
Sostenibilidad y condiciones de empleo en el Sistema Nacional de Salud

Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción

En plena crisis económica, la sanidad se presenta como un riesgo para la sostenibilidad del gasto público por la presión alcista que imprimen el progresivo avance de la edad de la población y las nuevas tecnologías, y porque la sanidad representa una parte importante de los presupuestos públicos, hasta el 40% en algunas comunidades autónomas (CC. AA). Los profesionales sanitarios, que constituyen el capital más importante del sector, se apropian directamente, de gran parte de los gastos corrientes, el capítulo I¹, pero además inducen gasto en los demás capítulos con las prescripciones facultativas, que conservan margen de discrecionalidad a pesar de la protocolización y de los intentos de control por parte de los financiadores públicos. Cuanto más alto el nivel profesional, mayor es esa capacidad discrecional de gastar por

cuenta de la organización para la que se trabaja.

La sanidad es un problema para la disciplina presupuestaria y el déficit público, pero también es un sector productivo de servicios avanzados, que contribuye al bienestar y multiplica con su efecto arrastre el empleo y la producción. Según la EPA del primer trimestre de 2010, hay 1,3 millones de ocupados en sanidad y servicios sociales de los que el 85% lo están a tiempo completo.

Desde la perspectiva de los resultados de salud, la hiperactividad sistémica del sector, aunque genere actividad económica, puede tener impacto negativo sobre la salud por la matemática de que con frecuencia más es menos en sanidad².

El problema tiene distintos ángulos, según la perspectiva adoptada, de la sociedad, del Tesoro Público, o de la organización. Implican distintas preguntas, con distintas respuestas. Des-

de la perspectiva del control del gasto público, lo que interesa es el gasto asociado al aseguramiento público y las posibilidades de controlarlo sin que se resienta la salud de la población ni la satisfacción de los trabajadores.

La crisis como oportunidad de afrontar cambios

Las crisis económicas son períodos en los que hay mayor conciencia del gasto y de la necesidad de contenerlo o comprimirlo. Durante la crisis actual, las organizaciones sanitarias públicas en España se han caracterizado más bien por reacciones defensivas y pequeños cambios marginales que por modificaciones sustanciales de la propia organización o de las reglas generales del juego (forma de pago a los médicos, incentivos económicos a las personas o a los grupos, cambios contractuales de cierto calado). El telón de fondo es el mosaico de los diecisiete sistemas regionales de salud con su aparente heterogeneidad.

El objetivo de sostenibilidad induce a controlar el gasto, lo que puede abordarse mediante:

1. Cambios en Q: regulación de empleo.

2. Cambios en los *inputs* de la función de producción, redistribuyendo algunas de las tareas y funciones que ahora son privativas de los médicos hacia otros profesionales de categoría —y retribución— inferior.

3. Cambios en las condiciones de trabajo para aumentar la productividad.

4. Contención salarial y descuentos en la parte discrecional de la retribución variable (p. ej., concentrar guardias de varios centros).

5. Cambios más sustanciales en la forma de pago y el sistema de incentivos, de modo que las reducciones del gasto se consigan mediante los ahorros en otros suministros que consigan los profesionales, motivados por esos incentivos (p. ej., la prescripción de genéricos).

¿Regulación de empleo?

Las grandes cifras y la paradoja española

El debate sobre la necesidad de profesionales no es fácil de resolver, ni los estándares son fáciles de establecer. La necesidad depende del número de profesionales a tiempo completo, pero también de su productividad y de las tareas que ten-

gan asignadas. No debe perderse de vista que el objetivo último es salud, no actividad. En este sentido, un estudio reciente para EE. UU., que compara California, donde hay regulación específica, con otros estados que no la tienen, demuestra que establecer estándares mínimos de enfermería en hospitales contribuye a la salud³. No se trata sólo de fijar estándares y tiempos, también, y sobre todo, de establecer quien hace qué, cómo y a quién. En España, hay un enorme diferencial entre CC. AA. en la autonomía de los médicos de familia para pedir pruebas diagnósticas⁴. Obviamente, estos protocolos condicionarán las necesidades relativas de médicos de familia y de especialistas.

En España, tenemos *ratios* poblacionales de médicos altos pero *ratios* de enfermeras bajos, comparándonos con otros países de la OCDE. En 2008, teníamos 3,6 médicos en ejercicio por 1.000 habitantes, frente a 3,2 de media de la OCDE, y 4,8 enfermeras frente a 9,0.

Dos paradojas españolas consisten en que: a) siendo los *ratios* poblacionales altos, faltan médicos (no se cubren plazas vacantes, se importan médicos de terceros países,

sobre todo de Latinoamérica)⁵; b) no habiendo incentivos a la actividad, salvo las peonadas —España ocupa el penúltimo lugar de toda la OCDE en cuanto a incentivos de los proveedores a aumentar el volumen de atención⁶—, nuestra tasa de consultas médicas está entre las más altas del mundo. En comparación con otros países, España está bien dotada de efectivos profesionales en las redes públicas de atención primaria (1.410 personas por médico de familia, 1.663 por enfermera y 1.029 niños por pediatra) y de atención especializada (por cada 1.000 habitantes hay 1,7 médicos y 2,93 enfermeras).

El nuevo énfasis en la sostenibilidad se plasma en la tendencia a restringir los extras, por ejemplo las peonadas, y en apretar las clavijas en la jornada normal, no sustituyendo las bajas, por ejemplo. Aunque esto provoca descontento, el coste de oportunidad es menor que hace unos años porque el sector privado ya no está creciendo al ritmo al que lo venía haciendo en los años de auge económico.

Hay reglas de oro elementales, como no pagar peonadas a quien tiene posibilidad de manipular la lista de

espera; no ceder capacidad de tomar decisiones sobre producir o comprar —gestión de listas de espera, derivación a centros concertados— a quien, trabajando en la red pública, tenga además intereses del otro lado.

La retracción de la demanda de trabajo profesional se pone en evidencia con las cifras. En el sector sanitario privado, tras un crecimiento sostenido en el número de profesionales médicos durante los últimos años, 2007 ha marcado un punto de inflexión con un fortísimo retraimiento del personal médico vinculado, contracción mucho más severa que la que ha afectado a otras categorías laborales en el mismo sector sanitario privado.

Las necesidades de profesionales sanitarios y de empleo en el sector varían tendencialmente en número y en composición, pues hay un cambio paulatino de perfiles desde la atención a agudos (el 40% de las camas hospitalarias están en hospitales de más de 500 camas, tecnológicamente bien dotados y principalmente públicos), al cuidado de crónicos y atención a la dependencia. La sanidad tendrá que crecer por la frontera de lo socio-sanitario.

Redistribución de tareas. Cambios de perfil profesional, eficiencia y costes

Uno de los *inputs* de la función de producción de salud es la sanidad. Una forma de afrontar el control de costes sin que se pierda calidad puede ser la recomposición de responsabilidades y perfiles profesionales, entre titulaciones y especialidades. Hay cierto margen de sustitución de trabajo médico, sobre todo en atención primaria, por enfermería, lo que en principio podría suponer una mejora de eficiencia (menor coste, igual calidad). Una revisión Cochrane así lo indica⁷, siempre que haya suficiente diferencial salarial entre médicos y enfermeras. No hay que olvidar, sin embargo, que globalmente hay déficit de enfermeras y no parece tener solución a corto plazo⁸. El papel de la enfermería en servicios avanzados es recomendable y se está experimentando con éxito en diversos países desarrollados, en particular Suecia, Reino Unido, EE. UU.⁹. Pero en España la crisis económica coincide con el ascenso de enfermería a grado (nivel A en la Administración), lo que conllevará tensiones salariales alcistas de esos pro-

fesionales, y una tendencia más general hacia el desplazamiento hacia arriba de toda la escala de profesiones y categorías. Los auxiliares quieren ocupar el lugar de los antiguos diplomados en enfermería, etc. En cualquier caso, es evidente el despilfarro de tener a los médicos haciendo trabajo administrativo, y el grado de despilfarro ha aumentado con los incrementos retributivos que de facto han obtenido los médicos en los últimos años.

Pero las competencias directas que asume un médico de familia difieren entre CC. AA. Sobre el papel, en España hay notables desigualdades territoriales en el acceso directo de los profesionales de atención primaria a pruebas diagnósticas de segundo nivel. Cataluña, Baleares y Extremadura representan la opción de una atención primaria con poder de acceso a una amplia gama de pruebas (más de 30 sobre un total de 44), mientras que en otras CC. AA. la lista es sumamente reducida⁴.

Pero los cambios en las especialidades médicas son lentos. Cambiarán el panorama hospitalario y el de la formación MIR, ganando flexibilidad (pasarelas a partir de la troncalidad común), lo que será un impulso

para la eficiencia de los mercados. Cómo se lleve a la práctica es cuestión que en último término quedará dictaminada por el tribunal de los hechos. En cualquier caso, equiparar la lista de especialidades médicas y de enfermería con Europa facilitaría la movilidad, y en último término ensancharía los mercados y favorecería el control del gasto.

Las tensiones al alza de los gastos del capítulo I no se anulan con la crisis, simplemente se acumulan y posponen para el futuro indefinido en el que la crisis se empieza a remontar.

Las tensiones al alza en la parte externalizada de los hospitales y otros centros (pruebas diagnósticas complementarias, procedimientos médicos, servicios auxiliares como el *catering*, la lavandería, el mantenimiento, la limpieza o la seguridad) dependen directamente de la marcha económica de esos sectores en los mercados. Son fuentes de tensión y factores ajenos a la sanidad y a la esfera pública. Con la inflación general en mínimos, de momento no parecen preocupantes, aunque la reducción de las retribuciones de los empleados públicos contenida en el paquete del Real Decreto 8/2010, de 20 de mayo, no afecte a las retri-

buciones del personal de los servicios concertados.

Condiciones de trabajo y formas de pago a los profesionales

Es importante cuánto pero también cómo y por qué se paga a los profesionales sanitarios. Además, se trata de mucho más que de dinero, las condiciones de trabajo serán aceptables en la medida en que eventuales rebajas económicas sean compensadas por ventajas, como el reconocimiento profesional y social, la autonomía y capacidad de decisión, el potencial de desarrollo profesional o investigador, etc. Los médicos son los titulados universitarios de grado que más proporción de doctores tienen, con diferencia, en España. Anualmente obtienen el doctorado en medicina unos 800 licenciados, lo que representa aproximadamente un 18% de los licenciados anuales en medicina (frente al 8% en farmacia o al 3% en derecho). La literatura sobre elección de especialidad médica demuestra claramente que, además de los móviles económicos de expectativas de renta, otros atributos de la especialidad como el nivel tecnológico o las condiciones de trabajo influyen en la elección¹⁰.

Formas de pago a profesionales sanitarios y desempeño profesional. De la literatura científica a la realidad española

La literatura teórica y empírica sobre formas de pago a profesionales concluye contundentemente que el pago por salario minimiza la actividad y que, por el contrario, el pago por acto la maximiza. Esta conclusión, lógica, casi diríamos que matemática, se ha visto refrendada por múltiples estudios, algunos muy recientes. Los médicos de familia canadienses asalariados hacen un 58% menos de visitas que los que cobran por acto¹¹. Hickson no encontró diferencia en el número total de consultas entre los pediatras según la forma de pago, pero los que cobran por acto prescriben más visitas por paciente¹². Como reacción a un nuevo régimen de incentivos por actividad, los médicos de una red asistencial de EE. UU. aumentaron las analíticas y rayos X por consulta¹³. Otro estudio reciente para el mismo país empleó datos longitudinales de más de un millón de pacientes atendidos entre 2002 y 2006 por una red de médicos de atención primaria que cambió su relación contractual con la organización, pasando de cobro por salario a cobro por acto

según actividades relacionadas con objetivos de salud (consejos, promociones, cribados, vacunaciones y otros)¹⁴. Este experimento natural concluye que la actividad cambió a hacer más de lo que se paga y menos de lo que entra en el salario. ¡Lógico! Lo interesante de este estudio es que el incentivo económico es pequeño, apenas se pagan \$ 5 en promedio por procedimiento. Según otro estudio reciente, en EE. UU. el pago por acto a especialistas médicos aumenta las tasas poblacionales de cirugía en un 78%, comparadas con las tasas cuando se paga por salario. Sin embargo, en el caso de los médicos generales el efecto depende de su capacidad de referir a cirugía. Si tienen restricciones, entonces no se nota efecto alguno. Si no las tienen, los médicos de atención primaria son sustitutos perfectos de los especialistas, y a pesar de ello el aumento de tasas quirúrgicas poblacionales es del 35 frente al 78%¹⁵. Por tanto, igual que en cualquier otro sector, trabajar a comisión aumenta la actividad. El pago por acto mejorado, que ajusta por objetivos de salud y actividad, parece que da buenos resultados en la atención primaria de Ontario, Canadá, comparado con el pago por acto simple¹⁶.

En síntesis, la literatura económica ha acumulado suficiente evidencia en el sentido de que la forma de pago a los profesionales sanitarios afecta al desempeño, a la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto y a los costes de la atención médica¹⁷.

Aunque en atención ambulatoria y primaria los países basados en seguridad social (Alemania, Australia, Austria, Bélgica) y otros como Canadá tienden a pagar por acto, parece haber una tendencia hacia sistemas mixtos que combinan en atención primaria capitación y actividad (Reino Unido, Suecia), o salario y capitación (España, Finlandia), y combinan salario y actividad en asistencia especializada, incorporando paulatinamente objetivos de calidad. Es la llamada corriente del “*pay for performance*” (P4P), que, con sus luces y sus sombras en el panorama internacional¹⁸, apenas se está iniciando en España. La literatura económica sobre formas de pago a médicos sugiere que no es conveniente el pago por acto, que son mejores los sistemas mixtos con una parte fija y otra variable de pago por resultados, y que posiblemente sean recomendables con cierta vocación de generalidad el pago capitativo en atención

primaria, y migrar hacia los sistemas integrados de salud.

El contrato y las condiciones de trabajo

Las condiciones de trabajo y el contrato médico han sido objeto de una revisión internacional reciente para cinco países europeos (Suecia, Escocia, Francia, Italia y Portugal)¹⁹. Tres de los países (Reino Unido, Francia e Italia) han regulado un único modelo de contrato médico nacional, aunque adaptado a las condiciones locales y del puesto de trabajo. También las relaciones entre profesionales (médicos y enfermeras) han cambiado, con contratos implícitos basados más en la cooperación y la confianza mutua que en la regulación pormenorizada de funciones y tareas. En cuanto al establecimiento de las condiciones de trabajo y retribuciones, se pueden detectar dos tendencias cuyo equilibrio ha de buscarse, una hacia la centralización y otra hacia la flexibilidad. Suele haber sistemas de negociación centralizados, con marcos nacionales de retribución, condiciones de trabajo y regulación organizativa. A la vez, los distintos países buscan fórmulas flexibles para ajustar los contratos sobre bases individuales, utilizando la

dedicación, negociada bilateralmente entre el médico y el centro, como un potente instrumento de ajuste retributivo.

España queda fuera de esas tendencias. La carrera profesional ha sido una oportunidad perdida de discriminar por esfuerzo y productividad. En la práctica, se ha quedado en poco más que un aumento de retribución asociado a la antigüedad. Las negociaciones retributivas están descentralizadas por CC. AA., aunque unas contagian a otras imponiendo costes de transacción importantes. En España, se hace poco *fine tuning* individual a partir del marco general, que en otros países da flexibilidad a las relaciones contractuales.

Retribuciones

Es relevante comparar niveles retributivos entre CC. AA., entre las redes pública y privada, entre categorías y profesiones, con otros países y en el nuestro a lo largo del tiempo.

I. Las diferencias retributivas entre CC. AA. son más moderadas que en otros países del entorno, y sin embargo se perciben como exageradas, ya que se suele establecer la uniformidad absoluta como *deside-*

ratum. Esas diferencias van variando en el tiempo, ya que la forma de evolución consiste en una carrera de persecución a las CC. AA. que ocupan las posiciones de cabeza, que van turnándose según los respectivos calendarios de negociaciones y mesas sectoriales.

2. Comparando la red pública y la privada, la primera ofrece uniformidad entre especialidades y contratos-tipo (o la condición de estatutario), mientras que la red privada paga según condiciones del mercado: más a los especialistas más escasos. Esta uniformidad del sector público, desde la perspectiva del análisis económico, es una restricción grave a la gestión eficiente de los recursos humanos²⁰. El mercado se ajusta mediante la compatibilización del ejercicio profesional en las redes pública y privada, mayor en las especialidades en las que hay mayor déficit de oferta. A su vez, esta ocupación dual, generalizada en ciertas especialidades médicas, imprime distorsiones y tensiones en el funcionamiento de la red pública.

3. El diferencial retributivo entre médicos y de enfermeras en la red pública es posiblemente menor que en otros países (en 2004 entre el 50%

en Cataluña y el 30% en Navarra tanto en primaria como en especializada según el Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario 2007). El diferencial público-privado en ambas profesiones es diferente, lo que también genera distorsiones.

4. En esta década, ha habido aumentos sustanciales de las retribuciones de los profesionales sanitarios de la red pública, enmascaradas o no (carrera profesional, pago de guardias, etc.), como reacción a las tensiones de los mercados y a la competencia de la demanda en la red privada. Aunque se ha detenido esa tendencia, y hasta revertido, el nivel de retribuciones impone obligaciones presupuestarias consolidadas. En los últimos dos años, y sobre todo mirando hacia los que vienen, los ajustes se hacen en cantidades más que en precios.

Recomendaciones

Controlar el capítulo I rompiendo el juego territorial de la emulación hacia los máximos, con acuerdos patronales entre las CC. AA., que homogeneicen las reglas del juego, aunque no necesariamente las retribuciones. El falaz aunque extendido sentido de

la equidad territorial —equidad como igualdad numérica— que preconiza que las retribuciones sean idénticas en todo el territorio es un sinsentido para el análisis económico, un atentado contra la eficiencia. El diferencial retributivo es un arma a la que así se renuncia, sin contraprestación. Pues serviría para pujar por los recursos humanos escasos cuando las condiciones locales son desfavorables. Esos máximos actualmente son de mínimos, de mantenimiento de esta-

tus quo. El haber pasado de un sistema descentralizado a otro centralizado de negociación salarial en época de déficit de profesionales parece haber sido positivo para el reclutamiento y retención de enfermeras en Nueva Zelanda²¹.

La capacidad resolutive de la atención primaria debería traducirse en retribuciones y las retribuciones, más que por estar o por hacer, deberían calcularse por presupuestos capitativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, 2007. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInf-SanSNS/finGastoSanit.htm>
2. Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? *JAMA*. 1999;281:446-53.
3. Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, et al. Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Serv Res*. 2009;32:217-28.
4. González López-Valcarcel B, Barber P. La difusión de tecnologías sanitarias en atención primaria. Repercusiones económicas. En: Palomo L, coordinador. Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Fundación I.º de Mayo, Ediciones GPS; 2010. p. 65-84.
5. López-Valcarcel B, Barber P, Davila C. The mixed profile of Spain. Europe as an Opportunity for Spaniards, Spain as an Opportunity for Latin American Health Professionals. Prometheus Project. Belgium: European Observatory of Health Systems; 2009.
6. Ruhm CJ. Economic conditions and health behaviors: are recessions good for your health? *N C Med J*. 2009; 70:328-9.
7. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care [review]: The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library Issue 3. Wiley, 2007.
8. Buchan J, Aiken L. Solving nursing shortages: a common priority. *J Clin Nurs*. 2008;17:3262-8.
9. Buchan J, Calman L. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. Paris: OECD; 2004.
10. González López-Valcarcel B, Barber P. El programa MIR como innovación y como mecanismo de asignación de recursos humanos. En: Meneu R, Ortun V, Rodríguez Artalejo F, editores. Innovaciones en gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2005. p. 101-26.
11. Devlin RA, Sarma S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *J Health Econ*. 2008;27:1168-81.
12. Hickson GB, Altemeier WA, Perrin JM. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physi-

- cian practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics*. 1987;80:344-50.
- 13.** Hemenway D, Killen A, Cashman SB, Parks CL, Bicknell WJ. Physicians' responses to financial incentives. Evidence from a for-profit ambulatory care center. *N Engl J Med*. 1990;322:1059-63.
- 14.** Helmchen LA, Lo Sasso AT. How sensitive is physician performance to alternative compensation schedules? Evidence from a large network of primary care clinics. *Health Econ*. 2009. Article first published online: 8 oct 2009. DOI:10.1002/hec.1551.
- 15.** Shafrin J. Operating on commission: analyzing how physician financial incentives affect surgery rates. *Health Econ*. 19:562-80.
- 16.** Kantarevic J, Kralj B, Weinkauff D. Enhanced fee-for-service model and access to physician services: evidence from Family Health Groups in Ontario. IZA Discussion Paper N.º 4862, April 2010.
- 17.** Grignon M, Paris V, Polton D. Influence of physician payment methods on the efficiency of the health care system, 2002. Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion Paper, N.º 35.
- 18.** Peiro S, Garcia-Altes A. Posibilidades y limitaciones de la gestión basada en resultados, el P4P y rediseño de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008; 22 Suppl 1: 143-55.
- 19.** Repullo JR, Freire JM, directores. Médicos en cinco sistemas sanitarios integrados europeos. Relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados. Consejería de Salud de Castilla-La Mancha. Abril-Mayo, 2009. <http://sescam.jccm.es/web1/profHome.do>
- 20.** Ortun V, González López-Valcarcel B, Barber Pérez P. Determinantes de las retribuciones médicas. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:180-3.
- 21.** Buchan J, North N. Evaluating the impact of a new pay agreement on New Zealand nursing. *Int Nurs Rev*. 2009;56:206-13.

