considerar, a este respecto, es que en España hay 12,3 pacientes por enfermera, cuando la Unión Europea recomienda que no atiendan a más de 8 cada una.

Durante los últimos años de la crisis (2013-2014), y debido igualmente a los cambios organizativos introducidos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), tuvo lugar una acentuación del proceso emigratorio de este colectivo que ya se había iniciado poco después de que empezaran a manifestarse los efectos de la crisis financiera mundial. En el primer trimestre de 2017, según datos del Registro del Nursing and Midwifery Council (NMC), homólogo británico del CGE, había 7.609 enfermeras españolas en ese país.

El impacto de la crisis constituyó un fenómeno que se dio en los diferentes sectores de la actividad económica de nuestro país, y sobre ello hemos tenido ocasión de manifestarnos con todo el detalle exigible en un artículo publicado en el 2016, pero cuando decimos que la emigración de enfermeras españolas a importantes países europeos se debía también a los “cambios organizativos introducidos en el SNS” nos estamos refiriendo, sin ningún tipo de eufemismo, a la extrema e injustificable precariedad del modelo *sui generis* de mercado laboral existente en la sanidad pública española, modelo que, como decíamos con anterioridad, constituye, en su peculiaridad, algo así como una “cuña” entre la legislación ordinaria relativa a los empleados públicos, y el estatuto de los trabajadores aplicado habitualmente al mercado y a la contratación laboral.¹⁰

Aunque pueda parecer reiterativo, queremos insistir en la importancia de la contratación como nudo gordiano de los problemas derivados del modelo de mercado de trabajo elegido para la sanidad pública que, como hemos visto, se recoge en la mencionada Ley 55/2003, de 16 de diciembre. Al respecto se ha puesto de manifiesto las arbitrariedades e irregularidades que pueden producirse, y que de hecho se producen. Si tomamos, por ejemplo, el Servicio Madrileño de Salud, vemos que en el funcionamiento de las bolsas de trabajo, tal como se recoge en diferentes puntos, se establece que cuando se renuncia a una oferta de trabajo supuestamente mejor propuesta por recursos humano, el profesional sanitario que ha recibido dicha oferta es objeto de penalización, pasando a ocupar el último puesto de la lista durante un año. Esta forma de proceder puede servir para quitar de la lista a alguien con méritos y muchos puntos, dejando así el terreno libre para un profesional que esté situado por detrás del que ha sido penalizado, y que de esa manera puede ser destinado a un puesto de mayor relevancia, lo cual supone, por parte de los

¹⁰ Sobre la emigración de enfermeras ver:

GALBANY-ESTRAGUÉS, Paola y NELSON, Sioban (2016): PP. 112-123.

Respecto a la crisis de 2007-2014 ver:

FERNÁNDEZ DÍAZ, Andrés (2016): pp. 3-17.

responsables de recursos humanos incurrir en faltas graves o en ilícitos que pueden llegar a ser verdaderamente serios. Conviene precisar, por una parte, que cuanto decimos no se trata tan sólo de una hipótesis de trabajo, sino de casos reales contrastados, y por otra, que todo este conjunto de anomalías que atentan fundamentalmente contra los principios de equidad y eficiencia son consecuencia de la desbordante descentralización y de la excesiva discrecionalidad existentes en este importante sector que estamos analizando, es decir, el de la sanidad pública.

Sobre la evaluación de la calidad y eficiencia de la sanidad pública española y su control

El estudio, financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates y publicado por la revista *The Lancet* en mayo de 2017, sitúa a España en la **octava posición** en el ranking sobre acceso y calidad sanitaria en el que se incluye a 195 países, siendo, por tanto, uno de los estudios a nivel mundial más fiable y completo sobre la materia. El análisis estadístico realizado comprende los años 1990 a 2015, ofreciendo, pues, la evolución de la atención sanitaria en el mundo durante un período suficientemente significativo de tiempo.

Conviene hacer notar algo que es relevante, y es el hecho de que España supera en esta evaluación sobre la calidad de la atención sanitaria pública a países de su entorno como son Italia, Francia y Alemania, por citar algunos de los más importantes. En esta línea, hace ya 15 años, nuestro país aprobaba la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad, del Sistema Nacional de Salud (SNS), en cuyo artículo 63 se creaba El Observatorio del SNS, órgano dependiente de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, del Ministerio de Sanidad, que tiene como finalidad proporcionar un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto.¹¹

Como no podía ser de otra manera, y dado que las competencias sobre sanidad están transferidas a las Comunidades Autónomas, el “principio de clonación” imperante en las mismas ha dado lugar a que todas ellas tengan su “Observatorio”, como el del Servicio Madrileño de Salud, o el del Sistema de Salud de Cataluña, y

¹¹ En realidad el artículo 63 no recoge de manera clara e inequívoca los objetivos que persigue el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, pues se limita, por una parte, a poner el énfasis en la lucha contra el tabaquismo, tema sobre el que ya disponemos de la necesaria normativa, importante y suficientemente definida y, por otra, a erradicar las desigualdades en salud por razones de género, algo que sorprende dadas las dudas sobre la existencia de este tipo de discriminación, especialmente si nos referimos a la atención sanitaria.

así sucesivamente, cada uno de ellos, por supuesto, con sus criterios, enfoques y actuaciones absolutamente diferentes y discrecionales a falta de una coordinación seria y eficiente, a pesar de la existencia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud según establece el artículo 47 de la repetidamente mencionada Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Este Consejo está integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado, y coordinará, entre otros aspectos, las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios, y de otros bienes y servicios, así como *los principios básicos de la política de personal*. (El subrayado es nuestro).

Hechas estas breves consideraciones sobre la calidad y la eficiencia en la sanidad pública, así como a propósito de la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, procede referirse ahora al proceso y a los órganos de control de este sector básico y de enorme importancia en la gestión pública de nuestro país. A estos efectos es bien sabido que, al igual que cualquier otro sector de nuestra actividad pública, con independencia de los servicios de inspección existentes en cada caso, hay que hablar principalmente del papel decisivo que desempeñan el control interno, a través de la Intervención General, por una parte, y el definitivo control externo que ejerce el Tribunal de Cuentas de España, por otra.

El Tribunal de Cuentas, que se rige por la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, y por la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento, según el artículo 136 de la Constitución es el supremo órgano fiscalizador de las cuentas y de la gestión económica del Estado, así como del Sector Público, dependiendo directamente de las Cortes Generales.¹² En su estructura y organización funcional cuenta con dos Departamentos que pueden llevar a cabo la fiscalización de la sanidad pública en sus distintos aspectos, subsectores, servicios, áreas, recursos humanos, recursos materiales, contabilidad, coste, etc. verificando que se cumplen debidamente los principios de legalidad, eficiencia y equidad. Dichos Departamentos son los siguientes:

1º.-Departamento de la Administración Económica del Estado.

2º.-Departamento de Comunidades Autónomas.

¹² FERNÁNDEZ DÍAZ, Andrés (1999_a): pp. 117-140.

Obviamente la responsabilidad y carga de trabajo de cada uno de estos dos departamentos es muy diferente, dado que al primero le corresponde el control de la parte de la actividad y del gasto que cae dentro de la Administración Central y que se recogen en los Presupuestos Generales del Estado, en tanto que el segundo soporta de hecho la gran parte de la tarea a llevar a cabo debido a que la sanidad pública fue transferida, junto a otros sectores importantes, al gobierno y gestión directa de las Comunidades Autónomas. Si volvemos sobre nuestros pasos y nos detenemos en el cuadro nº 1 en el apartado que dedicábamos al peso de la sanidad pública en la economía española, podemos ver que el gasto público total en sanidad, según las cifras más recientes, se eleva a 70.635,7 millones de euros, de los cuales 4.251,0 millones corresponden al gasto fijado en los Presupuestos Generales del Estado, y 66.384,7 millones a la cantidad transferida a las Comunidades Autónomas.

Las cifras demuestran de manera elocuente que es el Departamento de Comunidades Autónomas el que soporta la responsabilidad de realizar cuantas fiscalizaciones fuesen necesarias para garantizar el buen funcionamiento del sistema nacional de salud así como el cumplimiento de los principios básicos por los que han de regirse, como ya vimos, la actividad de este sector, teniendo muy en cuenta que, como se recoge en el artículo 136 de la Constitución, la tarea fiscalizadora no se limita tan sólo a las cuentas, sino que también abarca el ámbito de la gestión, lo cual es realmente relevante a los efectos de lo que pretendemos poner de manifiesto en nuestro trabajo.

A modo de ejemplo recordemos el *"Informe de fiscalización de atención sanitaria especializada en el Sistema Nacional de Salud de las enfermedades del aparato circulatorio, con especial referencia al infarto agudo de miocardio"* aprobado en el Pleno del Tribunal de Cuentas de 29 de mayo de 2003, cuando ya se había completado el proceso de transferencia a las Comunidades Autónomas.¹³ En la realización de este excelente trabajo de fiscalización se eligieron cinco comunidades autónomas, y dentro de ellas se llevaron a cabo verificaciones y pruebas en seis hospitales. Los resultados obtenidos permitieron conocer a fondo las peculiaridades y problemas en esta área tan especializada e importante de la atención sanitaria pública, a la vez que hicieron posible el logro de sensibles mejoras.

¹³ Es preciso aclarar que este Informe de referencia lo realizó el entonces Departamento 3º, que se ocupaba del Área de Seguridad Social y Acción Social. En el Pleno actual (2012-2021), el control de la sanidad pública, como ya dijimos, recae en el departamento de la Administración Económica del Estado, y muy especialmente, en el de las Comunidades Autónomas.

Mediante sus fiscalizaciones generales o específicas el Tribunal de Cuentas, además de entrar en cuestiones relativas a la responsabilidad contable, y a la eficiencia en sentido amplio, puede abordar la calidad de los servicios prestados en los centros hospitalarios fiscalizados, lo que conduce, entre una amplia variedad de actuaciones, al análisis de los recursos humanos, y por ende, al conocimiento de la situación laboral y modelo de contratación de los profesionales de la sanidad pública que, como hemos puesto de relieve en varias ocasiones, constituye el *leitmotiv* de nuestro trabajo.

Sin embargo, y dado que el Tribunal de Cuentas es una Institución de relieve Constitucional que ante todo se ocupa al más alto nivel de una propia y específica "*jurisdicción contable*", sin perjuicio de atender mediante su Fiscalía la vertiente penal por la vía ordinaria, no suele entrar en sus informes en el análisis y crítica correspondiente, cuando procede, de la estructura y el funcionamiento del mercado de trabajo de la parcela de la actividad económica objeto de la fiscalización, en este caso, el de la sanidad pública.

Esta carencia podría y debería subsanarse por la vía de incluir en cualquiera que fuese el sector fiscalizado el concepto de eficiencia, entendido tanto en su sentido general, como en el de eficiencia técnica, cuestión de la máxima importancia, ya que, como ha calculado la Organización Mundial de la Salud, entre un 20% y un 40% del gasto sanitario de los países se pierde debido a las ineficiencias de su sistema sanitario, y ello, como ya hemos afirmado en varias ocasiones, tiene mucho que ver con el peculiar modelo de contratación que se aplica "*exclusivamente*" a este sector, con los resultados negativos derivados del mismo.¹⁴

De paradojas y enigmas

Suele afirmarse que detrás de toda paradoja hay un enigma, y en determinadas ocasiones cabe añadir que la verdadera solución del enigma es que no hay enigma. La obra de Chesterton, a la que nos referíamos en las primeras líneas de este trabajo constituye un buen ejemplo de ello.

¹⁴ PÉREZ ROMERO, Carmen *et al.* (2017): pp.1-8.

En el caso que nos ocupa parece claro que estamos ante una paradoja, pero sin que pueda afirmarse que haya enigma alguno. La paradoja es palpable, y a ella nos hemos referido a lo largo de estas líneas, pero el enigma no existe, y ello es debido sencillamente al hecho indiscutible de que hay una explicación diáfana y convincente.

Hacemos esta afirmación, que puede parecer rotunda, porque no nos basamos ni en la disimulada fuerza de la intuición, como sucede en la Geometría, ni en la sutileza y elegancia de la abstracción que hallamos en el Análisis, dos nociones estudiadas en profundidad por el célebre filósofo franciscano Guillaume d'Ockham.¹⁵ Nos basamos en el conocimiento de los hechos, a modo de hipótesis, y en su verificación, como es obligado en toda investigación rigurosa, cualquiera que sea el área científica que se contemple.

Volviendo a lo esencial de este apartado, cabe plantearse los interrogantes siguientes: ¿Cuál es la paradoja?; ¿Dónde está el enigma, si es que lo hay?; ¿No será que estamos buscando un gato negro en una habitación a oscuras, en la que además no hay ningún gato.

La respuesta a la primera pregunta es clara e inmediata, y algo hemos anticipado al respecto. Se trata de entender cómo es posible que la sanidad pública española ocupe el octavo lugar entre un conjunto de 195 países en cuanto a calidad y eficiencia si, al mismo tiempo es el sector de la actividad socio-económica de nuestro país cuyos profesionales están sometidos a las arbitrariedades de un confuso, injusto e inextricable mercado de trabajo al que apelan "Estatutario", que en nada satisface las aspiraciones y la dedicación de los colectivos de médicos y enfermeras que han contribuido a lograr el prestigio y reconocimiento que tiene la sanidad pública en nuestro país. Y lo curioso es que cuando se habla de reformas del mercado de trabajo y de "reformular dichas reformas", nunca se repara en esa figura esperpéntica concebida como un descubrimiento que no funciona, por el que hay que regirse y que debemos admirar.

En cuanto al segundo interrogante ya decíamos que no existe enigma alguno tras la paradoja que estamos considerando, y ello porque hemos demostrado que hay una explicación para la misma. Sin embargo, y dada la naturaleza oscura, ambigua, equívoca o difícil de penetrar y comprender de la explicación, características todas

¹⁵ Para el lector interesado aconsejamos la versión en latín y su traducción simultánea al francés que indicamos a continuación:
d'OCKHAM, Guillaume (2005): pp. 95-121.

ella del enigma, no cabe descartar el hecho de seguir asociando la fenomenología del enigma a la existencia de la "Gran paradoja" tantas veces mencionadas. Y ello es así porque aunque explicamos la naturaleza de la contradicción, hay algunos recovecos que son susceptibles de una mayor profundización.

Respecto a nuestra tercera pregunta, aunque pueda sorprender y romper el encanto de nuestro planteamiento, tiene a todas luces una respuesta positiva: sí hay un gato negro, aunque ello complique nuestra reflexión, un gato que por razones obvias es difícil de localizar.¹⁶

Este gato negro deja de ser un enigma para convertirse en realidad si nos amparamos, sucesivamente, en el teorema de la "indecidibilidad" de Gödel, por una parte, y lo relacionamos con el problema de la "superposición cuántica" de Schrödinger, por otra, dos capítulos señeros y que han hecho grandes a las Matemáticas y a la Física del siglo XX. Debido a que desequilibraría el contenido y propósito de nuestra investigación, y reprimiendo nuestra vocación interdisciplinar, no vamos a entrar a considerar estas dos brillantísimas aportaciones a la ciencia en las tres primeras décadas del pasado siglo.¹⁷

Volviendo sobre nuestros pasos, y aceptando el gran valor añadido de esa extraña pero creativa síntesis que nace de la "*composición circular*" formada por la paradoja y el enigma, habría que decir, para no pecar por defecto, que la literatura, la filosofía, todos los campos de la ciencia, el conocimiento en general, la vida misma y la forma de vivirla, están plagadas de incontables paradojas; unas han sobrevivido e incorporadas a la historia del pensamiento, muy en especial en el ámbito de la ciencia en el que desempeñan un papel de gran relevancia; otras permanecen, pero en un segundo plano, como parte o componente de la erudición, en tanto que la gran mayoría pasa desapercibida salvo para el estudioso especialista.

Desde Zenón de Elea (490-430 a.C.) hasta la publicación en Leipzig (1851) de la obra de Bernard Bolzano "*Paradoxien des Unendlichen*", las aportaciones más importantes sobre esta materia han tenido el "infinito" como denominador común, con

¹⁶ La figura del gato, tan esencial en las religiones de grandes países de la antigüedad, como es el caso de Egipto, ha desempeñado también un papel importante en capítulos concretos de algunos campos de la Ciencia. Baste citar, como ejemplo, el problema existencial que subyace en el famoso experimento conocido como "el gato de Schrödinger", de gran relevancia en la Física moderna, y con importantes aplicaciones en otros campos del conocimiento. .

¹⁷ Para una explicación rigurosa de este tema ver:
FERNÁNDEZ DÍAZ, Andrés (1999b): pp. 201.226.

enigma o sin enigma, o para seguir con nuestro particular vocabulario, con solución o sin ella.

Aunque el tema elegido y desarrollado a lo largo de estas páginas no se ubica en principio en el campo de las mal llamadas "*ciencias duras*", constituiría una impertinencia intelectual imperdonable restarle por ello un ápice de la gran importancia socio-económica que tiene el problema, además del reto que intrínsecamente supone desde el punto de vista lógico-formal y científico.¹⁸

Pero no es necesario insistir en cuestiones que desborda el campo del análisis que ocupa nuestra atención, pues, como decía Ortega y Gasset, "*primero hay que vivir y luego filosofar*", y está claro que en el "*encriptado*" problema que supone la estructura y el funcionamiento del mercado laboral en la sanidad pública no hay enigma alguno, aunque la paradoja permanezca desafiante y en solitario.

Una reflexión adicional

El contexto en el que se ubica el tema planteado en este trabajo posee algunas dimensiones determinantes que no pueden pasar desapercibidas. Nos referimos concretamente a la Reforma del mercado de trabajo, por una parte, y a la normalización del sistema impositivo, por otra.

Sobre la reforma de la Reforma de 2012 ya nos hemos referido a lo largo del texto, y más específicamente en el apartado dedicado al mercado de trabajo considerado en su conjunto. No es preciso, pues, repetir nuestra argumentación, pero sí hay que manifestar la preocupación que nos embarga cuando leemos o escuchamos de los propios responsables del Gobierno y de su política económica que dicha reforma habría que postergarla, lo que implicaría la perpetuación del, como hemos visto, muy particular y pernicioso modelo aplicado en exclusiva al importantísimo sector de la sanidad pública.

Preocupa, asimismo, que se diga que hay que paralizar la anunciada subida de impuestos a las empresas como una de las fuentes de ingresos para financiar la subida de las pensiones y otros gastos sociales básicos en una verdadera sociedad del bienestar. Pero a mayor abundamiento, hay algo que es preciso aclarar sin

¹⁸ A los efectos de evitar una interpretación equivocada, nos estamos refiriendo en nuestro trabajo a la contratación de profesionales de la sanidad pública, y a la contradicción que supone la coexistencia de esta extraña, confusa e injusta modalidad de mercado laboral, con el prestigio de sus profesionales y la evaluación altamente reconocida en el ranking mundial. Hablamos, pues de un aspecto concreto, al margen del amplio y relevante campo científico en el que se desenvuelve el trabajo clínico y de investigación de sus profesionales.

demora, pues en torno a ello existe una deliberada confusión. En efecto, el Ministerio de Hacienda, ya desde el gobierno anterior, manifestó su voluntad de que el Impuesto sobre Sociedades contribuyese a financiar parte de los gastos públicos pagando de manera efectiva la tasa impositiva realmente establecida del 25%, pretensión o exigencia del todo punto normal e ineludible. Pero ello chocaba frontalmente con el hecho de que las grandes empresas, desde hace ya bastantes años, y como ya poníamos de relieves en otros trabajos, han venido pagando, y aún continúan haciéndolo, un tipo medio efectivo de menos del 7% de su resultado contable, lo que según los cálculos de GESTHA ha supuesto una pérdida de recaudación en la última década estimada en 86.000 millones de euros. Todo esto ha sido posible por la aplicación indebida de exenciones no justificadas e irregulares y subvenciones prohibidas por Ley desde hace un largo período de tiempo.¹⁹

Ante este panorama hay que tener muy claro que, al menos en lo que se refiere al Impuesto de Sociedades, no es correcto hablar de *“subida de impuestos”*, sino de la aplicación y la recaudación efectivas según el tipo de gravamen legalmente establecido en el sistema impositivo español. No se trata, pues, de subir los impuestos, sino de que se cumpla la ley y se realicen los pagos correspondientes en tiempo y forma a la Agencia Tributaria. Cualquier otra interpretación no constituye sino una tergiversación de la realidad.

Concluimos este trabajo poniendo el énfasis en dos puntos fundamentales: la necesidad de llevar a cabo la Reforma del Real Decreto-Ley 3/2012, es decir, la reforma de la reforma, en primer lugar, y realizar en el marco de la misma o de manera simultánea, un cambio profundo de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en segundo lugar. Los argumentos para fundamentar esta perentoria apelación ya han sido expuestos, pero si a pesar de ello queda alguna duda, basta con leer el artículo 1º del Real Decreto-Ley 55/2012, por lo que respecta a la reforma laboral que reclamamos, y considerar el cúmulo de despropósitos que encierra la Ley 55/2003, en cuanto se refiere al cambio inexcusable que se requiere para normalizar la estructura y funcionamiento del mercado laboral en el ámbito de la sanidad pública.

Madrid, Septiembre de 2018

¹⁹ FERNÁNDEZ DÍAZ, Andrés (2017): pp. 11-12.

REFERENCIAS

ALVA, Kenedy; ESCOT, Lorenzo; FERNÁNDEZ CORNEJO, José Andrés; CÁCERES RUIZ, Juan Ignacio (2017): "Intermediarios del mercado de trabajo y eficacia de los métodos de búsqueda de empleo durante la crisis económica", Cuadernos de Relaciones Laborales, Vol. 35, nº 2, Ediciones Complutense, Madrid.

ALCAIDE, Ángel y ÁLVAREZ, Nelson (1990): "Econometría. Modelos deterministas y estocásticos", Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. Madrid.

- BOLZANO, Bernard (1993): "Les Paradoxes de L'infini", Éditions du Seuil, Paris.
- D'ESPAGNAT, Bernard (1994): " Le réel voilé", Fayard, Paris.
- FERNÁNDEZ DÍAZ, Andrés (1999_a): "¿Puede hablarse de una economía del Control?", *Revista Española de Control Externo*, nº 1, Tribunal de Cuentas, Madrid.
- FERNÁNDEZ DÍAZ, Andrés (1999_b): "El teorema de Gödel y la incompletud de la jurisdicción contable", *Revista Española de Control Externo*, nº 2, Tribunal de Cuentas, Madrid.
- FERNÁNDEZ DÍAZ, Andrés (2005): "Economía y Sociedad", Delta-Publicaciones, Madrid.
- FERNÁNDEZ DÍAZ, Andrés (2016): "Some Differences between the Great Depression and the Recent Crisis: Learning a Lesson", E-Prints Complutense, Madrid.
- FERNÁNDEZ DÍAZ, Andrés (2017): "Le retour aux grands maîtres contre la simplification de la politique économique", E-Prints Complutense, Madrid.
- GALBANY-ESTRAGUÉS, Paola and NELSON, Sioban (2016): "Migration of Spanish nurses 2009-2014: Underemployment and surplus production of Spanish nurses and mobility among Spanish registered nurses: A case study", *International journal of nursing studies*, Vol. 63, Elsevier.
- LILLO FERNÁNDEZ CUEVAS, José María y RODRÍGUEZ BLAS, María del Carmen (2018): "Estadística de Gasto Sanitario Público 2016: Principales resultados", Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.
- NAGEL, Ernest *et. al.* (1.989): "Le Théorème de Gödel" ", Éditions du Seuil, Paris.
- D'OCKHAM, Guillaume (2005): " Intuition et abstraction", Librairie Philosophique J. Vrin, Paris.
- PÉREZ-ROMERO, Carmen *et al.* (2017): "Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud por tipo de propiedad y gestión", *Gaceta Sanitaria* 2017, Elsevier.
- TRIBUNAL de CUENTAS (1998): "Informe de Fiscalización de la Fundación para la Formación Continua (FORCEM)", Tribunal de Cuentas, Madrid.

TRIBUNAL DE CUENTAS (2003): "Informe de fiscalización de la Atención Sanitaria Especializada en el Sistema Nacional de Salud de las enfermedades del aparato circulatorio, con especial referencia al infarto agudo de miocardio", Tribunal de Cuentas, Madrid.

VICENTE MERINO, Ana (2018): "Economía y técnica de la Seguridad Social: financiación y planificación", Universidad Complutense de Madrid.