

## ARTÍCULO ESPECIAL

# Nuevo escenario para el Sistema Nacional de Salud: transferencias y novedades legislativas



Cesáreo García Ortega<sup>a,b</sup> y José Almenara Barrios<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital del Servicio Andaluz de Salud «Punta de Europa». Algeciras. Cádiz.

<sup>b</sup>Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cádiz. Cádiz. España.

Los sistemas de salud, como estructuras de la sociedad en la que están inmersos, reciben influencias sociales, culturales, políticas, económicas y profesionales que condicionan y determinan su organización en un momento dado, así como su evolución futura<sup>1</sup>. Entre los factores anteriores, en los últimos 2 años se han producido varios hechos que pensamos condicionarán la práctica de la medicina en España en el futuro, y que no están siendo suficientemente valorados por una gran parte del colectivo médico. Nos referimos a la finalización del proceso de transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria a 10 comunidades autónomas (CC.AA.) y a la promulgación de diferentes normas legales.

El proceso de descentralización sanitaria comenzó en el año 1981 con las transferencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Cataluña. Posteriormente, entre 1984 y 1994, se traspasó de forma individualizada a 6 CC.AA. (Andalucía, Valencia, País Vasco, Galicia y Navarra). Tras varios años de paralización, mediante una compleja negociación en paralelo, se completa el proceso descentralizador en diciembre de 2001 con el traspaso de las competencias en materia sanitaria a las otras 10 CC.AA. que aún no las poseían. Se termina una situación provisional, con desigualdades territoriales, que demoraba la configuración de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) definitivo, concebido como el conjunto de los servicios de salud de las CC.AA. convenientemente coordinados, de acuerdo con la Ley General de Sanidad (Ley 14/86 de 25 de abril). Este modelo tiene en sí mismo numerosas potencialidades y oportunidades de mejora que es preciso aprovechar y desarrollar<sup>2</sup>.

Para valorar la magnitud de este último proceso de traspaso de competencias, baste decir que el Ministerio de Sanidad se ha desprendido de más de 80 hospitales con una dotación superior a 37.000 camas, así como de 1.300 equipos de atención primaria. En total, del INSALUD se han transferido más de 137.000 trabajadores, de los que 29.000 son médicos y 36.000 son enfermeras.

El análisis de los resultados atribuibles a la descentralización sanitaria previa es claramente positivo<sup>3,4</sup>: las CC.AA. han adaptado los recursos sanitarios a las necesidades de sus poblaciones y se ha incrementado la satisfacción de los ciudadanos. Por lo que se refiere a la equidad interterritorial, se han reducido las notables diferencias de mortalidad evitable existentes<sup>5</sup>. Asimismo, la descentralización ha estimulado un sistema de competencia entre gobiernos autónomos en materia sanitaria que ha generado mejoras importantes, tanto en la gestión de los servicios como en el

binomio cantidad y calidad de las prestaciones. Como contrapartidas, se puede destacar que las innovaciones en las prestaciones no han sido unánimemente adoptadas y han generado problemas de control del endeudamiento en algunos casos<sup>3</sup>.

Hay 2 datos interesantes para valorar el proceso de transferencias<sup>6</sup>. El primero de ellos lo facilitaba el Centro de Investigaciones Sociológicas: la mayoría de la población opinaba que la sanidad había mejorado después de las transferencias. El segundo aspecto lo constituyen los recursos destinados a la sanidad. El presupuesto inicial del conjunto del SNS aumentó un 8,9% respecto a 2002. Pero ese incremento fue de un 12% en las recién transferidas y de un 7,1% en las transferidas con anterioridad. Es decir, se ha producido un importante impulso para mejorar la situación sanitaria en las CC.AA. con los servicios recién transferidos<sup>6</sup>. De forma paralela al proceso de transferencia, se ha cambiado el modelo de financiación del sistema sanitario, que se ha incluido dentro del sistema autonómico general de financiación, lo que ha introducido una mayor autonomía económica con el principio de corresponsabilidad fiscal. Hasta ahora, en España la cobertura asistencial y su sostenibilidad financiera estaban vinculadas a la competencia estatal sobre el régimen económico de la Seguridad Social, que mantenía el principio de «caja única». A partir de ahora, el nuevo modelo prevé como única fuente de financiación para cada una de las CC.AA. el conjunto de tributos cedidos, de los que aquéllas deben obtener los ingresos necesarios para sostener el conjunto de los servicios, entre ellos los sanitarios, que han sido traspasados. Sólo en el caso de que los ingresos por esa vía se pronostiquen como exiguos entra en vigor el Fondo de Suficiencia, aunque diversos estudios indican que no hay ninguna comunidad autónoma que pueda sostener los servicios traspasados de manera autosuficiente con los tributos cedidos<sup>7</sup>. No debemos perder de vista que, junto con un producto interior bruto dedicado a sanidad pública de los más bajos de la Unión Europea (UE), diversos factores impulsan al alza el gasto sanitario (envejecimiento de la población, nuevas tecnologías, intensidad terapéutica, nuevas demandas de los pacientes, nuevas prestaciones y aspiraciones de los profesionales, entre otros), lo que requerirá incrementos en los recursos económicos dedicados a sanidad<sup>2,4</sup>.

Una vez concluido el proceso transferencial, con un sistema sanitario descentralizado y funcionando con normalidad (evidentemente siempre será mejorable), se debe comenzar una segunda reflexión sobre el papel y participación de las CC.AA. en las políticas de la UE que afectan a la salud. Muchas decisiones que se están tomando en la UE (personal, salud pública, medicamento, entre otras) van a tener que gestionarse y resolverse en las CC.AA. Por ello, el siguiente paso tras las transferencias es articular la participación efectiva de las CC.AA. en el proceso de toma de decisiones en la UE<sup>6</sup>.

Correspondencia: Dr. C. García Ortega.  
Servicio de Admisión y Documentación Clínica.  
Hospital del Servicio Andaluz de Salud Punta de Europa.  
Ctra de Getares, s/n. 11.207 Algeciras. Cádiz. España.  
Correo electrónico: cesareo.garcia.sspa@juntadeandalucia.es  
Recibido el 23-2-2004; aceptado para su publicación el 10-3-2004.

Respecto al segundo punto, la promulgación de importantes normas legales, se han aprobado 4 leyes que ya condicionan nuestro quehacer profesional diario y que tendrán importantes repercusiones en la asistencia sanitaria, en nuestras relaciones profesionales y en la gestión de los centros sanitarios. Nos referimos específicamente a:

– Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que desarrolla los principios generales en esta área, enunciados previamente en la Ley General de Sanidad y en el Convenio de Oviedo, sobre protección de los derechos humanos y dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (BOE del 20 de octubre de 1999). Asimismo, esta ley trata en profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales.

– Ley 16/2003, del 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, que establece acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS.

– Ley 44/2003, del 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que regula las condiciones de ejercicio y los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales, destacando la importancia de la formación continuada en el desarrollo profesional.

– Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, norma jurídica de enorme trascendencia para la ordenación y funcionamiento de los centros del SNS, ya que adapta el régimen jurídico del personal estatutario de los Servicios de Salud, tanto en lo que se refiere al modelo del estado autonómico como en lo relativo al concepto y alcance actuales de la asistencia sanitaria, así como a las directivas comunitarias sobre jornada de trabajo. Recordemos que los estatutos de personal vigentes son preconstitucionales (el estatuto de personal médico es del año 1966, el del personal de enfermería de 1973 y el de personal no sanitario de 1971).

A continuación se desarrollan con mayor detenimiento las aportaciones de las mencionadas normas y las repercusiones que previsiblemente provocarán en nuestro entorno.

*Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*

La nueva norma regula de forma más exhaustiva cuestiones que la Ley General de Sanidad de 1986 trataba de manera insuficiente: la información, el consentimiento o la historia clínica. También introduce algunos aspectos novedosos como las voluntades anticipadas o testamento vital, la figura del médico responsable de la información y la fijación de los 16 años como la mayoría de edad sanitaria.

Hay que dejar constancia de que, con anterioridad a esta ley, varias CC.AA. han regulado materias de la misma y promulgado diversas normas. Ha de tenerse en cuenta, sin embargo, que, dado el carácter de legislación básica que tiene la ley de autonomía del paciente, las disposiciones autonómicas que pudieran contradecir sus preceptos habrán de entenderse sin efecto desde la entrada en vigor de aquélla. Por otro lado, constituye una obligación de las CC.AA. el desarrollo y la ejecución de gran parte de sus preceptos<sup>8</sup>.

Los principios básicos que deben orientar toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica son: la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y el respeto a su intimidad.

Esta ley prescribe que, con carácter general, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios, prestado después de recibir una información adecuada. Inicialmente la Ley General de Sanidad de 1986 era extraordinariamente rigurosa<sup>9</sup> al exigir que la información fuera completa y continuada, verbal y escrita. Esta filosofía se suaviza en el Convenio de Oviedo, cuando introduce el término «información adecuada» como sinónimo de información suficiente y adaptada a la persona que la recibe. La nueva ley fija que, como regla general, la información y el consentimiento informado se realizarán de forma verbal, con las siguientes excepciones: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos invasivos y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente.

Además, en consonancia con el Documento del Grupo de Expertos en Información y documentación Clínica<sup>10</sup>, indica que cuanto más dudosa sea la efectividad de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, más necesario es desarrollar cuidadosos procesos de información y de consentimiento y, por tanto, la necesidad del soporte escrito.

La Ley 41/2002 supone un claro avance cuando regula la capacidad del menor en los siguientes términos: «Cuando se trate de menores emancipados o con dieciséis años cumplidos no cabe prestar el consentimiento por sustitución. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente».

El vacío conceptual que desde un punto de vista médico-legal existía de la historia clínica queda subsanado con esta ley, que la define como «el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial».

El papel de la historia clínica se desarrolla en el capítulo V, donde se indica que su finalidad es la de facilitar la asistencia sanitaria dejando constancia de todos los datos que, a criterio médico, permitan el conocimiento del estado de salud. El contenido mínimo de la historia clínica se indica en la tabla 1. El texto básico propuesto declara que los centros deberán conservarla «como mínimo, cinco años contados desde la

TABLA 1

**Contenido mínimo de la historia clínica (art. 15 de la Ley 41/2002)**

La documentación relativa a la hoja clínico-estadística
La autorización de ingreso*
El informe de urgencia*
La anamnesis y la exploración física
La evolución
Las órdenes médicas
La hoja de interconsulta
Los informes de exploraciones complementarias
El consentimiento informado*
El informe de anestesia*
El informe de quirófano o de registro del parto*
El informe de anatomía patológica*
La evolución y planificación de cuidados de enfermería
La aplicación terapéutica de enfermería
El gráfico de constantes*
El informe clínico de alta*

\*Sólo serán exigibles en la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

fecha del alta de cada proceso asistencial». Las leyes de Cataluña y de Navarra establecieron un plazo más amplio de conservación (20 años, que se convierten en 10 si se trata de documentos no relevantes para la asistencia), mientras que Galicia estableció un plazo mínimo de 5 años, como ha fijado la ley básica. No obstante, en la mayor parte de las comunidades no se mencionaban en sus respectivas normativas períodos de conservación de la historia clínica.

La Ley 41/2002 recoge el derecho del paciente al acceso íntegro y copia de su historia clínica con 2 límites fundamentales: pueden reservarse las anotaciones subjetivas del médico y la confidencialidad de los datos de terceras personas. Los familiares o personas vinculadas al paciente fallecido pueden acceder a la historia clínica salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente.

El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia se regirá por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, que considera los datos relativos a la salud especialmente protegidos, y en la Ley General de Sanidad.

Si bien el Convenio de Oviedo, que entró en vigor el 1 de enero de 2000, contempla en su articulado la posibilidad de que cualquier persona exprese sus opiniones y deseos con anterioridad a una intervención médica, en el caso de que, llegado el momento, no se encuentre en situación de expresar su voluntad, han sido escasas las CC.AA. que han regulado esta circunstancia. Por ello, la Ley 41/2002, en su capítulo IV, ha introducido varias modificaciones. En primer lugar, ha ajustado la terminología, dado que la ley nacional y la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid hablaban de instrucciones previas, mientras que Cataluña, Galicia, La Rioja, Navarra, Aragón y Andalucía denominan al mismo concepto «voluntades anticipadas». Según la ley que nos ocupa «cada Servicio de Salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona que deberán constar siempre por escrito». Se observa, pues, que a lo único que obliga la ley es a que sea fehaciente («que deberán constar siempre por escrito»), pero deja en libertad las formas de llevarla a cabo (ante notario, ante testigos o incluso ante el médico u otros profesionales con constancia probada en la historia clínica)<sup>8,9</sup>.

#### *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*

El objeto de esta ley es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garanticen la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. En este sentido, esta norma indica que las administraciones públicas orientarán sus acciones de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que, por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del SNS.

La primera aportación de la ley al nuevo modelo es la definición de los ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las CC.AA., como núcleo común de actuación del SNS y de los servicios de salud que lo integran. Este núcleo común está constituido por las prestaciones del SNS, la farmacia, los profesionales sanitarios, la investigación, el sistema de información sanitaria y la calidad del sistema sanitario.

Además de las 6 áreas descritas anteriormente, la ley ofrece mecanismos de cooperación y coordinación tanto en la organización de la asistencia sanitaria como en salud pública. De esta forma, la ley crea o potencia órganos especializados, que se abren a la participación de las CC.AA.: la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del SNS y el Observatorio del SNS.

El órgano básico de cohesión es el Consejo Interterritorial del SNS, compuesto por un representante del Ministerio de Sanidad y uno por cada una de las CC.AA., al que se dota de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos. En este sentido, el Consejo Interterritorial debe conocer y dictar recomendaciones sobre prácticamente todos los asuntos sanitarios de alcance nacional (planes integrales de salud, política farmacéutica, entre otros).

A través de los planes integrales de salud se unificarán en las distintas CC.AA. la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que tienen una incidencia destacada en la población o que suponen una carga especial para las familias afectadas. Los planes integrales, instrumentos de coordinación y calidad, son elaborados por la Administración central conjuntamente con las CC.AA. y en colaboración con las sociedades científicas. Ya se ha puesto en marcha el plan integral de la cardiopatía isquémica y se encuentra muy avanzado el plan integral del cáncer. La ley de cohesión define el catálogo de prestaciones como el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos. Comprende las prestaciones de salud pública, atención primaria y especializada, sociosanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario. Este catálogo incorpora las prestaciones de salud pública como el conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población. En atención primaria se incluye la atención comunitaria, la atención paliativa a enfermos terminales, la salud bucodental y la salud mental. En atención especializada, se potencia la actividad en consultas y hospitales de día, médicos y quirúrgicos, y se incluye, además, la hospitalización a domicilio, la atención paliativa a enfermos terminales y la salud mental. Se definen las prestaciones de atención sociosanitaria en el ámbito estrictamente sanitario, que comprenderán los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria en la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, que se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine.

La Ley 16/2003 establece que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Se concretan los elementos que configuran la que se denomina «infraestructura de la calidad», que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos. Dentro de la Administración General del Estado, se encomienda a la Agencia de Calidad del SNS, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, la elaboración de los elementos de la infraestructura de la calidad, sin perjuicio de las actuaciones en este orden de las CC.AA. En este capítulo se prevé también la elaboración periódica de planes de calidad del SNS en el seno del Consejo Interterritorial del SNS. Se configura el Observatorio del SNS, órgano

integrado en el Ministerio de Sanidad y Consumo, que proporcionará un análisis permanente del sistema, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las CC.AA. en el ámbito de la organización, de la provisión de servicios, de la gestión sanitaria y de los resultados.

Esta ley ha sido acogida favorablemente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial, que indica acertadamente que son necesarios el compromiso y la implicación de todos los actores del sistema (ciudadanos, profesionales, gestores y políticos) para que la política de salud y la ley de calidad en particular tengan éxito<sup>11</sup>. En este sentido, el proceso de consenso conseguido en la elaboración de esta norma dice mucho a favor de los responsables políticos de las autonomías y del gobierno central<sup>11</sup>.

*Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias*

Esta norma tiene como objetivo dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los mecanismos reguladores de los diferentes profesionales del servicio sanitario, tanto en su labor preventiva como asistencial, garantizando a los ciudadanos que todos los profesionales sanitarios, tanto del sector público como privado, ejercen su trabajo con la capacitación y los conocimientos necesarios.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) reglamenta las profesiones sanitarias tituladas de forma diferenciada, delimitando las funciones de cada una de ellas, aun cuando se reconoce su estrecha relación. Igualmente establece los principios que deberán regir entre los profesionales y los usuarios de los servicios sanitarios, tanto públicos como privados. Como novedad reconoce que los pacientes tienen derecho a la libre elección del médico que deba atenderles.

La LOPS regula la formación de los profesionales, contemplando tanto la formación pregraduada como la especializada y posgraduada. Entre las novedades que se recogen en la LOPS destaca el reconocimiento, por primera vez, de la formación continuada como un derecho y un deber de los profesionales sanitarios, en beneficio de los ciudadanos y de la calidad asistencial que se presta en el SNS, y por tanto, la Administración tiene el deber de proporcionársela.

En relación con la formación especializada, propone la agrupación de especialidades atendiendo a criterios de troncalidad. El acceso a la formación sanitaria especializada se realizará a través de una convocatoria anual de carácter nacional, y consistirá en un conjunto de pruebas que evaluarán los conocimientos teóricos y prácticos y de las habilidades clínicas y de comunicación, así como una valoración de los méritos académicos y profesionales de los aspirantes. La LOPS instaura la carrera profesional común en todo el SNS y establece la evaluación periódica de la competencia de cada profesional sanitario, que se realizará de forma voluntaria, tanto en el sector público como en el privado. Asimismo se destaca el reconocimiento del desarrollo profesional basado en el avance alcanzado por un profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en el cumplimiento de los objetivos de su unidad. El reconocimiento para los facultativos se articulará en torno a 4 grados. Para obtener el primer grado de la carrera y poder acceder a los superiores, se necesita acreditar 5 años de ejercicio profesional y la evaluación favorable de los méritos profesionales por un comité que se creará en cada centro. Este aspecto ha sido criticado, ya que podría haberse optado por una comisión técnica de evaluación nacional de cada especialidad, que hubiese garantizado la homogeneidad e independencia de dicho proceso.

Por otro lado, con el objetivo de mejorar los sistemas de formación de las profesiones sanitarias, se constituye la Comisión de Formación Continuada del SNS, en la que participarán las CC.AA., a través del Consejo Interterritorial. Esta comisión determinará los criterios comunes para la acreditación de actividades, centros y profesiones. También se crean los Diplomas de Acreditación y los de Acreditación Avanzada, que certificarán las diferentes actividades de formación. Mientras que la Ley de autonomía del paciente y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS fueron aprobadas por mayoría absoluta, fruto de un importante consenso entre los diferentes grupos políticos, que es de alabar, la LOPS no fue igualmente ratificada. Ha recibido críticas del principal partido de la oposición fundamentalmente por 3 cuestiones: el excesivo papel otorgado a los colegios profesionales (el registro de los profesionales sanitarios se sitúa en los colegios profesionales en lugar de crear un único registro en el propio SNS), el tratamiento a la carrera profesional (considera que algunos colectivos no están reconocidos) y la insuficiente financiación.

*Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud*

El Estatuto Marco, norma pendiente de desarrollar desde la Ley General de Sanidad, es una ley básica para todos los servicios de salud de las CC.AA., que afecta a los más de 600.000 profesionales del sistema sanitario público (incluido el Instituto Social de la Marina) y derogando los anteriores estatutos de personal.

En el capítulo I se establece con nitidez el carácter funcional especial de la relación estatutaria, sin perjuicio de las peculiaridades especiales que deberán desarrollarse en cada una de las CC.AA. respecto de su propio personal.

El Estatuto Marco establece una nueva clasificación del personal, que divide en 2 grandes grupos: personal estatutario sanitario, donde se distingue entre profesionales de formación universitaria y de formación profesional, y personal estatutario de gestión y servicios, donde igualmente se distingue entre universitarios y no universitarios.

En el capítulo III se enumeran los mecanismos de ordenación y planificación del personal de cada uno de los servicios de salud, entre los que cabe destacar la existencia de registros de personal que se integrarán en el Sistema de Información Sanitaria que establece la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Se crea un foro marco para el diálogo social, con participación de las organizaciones más representativas del sector, que tiene como objetivo constituir un foro de diálogo de carácter laboral y de promover el desarrollo armónico de los recursos humanos del SNS.

Los derechos y deberes del personal, los requisitos y las condiciones para la adquisición de la condición de personal estatutario, los supuestos de su pérdida, la provisión de plazas, la selección de personal y la promoción interna se regulan en los capítulos IV-VI. Dentro de los derechos, destacamos por su novedad el derecho a la formación continuada, a ser informado de la programación y objetivos asignados a su unidad, y a recibir protección de la Administración en el ejercicio de su profesión. Este último aspecto es fundamental en un sistema sanitario público que hasta el momento no se ha preocupado, salvo excepciones, de defender a sus profesionales ante las amenazas y las agresiones físicas o verbales de un grupo muy minoritario de enfermos, pero con importantes repercusiones en el quehacer diario de la profesión y en el clima laboral.

Entre los deberes, destacamos, por su novedad, mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes ne-



cesarios para el correcto ejercicio de la profesión, para cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada. Esta obligación está en consonancia con el Fuero de la Profesionalidad Médica<sup>12</sup>, que indica que los médicos tienen el deber de mantener su nivel científico, estimular la investigación y crear nuevos conocimientos asegurando su uso adecuado.

El principio de libre circulación y la posibilidad de movilidad del personal en todo el SNS (mediante concursos cada 2 años) se consagran en el capítulo VII. Esta movilidad general, básica para dotar al SNS de cohesión y coordinación, es también un mecanismo para el desarrollo del personal, que se complementa con la regulación de la carrera profesional y con el régimen retributivo.

En relación con la carrera profesional, bajo unos principios y criterios generales de homologación por la Comisión de Recursos Humanos del SNS, las CC.AA. establecerán sus mecanismos. La carrera profesional supondrá el derecho de los profesionales a progresar de manera individualizada, de acuerdo con los conocimientos y experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación.

El Estatuto Marco clasifica las retribuciones en básicas (sueldo, trienios y pagas extra, que serán de idéntica cuantía para todo el personal del SNS) y complementarias; la cuantía de estas últimas las fijan las CC.AA. Asimismo, las CC.AA. serán las encargadas de definir las diferentes categorías profesionales con sus diferentes grupos.

Consideración especial merece el capítulo X, pues en él se expone la transposición al sector sanitario de 2 directivas de la Comunidad Europea relativas a la protección de la seguridad y salud de los trabajadores a través de la regulación de los tiempos de trabajo y del régimen de descansos: la 93/104/CE, del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, y la 2000/34/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de junio de 2000. Entre las características generales que esta ley señala, cabe citar que se fijan unos límites máximos para la duración de la jornada ordinaria de trabajo, así como para la duración conjunta de ésta y de la jornada complementaria que resulte necesario realizar para atender al funcionamiento permanente de los centros sanitarios (jornada máxima de 48 h semanales de trabajo efectivo).

No obstante, cuando estos tiempos de trabajo sean insuficientes para garantizar una atención continuada adecuada, podrá superarse este límite de tiempo con un máximo de 150 h anuales. Se fija un plazo máximo de 10 años para aplicar el mencionado límite.

En relación con la jornada laboral de los MIR, se establece una reducción gradual en 3 fases a partir de este año, con un tiempo máximo de 58 h semanales de promedio, hasta el año 2008, en que se equiparan a las 48 h semanales.

La ley se completa con la regulación de las situaciones del personal, el régimen disciplinario (destaca la incorporación

como faltas muy graves del acoso sexual o del abuso de autoridad), las incompatibilidades y los sistemas de representación del personal, de participación y de negociación colectiva en sus capítulos XI a XIV, con previsiones específicas en relación con situaciones determinadas en sus disposiciones adicionales, con las necesarias determinaciones para su progresiva aplicación en las disposiciones transitorias, con la derogación de las normas afectadas por su entrada en vigor y con las disposiciones finales.

El Estatuto Marco ha sido duramente criticado por los representantes de los colegios oficiales de médicos, que consideran que repercutirá gravemente en la calidad de la asistencia y que provocará una judicialización perjudicial para un ambiente de tranquilidad profesional. Tampoco la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) está de acuerdo con esta norma, ya que algunas garantías y derechos contenidos en el Estatuto Marco ya han sido superados en algunas CC.AA., por lo que consideran que esta norma puede suponer un retroceso en la actual situación jurídico-laboral de los profesionales de la medicina.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Olmos J, Jiménez Martín JM. Los sistemas sanitarios y sus retos actuales. En: Martínez Olmos J, Jiménez Martín JM, editores. Guía para la elaboración de una memoria profesional para el personal facultativo médico de Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002; p. 11-3.
2. Jiménez A. Transferencias y nuevo escenario para el SNS [editorial]. Revista de Administración Sanitaria 2002;6:9-13.
3. López-Casasnovas G, Rico A. La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución? Gac Sanit 2003;17:319-26.
4. Lamata Comanda F. Cohesión y coordinación en el Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria 2001;5:175-8.
5. De Manuel E, Mioñarro R, Gutiérrez P. La relación entre recursos, actividades y resultados de los servicios de salud gestionados por las comunidades autónomas. En: López-Casasnovas G, director. La evaluación de las políticas de servicios sanitarios del Estado de las Autonomías. Bilbao: Fundación BBVA and IEA, 2001; p. 233-62.
6. Lamata Comanda F. El Sistema Nacional de Salud: una realidad y un proyecto de responsabilidades compartidas. Revista de Administración Sanitaria 2003;1:523-32.
7. Rey del Castillo J. El acuerdo sobre la financiación sanitaria: ¿crónicas de una muerte anunciada o todavía queda algo por hacer por defender un sistema equitativo y universal? Revista de Administración Sanitaria 2002;6:69-95.
8. Sánchez-Caro J. La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las comunidades autónomas. Revista de Administración Sanitaria 2003;1:189-202.
9. Sánchez-Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes. Ley 41/2002 de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas. Granada: Comares, 2003.
10. Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica. Documento final. Revista de Calidad Asistencial 1999;14:76-87.
11. Humet C. La ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Revista de Calidad Asistencial 2003;18:143-4.
12. The ABIM Foundation, The ACP-ASIM Foundation and The European Federation of Internal Medicine. Profesionalidad médica en el nuevo milenio: un fuero médico. Rev Clin Esp 2002;202:449-52.