

viene de la pág. 4 conocimiento. Todo sistema que quiera ser competitivo debe tener la capacidad de retener y atraer talento, y en eso el SNS está limitado", admite Jaume Aubía, director de Recursos Humanos en el Ministerio de Ana Pastor, que redactó y aprobó el Estatuto Marco.

Aubía asegura que esa redacción "implicó un complejo juego de equilibrios en un sistema muy sindicalizado y funcionarizado. Hay aspectos positivos, como un mecanismo de acceso a la función pública basado en la igualdad, mérito y capacidad, y otros muy restrictivos. El ejemplo de este cirujano pone en evidencia los estrechos márgenes de un sistema que, a veces, tiene que buscar excepciones al margen del propio sistema".

Aubía concluye que, sin esas excepciones autonómicas, el oncólogo Josep Baselga nunca habría podido compaginar el cargo que tuvo en el Hospital General de Massachusetts con la Dirección Científica del Ins-

Toranzo, de CESM, admite que "hay que buscar fórmulas para facilitar el retorno", pero añade que en las CCAA hay "cientos de interinos esperando una plaza vacante"

tituto de Oncología del Valle de Hebrón, "con el consiguiente perjuicio para el sistema catalán".

A la mente de César Pascual, gerente del Hospital Marqués de Valdecilla, también viene un nombre propio cuando se queja de las limitaciones del régimen estatutario. "Si yo quisiera traerme a Valentín Fuster como jefe de Cardiología de Valdecilla, no podría hacerlo. Hemos contactado con profesionales valiosísimos para explorar la posibilidad de contratarles y no hemos podido *ficharles*". Pascual aboga por revisar el régimen estatutario "para evitar rigideces como ésta, que nos impiden captar talento y limitan al sistema sanitario de forma absurda".

La visión sindical es sensiblemente distinta. Tomás Toranzo, vicesecretario general de CESM, argumenta que "el sistema no impide venir a nadie; otra cosa son las condiciones en las que se aspire a volver. Hay una vía legal, que es la que rige para todos: hacer un contrato de interinidad y optar a

una plaza por oposición. En las bolsas de interinidad puntúan igual los servicios prestados en España que en cualquier país de la UE".

#### PRIORIDAD NACIONAL

Toranzo llama la atención sobre la otra cara del problema: "Hay cientos de interinos en todas las autonomías que llevan años esperando una plaza vacante, y ese régimen estatutario tan denostado da prioridad a esos profesionales que ya están en el sistema". Aun así, admite que "habría que buscar fórmulas satisfactorias para facilitar el retorno a todo el que quiera volver" -y cita el contrato laboral de alta dirección de Castilla y León-, pero concluye que "quizás la clave es que el sistema les hubiera ofrecido alicientes para no irse".

Mercedes Ortín, secretaria de Acción Sindical de CESM, coincide con Toranzo en que la prioridad la deben tener quienes ya ejercen en el sistema público español, pero denuncia la heterogeneidad de la legislación autonómica, precisamente uno de los fundamentos de la denuncia de Martínez-Isla ante la UE: "Si yo fuera juez del Tribunal de Justicia de la UE, le daría la razón a este cirujano, porque hay un derecho fundamental a la no discriminación que no se garantiza".

Desde la OMC, Fernando Rivas, vocal de Médicos con Empleo Precario, entiende que "se quiera promover el arraigo, pero no debe ser a costa de minusvalorar un ejercicio equivalente de un médico que, precisamente por arraigo, desea volver a España". Rivas aboga por que el tiempo trabajado en el extranjero "sea equivalente y bareme igual que el ejercicio en España, pero me temo que, a veces, los responsables de negociar prefieren dar prioridad al ejercicio en España, aunque sea discontinuo y temporal".

Desde su puesto del Hospital St. Marks, donde sigue recibiendo a cirujanos españoles para formarlos, Martínez-Isla concluye que "un sistema sanitario prestigioso, como se supone que es el español, no puede progresar sólo con mecanismos de selección para cirujanos generales de nivel *junior*. A los hospitales se les debe brindar la posibilidad de contratar lo que necesitan, es decir, plazas perfiladas y adaptadas a sus necesidades concretas".

# Problemas de movilidad también dentro de las fronteras

En Cataluña, médicos del Clínico no pueden ser fichados en el ICS

BARCELONA  
CARMEN FERNÁNDEZ  
carmenfer@diariomedico.com

**L**os problemas de movilidad también se dan dentro de las fronteras españolas, informa Rafael Molina, presidente del Comité de Delegados Médicos del Hospital Clínico de Barcelona. Como ejemplo, su propia comunidad autónoma, donde conviven dos modelos de hospitales públicos: con gestión administrativa y personal estatutario (los del Instituto Catalán de la Salud-ICS) y con gestión empresarial y personal laboral (consorcios, como el Clínico). Molina explica que su hospital (Clínico) sí puede captar talento fuera del centro

(resto de Cataluña, España Europa...), y sus profesionales pueden ser contratados por otros hospitales concertados de Cataluña (consorcios, fundaciones empresas públicas) pero no por los del ICS, que comparten con los del resto de España (del antiguo modelo Insalud) la obligación de dar prioridad a los profesionales con experiencia en el mismo centro. "Ya puedes ser un Premio Nobel, tener 500 publicaciones, haber trabajado en el extranjero y hacer un examen brillantísimo, que en una oposición, los del mismo centro, tendrán más puntos que tú".

Molina defiende el sistema de selección de su hospital, regulado por conve-



Rafael Molina, del Hospital Clínico de Barcelona.

**“** Ya puedes ser un Premio Nobel o hacer un examen brillantísimo que, en una oposición, los que ya ejerzan en el centro (del ICS) tendrán más puntos que tú"

nio y estatutos y basado en méritos. El comité de selección lo forman 9 personas, cuatro elegidas por los médicos y 5 por los cargos del hospital. A sus convocatorias puede concurrir cualquier profesional. "El comité intenta ser los más

ecuánime posible (incluye entrevista personal); y, por eso, ser residente del centro no garantiza nada", afirma.

Para que no haya dudas de lo que dice, recuerda que varios médicos del Hospital del Valle de Hebrón (del ICS) han sido contratados por el Clínico, pero no al revés.

Rechaza, en especial, el método utilizado en Andalucía: "Allí entras en una bolsa de trabajo y, por orden riguroso, van cubriendo las plazas que van saliendo".

#### TRIBUNA

## El estatuto, ese oscuro objeto del deseo

El autor cree que el régimen estatutario ofrece garantías para un ejercicio profesional independiente, pero tiene muchas rigideces que convendría revisar.



Carlos Alberto Arenas  
Vocal de la Junta  
Directiva de  
Sedisa y gerente  
de Área de Salud  
IX de Murcia

uesto en duda muchas veces y por muchos, resiste todos los envites. La razón: el régimen de personal habitual en la Administración Pública es el funcionario. Al ser la mayoría de la sanidad de gestión pública directa, se "gestó" el Estatuto Marco para poder retribuir mejor a los sanitarios que al personal funcionario, aunque se les quitó algún privilegio como consolidar nivel. En la práctica, son regímenes de la misma naturaleza administrativa.

El régimen funcional está obsoleto para la propia Administración Pública, y el estatutario arrastra los mismos problemas.

Su rigidez hace que el personal sienta un blindaje en su puesto muy superior al de un laboral fijo, un hecho que, en la práctica, hace que los buenos trabajadores se sientan desmoralizados por cobrar igual o recibir lo mismo que los que hacen lo mínimo. Entre los estatutarios hay, por una parte, un gran apego a la plaza y a los privilegios que conlleva (seguridad casi absoluta de tener un puesto vitalicio, propiedad de la plaza en un lugar concreto, gran libertad de acción y de crítica dentro de la institución...), pero, por otra par-

te, se sienten quemados al estar en un régimen jerarquizado, tener que acatar instrucciones, estar sometidos a la burocracia en el seno de la organización, y cobrar igual, independientemente del trabajo realizado, del esfuerzo o de la actitud.

Como todo en la vida, puede ser más o menos positivo o negativo, según se use. Por un lado, es un régimen útil para que los profesionales o funcionarios tengan libertad de acción y no se sientan coaccionados por sus superiores a la hora de hacer un trabajo técnico.

Esto es bueno, pero sólo es necesario para los funcionarios/estatutarios de alto nivel. Sólo tiene sentido en el mundo sanitario entre los médicos (y quizás entre los enfermeros), para salvaguardar la libertad de acción clínica. En la Administración de Justicia sería, por ejemplo, el caso de jueces y fiscales. Sin embargo, bajo este aspecto, no tendría sentido que sean estatutarios, por ejemplo, los administrativos, celadores, el personal auxiliar... Y aún en este aspecto garantista, se deben fijar límites y deben existir mecanismos de control para evitar abusos de los profesionales o la mala praxis de cualquier funcionario de alto nivel, sean médicos o jueces.

En la época del *Informe Abril*, alrededor de 1992, había casi un 50 por ciento de interinos en la sanidad pública. Algunos lanzaban la idea de que era el momento de cambiar el régimen de personal y pasar a todos estos interinos a laborales fijos. Ahora sería muy complicado cambiar el régimen de personal, aunque nada es imposible.

Una tercera vía podría consistir en modificar el Estatuto para hacerlo más moderno y flexible, pero se antoja difícil de conseguir, ya que requiere negociación sindical y un consenso que hoy no existe. Cada cual defiende sus posiciones como derechos conseguidos que no se pierden perder, por lo que lo más probable es que se siga con el régimen estatutario, con modificaciones muy puntuales y menores... Y grandes médicos seguirán siendo "estatutarios interinos", como el doctor Cavadas, que está por encima de presentarse a una oposición.