

Determinantes de las retribuciones médicas



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

^aCRES, Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

^bDepartamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

Determinantes: mercados en última instancia

Las retribuciones de los médicos son el resultado de la confrontación entre oferta y demanda, en un entorno muy regulado por la Administración, que capacita y emplea a la mayor parte de los profesionales sanitarios. El número de médicos equivalentes a tiempo completo dispuestos a trabajar (oferta) es una función creciente de la remuneración: si cobran más la hora de trabajo, más médicos estarán dispuestos a trabajar, y más horas. La función de demanda es, por el contrario, decreciente: si hay que pagar más la hora de trabajo del médico, los centros querrán contratar a menos médicos y los sustituirán por enfermeras o por máquinas. El equilibrio del mercado es el punto de encuentro entre ambos grupos de intereses: cuántos médicos, cobrando cuánto. El concepto de equilibrio de mercado viene de la economía clásica, que quería emular la física del movimiento: la bola que deslizamos en un cuenco y se mueve hasta que encuentra su equilibrio, y ahí se queda hasta que alguien le imprime una fuerza (shock) desde fuera. La bola en equilibrio, como el mercado, no tiene incentivos para la acción, dadas las condiciones ambientales, hasta que algo cambie. Sin embargo, los mercados no siempre están en equilibrio; de hecho, generalmente están adaptándose a los cambios, buscando nuevos equilibrios.

Los mercados de profesionales sanitarios están muy regulados y tienen imperfecciones. De hecho, en parte han de regularse precisamente por sus imperfecciones, casi podríamos decir «deformidades». Los médicos (oferentes) tienen el poder de crear demanda, particularmente en la provisión de los servicios sensibles a la oferta¹: consultas sucesivas («vuelva usted mañana»), pruebas diagnósticas, etc. El quid del modelo de mercado es que oferta y demanda son voluntades contrapuestas e independientes, y el equilibrio se alcanza como resultado de esa tensión. Si la oferta influye o crea demanda, el mercado sufre una imperfección que requiere un correctivo: regulación. No es la única imperfección. Igual que al resto de mercados profesionales, le falta transparencia. La calidad tiene una dimensión «técnica» no observable, y el prestigio de los médicos, que se traduce en remuneración y clientela, es el resultado de saber vender, no sólo de saber hacer. Para complicar más el embrollo, el regulador no es neutral, sino juez y parte, porque la Administración es el primer demandante de trabajo médico.

Como colectivo, los médicos tienen una capacidad, concedida por la sociedad, para autorregularse. Esta capacidad confiere poder que puede usarse en línea con el profesionalismo² que legitima tal poder, pero también puede abusarse de él para cautivar el mercado a través del monopolio que acota territorios exclusivos y trata de evitar servicios sustitutos.

Correspondencia: Prof. V. Ortún.
CRES. Universidad Pompeu Fabra.
Ramon Trias Fargas, 25. 08005 Barcelona. España.
Correo electrónico: vicente.ortun@upf.edu

Recibido el 18-12-2007; aceptado para su publicación el 1-2-2008.

Las retribuciones médicas, ajustadas por paridad de poder adquisitivo, difieren de manera notable entre países³, pero, sin ajustar por cantidad de horas trabajadas ni –lo que resulta mucho más difícil e importante– por la calidad del trabajo realizado tienen un valor informativo limitado. La posibilidad de migrar entre países presiona a la baja sobre las diferencias.

Triple shock en la demanda de médicos y una oferta muy rígida

Los mercados de profesionales sanitarios, aunque regulados, están sujetos a las fuerzas de la oferta y de la demanda. A corto plazo, la oferta es bastante rígida porque el número de profesionales disponibles admite pocos cambios. Formar a un especialista lleva más de una década, e importar médicos requiere trámites de homologación. Los mercados estrechos tienen ofertas inelásticas a corto plazo. El inconveniente de una oferta inelástica es su incapacidad para reaccionar cuando cambia la demanda o la necesidad.

La segmentación geográfica y la segmentación profesional –subespecialidades estancas– restan elasticidad a esa función de oferta. Hay un mercado para cada tipo de profesional –cardiólogos, médicos de familia, enfermeras de quirófano–. La movilidad internacional y la apertura de los mercados al exterior, por el contrario, la flexibilizan y le dan la capacidad de adaptarse a las condiciones del momento.

El déficit de recursos humanos surge por 2 posibles causas, relacionadas con el control de precios (salarios, rentas de los profesionales) y con el control de cantidades (barreras de entrada a la profesión y a la movilidad internacional). En el caso de España, el déficit de profesionales sanitarios, selectivo y muy desigual entre especialidades⁴, obedece a ambas causas.

Lo que ha ocurrido en España en los últimos años es que se produjo un fuerte shock de demanda procedente de 3 fuentes confluyentes. Aumentó de forma sensible la demanda de médicos en el sector privado, muy dinámico y en fase alcista, para cubrir las necesidades de una población progresivamente enriquecida y medicalizada. Al mismo tiempo, algunos países europeos ejercieron cierta presión para atraer a nuestros profesionales. Por otra parte, las comunidades autónomas que recibieron las transferencias sanitarias en 2002 acometieron simultáneamente ambiciosos planes de inversión –nuevos hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, centros de salud–, ampliando su cartera de servicios y, en último término, demandando más médicos y enfermeras.

Por el lado de la oferta, en cambio, las entradas a la profesión se mantenían estancadas. El número *clausus* en medicina no aumentó hasta el curso pasado, y el de plazas de médicos internos y residentes (MIR) convocadas crecía lenta y desigualmente según las especialidades. El total de efectivos en activo (la oferta total) de cada mercado profesional se mantenía más o menos estable, o con tendencia positiva apenas perceptible, muy inferior al ritmo de crecimiento de las respectivas demandas. La entrada de médi-

cos extranjeros contribuyó a aliviar el problema del déficit, pero también creó nuevos problemas.

Con ofertas rígidas, el mercado busca su nuevo equilibrio (como reacción al triple shock de demanda) aumentando las rentas de los profesionales. Sin embargo, las redes públicas de salud no utilizan con facilidad ese instrumento para atraer a los médicos de las especialidades deficitarias a las localizaciones y horarios donde más se precisan. La tradicional dificultad de las Administraciones para incentivar con mejores pagas y condiciones laborales a esos profesionales más escasos se agrava con el espejismo de una equidad retributiva que, desde el punto de vista del análisis económico, no se justifica.

Siendo los salarios de la red pública más o menos fijos –independientes de la gravedad del déficit y del grado de atractivo de los puestos de trabajo–, no es de extrañar que se cubran primero los puestos con mayor atractivo profesional y del entorno: en los grandes hospitales docentes con tecnología avanzada antes que en pequeños hospitales comarcales; en las ciudades más que en los pueblos remotos. Las islas y las zonas rurales aisladas del interior tienen problemas muy serios de recursos humanos, que se agravan por la restricción de la «igualdad» salarial. La única forma de captar recursos escasos por parte de demandantes en competencia es ofrecer mejores condiciones económicas y laborales, mediante incentivos a la captación y retención de profesionales: prestigio y reconocimiento profesional, capacidad para organizar la práctica, dinero, condiciones laborales y de vida.

Centrados en las retribuciones cuando importa la cantidad y la calidad

El debate sanitario se centra excesivamente en la «P de precios» (la retribución de un profesional, el precio de un fármaco o de una estancia hospitalaria), cuando lo que marca las diferencias son las C de cantidades y calidades. Es más, el principal problema de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, el de los enfermos crónicos, implica fundamentalmente gestión de utilización (cantidades y calidades). El mejor comportamiento del Kaiser Permanente de California respecto al sistema de salud británico se debe fundamentalmente a una menor tasa de hospitalización derivada de un mejor manejo de los pacientes con enfermedades crónicas⁵. De forma parecida, en España las variaciones en gasto hospitalario por habitante (de sencillo a doble según donde se viva) se relacionan fundamentalmente con las diferencias en tasas de ingresos por habitante⁶ (menos con la estancia media y mucho menos con las diferencias de morbilidad).

Las retribuciones necesitan referirse a la cantidad y calidad del trabajo teniendo claro que nada sustituye una correcta selección del personal y que prácticas gestoras equivocadas pueden destruir realidades fructíferas caracterizadas por comportamientos altruistas, interés por el trabajo bien hecho y búsqueda de la aprobación social⁷. La retribución, obviamente, no consiste tan sólo en dinero, no es sólo individual ni debe plantearse exclusivamente a corto plazo.

La cantidad se define endógenamente con riendas clínicas y políticas

El médico, agente del paciente, interpreta y regula la demanda de éste, lo cual se aprecia mejor en los entornos con mayor longitudinalidad, como el de la atención primaria. La frecuentación depende mucho más de la oferta que de la demanda. Si se habla de profesiones sanitarias y de cierta sustituibilidad entre los factores (humanos y materiales) del proceso asistencial, habrá que admitir que la capacidad re-

TABLA 1

Riendas de la utilización

1. Filtros técnicos de acceso
2. Copagos evitables
3. Cartera de servicios (financiada públicamente) acotada
4. Decisión compartida médico-paciente
5. Transferencia de riesgo a proveedores
6. Control de oferta a través de la planificación
7. Evolución hacia el pago por resultados

solutiva, la mejor expresión clínica del concepto de eficiencia, exige que un problema sea atendido por quien, con los mismos recursos, obtiene mejores resultados.

La accesibilidad desbocada al sistema sanitario público –9,5 consultas por médico-año frente a un promedio de 6,8 en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)⁸–, en un sistema financiado proporcionalmente (ni progresivo ni regresivo) sobre rentas, y con unas prestaciones que se ajustan bastante a necesidad, ha de encauzarse para evitar el deterioro de la calidad que trivializa las consultas y desvirtúa el ejercicio profesional. Se precisan, como mínimo, las siguientes riendas (tabla 1).

1. Crear filtros técnicos de acceso: del mismo modo que existe un médico de puertas en urgencias, puede haber un filtro de enfermería en atención primaria.
2. Instaurar copagos evitables: en fármacos bioequivalentes, por la diferencia entre el precio de venta y el precio de referencia reembolsable⁹.
3. Definir claramente la cartera de servicios, lo que ayuda al sector privado a posicionarse (complementario, sustitutivo o suplementario) y al sector público a evitar automatismos poco serios. Considerar que ciertas ampliaciones de cartera podrían financiarse por acto (p. ej., acupuntura) o por una «igualada» resucitada (atención telefónica, por ejemplo). Si el término «igualada» se considera anacrónico, puede sustituirse por el de aseguramiento complementario.
4. Fomentar la estandarización de instrumentos de ayuda a la decisión compartida entre médico y paciente¹⁰.
5. Compartir el riesgo con los profesionales: la propiedad mixta no resulta ni de derechas (demasiado Estado) ni de izquierdas (mucho privatización), pero sociedades y cooperativas médicas sin ánimo de lucro constituyen uno de los mejores mecanismos para adecuarse a la realidad de que ningún sistema sanitario funcionará bien si quienes asignan los recursos en las decisiones clínicas no tienen sus intereses alineados con los sanitarios de la sociedad en general.
6. Recuperar la planificación especialmente de recursos humanos. De éstos depende la utilización futura.
7. Olvidarse algo de la actividad para centrarse en los resultados. La calidad será más fácil de medir conforme se generalicen las historias clínicas electrónicas. Aunque se tienda a medidas de calidad sobre «producto final» (hemoglobinas glucosiladas ajustadas por clase social), existe largo recorrido tanto para las medidas sobre «producto intermedio» (actividad), ajustando por las variables que el evaluado no controla, como para las de proceso. Habrá que moverse evitando tanto la parálisis por el análisis como la tendencia a contraer compromisos imprudentes.

No autolimitarse: descolectivizar la negociación y flexibilizar la oferta

Se conocen los determinantes de las retribuciones médicas y se sabe asimismo cómo manejarlos de forma más adecuada para el bienestar social. El problema no radica en el

TABLA 2

Medidas flexibilizadoras de la oferta

1. Descolectivizar la negociación
2. Dotar de autonomía a los centros
3. Reclutar y retener a profesionales como quien mejor lo haga: ofrecer mejores condiciones de trabajo y acceso a horarios más flexibles. La iniciativa *Improving Working Lives* del Reino Unido constituye un ejemplo excelente
4. Separar formación de empleo
5. Recertificar
6. Fomentar la troncalidad y las pasarelas
7. Superar la segmentación de los mercados

análisis, sino en cómo llevar a la práctica las soluciones identificadas. Ante una oferta inevitablemente rígida y el triple shock de demanda, hay que tratar de acometer algunas de las medidas compendiadas en la tabla 2:

1. Descolectivizar la negociación. Los sindicatos, entronizados por el régimen político anterior cuando eran verticales, y legitimados por su valioso papel durante la Transición, ahora intérpretes de la voluntad social, no se adaptarán con facilidad a su papel de defensores de los intereses de sus afiliados. Entre evitarlos –escape del derecho público– y escribir a su dictado, convendría hallar caminos intermedios. La Administración pública no puede renunciar al uso de la negociación individual de las condiciones de trabajo para abordar los déficit en determinadas zonas, especialidades, franjas horarias y funciones. La flexibilización de las condiciones de trabajo puede producirse en todas sus dimensiones: dedicación (es importantísimo fomentar las dedicaciones parciales para una profesión feminizada), horarios, funciones asistenciales, ubicación geográfica y variedad, a lo largo del tiempo, en la composición asistencial/docente/investigadora/gestora de los diferentes puestos que puedan desempeñarse. Las retribuciones de, por ejemplo, los dermatólogos en la asistencia privada (primera especialidad MIR en 2007) no pueden marcar la referencia para todas las especialidades. La única forma de captar recursos escasos por parte de demandantes en competencia es ofrecer mejores condiciones económicas y laborales, mediante incentivos a la captación y retención de profesionales: prestigio y reconocimiento profesional, capacidad para organizarse, dinero, condiciones laborales y de vida.

2. Autonomía de gestión para los centros bajo un esquema regulador que fomente una desmedicalización que sólo los líderes profesionales pueden dirigir. Años de exceso de médicos han llevado a una subocupación profesional que aconseja la desmedicalización de la asistencia (dejar de hacer funciones que pueden mecanizarse o realizar mejor otros profesionales). Particularmente en atención primaria, hay que revisar por completo los contenidos de las consultas: realizar las actividades administrativas (partes de confirmación, recetas de crónicos) fuera de las consultas, cuestionar y compartir con otros profesionales todas las actividades autogeneradas (básicamente, controles de crónicos), incluida la propia definición de enfermo crónico (no hay control sin autocontrol), e implicar intensamente a la enfermería en la asistencia a las enfermedades agudas¹¹. Existen abundantes experiencias que muestran que enfermería obtiene unos altos índices de resolución en procesos agudos con mayor satisfacción de los pacientes¹². Incluso se informa sobre centros de urgencias atendidos exclusivamente por personal de enfermería¹³ en el Reino Unido, y en España hay asimismo experiencias de asistencia a enfermos agudos compartida entre médicos y enfermeras. Es preciso, en cualquier caso, valorar estas experiencias y ser cons-

ciente de que su generalización chocará con la heterogeneidad de la enfermería en España, donde, atendiendo únicamente al criterio de formación, coexisten antiguos ATS de cuarto de bachiller y reválida con doctores en enfermería con notas excepcionales en las pruebas de acceso a la universidad. En todos los niveles, y especialmente en los equipos de atención primaria, los profesionales sanitarios deben disponer de una autonomía de gestión que les permita definir su propia estructura y organización, repercutiendo en ellos el resultado (positivo o negativo de su gestión). Ése es un paso fundamental para que la organización tienda a adaptarse a las demandas/necesidades de los ciudadanos. Éstos, a su vez, deben adquirir conciencia de las limitaciones tanto de la ciencia médica como de los recursos disponibles. Esta autonomía de gestión puede llegar hasta la personalidad jurídica propia, las entidades de base asociativa, efectuando, eso sí, una mayor profilaxis de los cortocircuitos que el incentivo de lucro puede introducir¹⁴ y un seguimiento de su impacto en resultados –efectos secundarios incluidos–, tales como satisfacción y beneficio en salud, cuando se pueda.

3. Aprender de las políticas de selección y retención de profesionales de otros países, atrayendo, por ejemplo, para que vuelvan a la actividad profesional los (acreditados) que han abandonado las tareas asistenciales por la gestión, la política, la docencia, la investigación, la industria, etc. Flexibilizar las condiciones laborales ha sido una herramienta muy efectiva en otros países, como en el Reino Unido, donde en el año 2000 se puso en marcha una iniciativa llamada *Improving Working Lives* (IWL). Para mejorar el rendimiento de las organizaciones sanitarias se ofrecieron mejores condiciones de trabajo, entre ellas, un mayor acceso a horarios flexibles. Los sindicatos y otras organizaciones han reconocido la importancia de esta iniciativa para lograr retener a los profesionales.

4. En cuanto a las políticas de reclutamiento interior, además de aumentar el número de clausus y reducir el cuello de botella licenciatura-MIR, es importante que se separe conceptualmente la formación del empleo. La formación MIR tiene que estar concebida para cubrir las necesidades futuras de especialistas en toda la red, pública y privada, del país, y no sólo las necesidades de empleo fijo de la red propia o concertada de la comunidad autónoma. Eso sí: no tiene por qué financiarse públicamente esa formación (la financiación pública de la educación obtiene su mayor rendimiento en sus etapas iniciales proporcionando habilidades clave para la igualdad de oportunidades a familias desestructuradas y desfavorecidas).

5. Recertificar para evitar la polarización entre «excelentes que no emigran» y «deprimidos que pasan el MIR con puntuación negativa pero con convenios bilaterales que facilitan el acceso». A los médicos españoles les ha sucedido lo mismo que a los vendimiadores hace 3 décadas: hay flujos tanto de salida como de entrada, como corresponde a un país intermedio entre América Latina y Escandinavia, con una precariedad y condiciones laborales también a medio camino¹⁵. Un sistema de acreditación y recreditación profesional de los médicos ayudaría a resolver varios problemas, tanto de información –registro vivo de profesionales en ejercicio– como de calidad –filtro para todos los que ejercen la profesión en el país–. Además, contrarrestaría en alguna medida la tendencia a la «funcionarización» de la profesión médica¹⁶, porque el personal estatutario también tendría que reacreditarse. Otra ventaja es que las propias organizaciones profesionales de médicos podrían asumir la tarea de evaluar la calidad de sus miembros, en lugar de dejarlo en manos de órganos o procedimientos administrativos.

6. Fomentar la troncalidad y las pasarelas entre especialidades. Cambiando la formación de los especialistas se puede flexibilizar la oferta. La lista de especialidades médicas española se ha mantenido prácticamente inalterada durante décadas. La troncalidad de algunas especialidades, la fusión de otras, la definición de pasillos y posibilidades de reciclaje entre especialidades, y una regulación clara de las áreas de capacitación específica son tareas pendientes esenciales que requieren el concurso de las comunidades autónomas, el Estado y las organizaciones profesionales.

7. Acabar, tanto como se pueda, con la insostenible segmentación geográfica (47 especialidades por 17 autonomías: unos 800 mercados sólo en España). Hay que recuperar la dimensión suprarregional del mercado de médicos, perdida con las autonomías, y fomentar la movilidad interior y la flexibilidad y cooperación entre comunidades autónomas, incluyendo posibilidades de traslado de facultativos. Se aumentaría así el tamaño de los mercados, que es esencial en las especialidades de mercados «estrechos» (muy pocos efectivos). La internacionalización creciente de la profesión médica, con el fenómeno sin precedentes de la movilidad internacional, es un problema si la formación de los médicos foráneos es deficiente y las diferencias culturales resultan ser abismales. Pero también es una solución. Por una parte, amplía el tamaño del mercado, con lo que mitiga la gravedad de los déficit o superávits coyunturales, permite compensar los excesos de unos lugares con los déficits de otros y mejora, en definitiva, la capacidad de adaptación a las circunstancias del corto plazo. La diversidad cultural de los profesionales es un valor añadido cuando los pacientes provienen de un país progresivamente heterogéneo. Encaja en el cambio de patrón multicultural de los pacientes, que podrán consultar con profesionales lingüísticamente y culturalmente afines. Aunque la movilidad internacional es una válvula de escape y un mecanismo de flexibilidad del mercado de gran valor, es preciso garantizar sistemas de acreditación de la calidad suficientes para los médicos extranje-

ros que vienen a España y buscar vinculaciones laborales flexibles que eviten la «funcionarización» vitalicia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. *Ann Intern Med.* 2003;138:273-98.
2. Pardell H, Gual A, Oriol-Bosch A. ¿Qué significa ser médico, hoy? *Med Clin (Barc).* 2007;129:17-22.
3. Simoens S, Hurst J. The supply of physicians services in OECD countries. *OECD Health Working Papers 21.* Paris: OCDE; 2006.
4. González López-Valcárcel B, Barber P. Oferta y necesidad de especialistas en España 2007-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: www.msc.es
5. Feachem R, Sekhri N, White K. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ.* 2002;324:135-43.
6. Bernal E. Atlas de variaciones en la práctica médica. Estado de salud de las variaciones en España. *Economía y Salud.* 2007;20:1-2.
7. Gervas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:581-96.
8. OECD. *Health at a Glance.* Paris: OCDE; 2007.
9. Puig-Junoy J. La contribución del usuario en la financiación de medicamentos: elementos para un debate (informado). *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2004;5:133-40.
10. Pinto JL, Abellán JM, Sánchez FI. Incorporación de las preferencias de los pacientes en las decisiones clínicas. Barcelona: Elsevier-Masson; 2003.
11. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC.* 2005;12:579-81.
12. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ.* 2003;326:84-9.
13. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *Br J Gen Pract.* 2003;53:53-9.
14. Ortún V, Gervas J. Las asociaciones de profesionales en medicina general. *Aten Primaria.* 1996;17:300-2.
15. Felgueroso F. La paradoja de los médicos y los vendimiadores: desajuste ocupacional y condiciones laborales en España. Disponible en: <http://sociedadabierta.es/2007/11/22/la-paradoja-de-los-medicos-y-los-vendimiadores-desajuste-ocupacional-y-condiciones-laborales-en-espana/>
16. Puerta JL, Rodés J. Una plaza fija para toda la vida. *Med Clin (Barc).* 2003;120:138-40.