

Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud

JOSÉ JESÚS MARTÍN MARTÍN
Universidad de Granada

Recibido: Marzo 2015
Aceptado: Abril 2015

Resumen

El objetivo de este texto es analizar las retribuciones de los médicos del Sistema Nacional de Salud. Su sistema retributivo es complejo, presentando diferencias significativas entre Servicios Regionales de Salud, consecuencia de la falta de coordinación e integración. No existen sistemas de información que permitan evaluar las políticas retributivas desarrolladas por las distintas Comunidades Autónomas (CCAA). Con la información disponible no parece que ni el complemento de carrera profesional ni el complemento de productividad hayan cumplido los objetivos para los que fueron diseñados. Es necesaria más investigación sobre la relación entre motivación intrínseca y pago por resultados o calidad.

Palabras clave: Sistema de retribuciones, Sistema Nacional de Salud, Pago por resultado o calidad, incentivos.

Abstract

The purpose of this paper is to analyze the remuneration of doctors under the National Health System. Their remuneration system is complex, presenting significant differences between Regional Health Services, consequence of the lack of coordination and integration. In the absence of information systems to assess the remuneration policies developed by the Autonomous Communities, it seems that neither productivity complement nor professional career have fulfilled the objectives for which they were designed. More research on the relationship between intrinsic motivation and pay for performance or quality is necessary.

Keywords: Compensation packages; payment methods (J330); National Health Services (I10); Pay For Performance; Incentives (J310).

1. Introducción

La teoría económica concibe la retribución como la compensación al esfuerzo. Trabajar produce desutilidad. Las personas trabajan por el salario que reciben. Junto a esta concepción del trabajo como sacrificio y salario como compensación hay una filosofía utilitarista que asume que salarios más altos suponen más y mejores resultados si podemos medir bien el esfuerzo del trabajador. Al contrario, la medicina como profesión se basa principalmente en supuestos éticos de inspiración kantiana, en los que el deber con los pacientes y los motivadores intrínsecos tienen preeminencia sobre las motivaciones extrínsecas como el salario, o el pago por rendimiento. Estos dos problemas, la dificultad de medir el desempeño médico y

la erosión que sobre la motivación intrínseca puedan ejercer sistemas retributivos con fuertes incentivos al rendimiento, constituyen los dos polos sobre los que gira el debate sobre como diseñar sistemas de retribución para la profesión médica.

En la práctica, aunque el dilema persiste no siempre de forma explícita, los sistemas retributivos de los Servicios de Salud de las CCAA son más el fruto histórico contingente y no planificado de múltiples agentes negociando entre sí que el producto de una reflexión de naturaleza teórica.

El objetivo de este texto es analizar las retribuciones del Sistema Nacional de Salud focalizándose casi exclusivamente en los profesionales médicos, tanto por su importancia estratégica en la definición del producto sanitario, como por el hecho de que junto a otros profesionales sanitarios constituyen el hecho diferencial clave frente a otros servicios públicos.

El texto se organiza de la siguiente forma. El epígrafe siguiente sintetiza la literatura existente sobre los sistemas retributivos de los médicos. Los epígrafes 3 y 4 describen el sistema retributivo de los Servicios de Salud de las CCAA. Finalmente, el último epígrafe extrae algunas breves conclusiones.

2. Antecedentes

La Economía de la Salud ha analizado el papel de las retribuciones y los incentivos financieros sobre la conducta de los médicos debido a su papel central en el proceso de producción sanitario. Esta centralidad es consecuencia de su elevado número, las fuertes asimetrías de información favorables al médico, y la incertidumbre inherente del proceso de decisión clínico. El médico determina la mayor parte del gasto sanitario en miles de decisiones descentralizadas (Martín y López de Amo, 1994; Avery y Shultz 2007; Conrad y Christianson 2004).

Existen tres formas canónicas de compensación al profesional médico: el pago por acto, el pago per cápita y la retribución fija. Los inconvenientes y deficiencias de cada uno de ellos son conocidos (Eggleston, 2005; Demchak et al., 2007; OCDE, 2008). El pago por acto genera demanda innecesaria y comportamientos estratégicos orientados a modificar la información sobre actividades y resultados. Los sistemas de capitación desestimulan la prestación de servicios adecuados e incentivan las estrategias de selección de pacientes con buenos riesgos a priori, evitando pacientes con altos costes de tiempo y recursos (por ejemplo enfermos crónicos o marginados sociales). Finalmente, la retribución fija disocia la renta del médico de su esfuerzo para lograr los objetivos de la organización sanitaria. Las dificultades de las formas puras de compensación han propiciado el estudio y aplicación de fórmulas mixtas, que combinen de distinta forma y composición los distintos sistemas (Robinson, 2001).

Un problema característico de la búsqueda de un sistema de pago óptimo a los médicos es el carácter multitarea de su actividad. El problema suele analizarse desde la teoría de

agencia para el diseño de contratos óptimos de incentivos (Chalkley y Khalif, 2005; Eggleston, 2005). Cuando el médico realiza varias tareas, entre las cuales debe distribuir su atención, los incentivos que reciba determinarán la atención prestada a cada una de estas tareas. Si las tareas son sustitutivas, los incentivos para realizar unas disminuirán los incentivos para realizar otras. Dado que la intensidad de los incentivos para una tarea disminuye con la dificultad de medir los niveles de cumplimiento de las otras, puede darse la situación que el contrato de compensación óptimo sea no dar incentivos al agente. Este es un argumento a favor de los sistemas de retribución fija, que pueden ser adecuados cuando entre las actividades que debe realizar un médico hay algunas que son imposibles de controlar y que tienen importancia en la calidad del servicio. Por ejemplo, la capacidad de escuchar y sentir empatía con las preocupaciones del paciente, la formación actualizada en las mejores prácticas clínicas, o la sensibilidad para adaptar los tratamientos a las condiciones familiares y sociales del enfermo.

Otra cuestión clave es el grado de compatibilidad entre su trabajo en la organización sanitaria y su eventual práctica privada (Martín, 2003). En España, el debate ha girado en torno a la dedicación exclusiva o no de los médicos en los hospitales y centros de atención primaria públicos. Esta decisión depende de la influencia que las tareas externas tengan sobre las que se realizan para el centro sanitario. Las actividades externas deben ser evitadas cuando la productividad del médico en las tareas internas es difícil de medir. La actividad privada del médico puede propiciar inducción de demanda y selección de tareas hacia el ámbito privado, dado que los beneficios en su actividad privada repercuten exclusivamente en él. El problema aumenta con la mayor variabilidad en la gravedad de los pacientes. Dada la diferente estructura retributiva de los médicos en el sector público y privado, el primero fundamentalmente salarial, y el segundo basado en el pago por acto, los médicos prefieren atender los pacientes menos graves en su práctica privada. La diferente estructura retributiva de los médicos en el sector público y privado genera incentivos para que éstos transfieran los casos menos complejos al sector privado, quedando los de mayor gravedad en el ámbito público, con el consecuente incremento del coste unitario por paciente. La principal ventaja de permitir la compatibilidad pública –privada es teóricamente un menor pago al médico.

La insuficiencia de los sistemas retributivos tradicionales de los médicos y las presiones para controlar el incremento del gasto sanitario han llevado a explorar otras opciones. La más importante es sin duda el pago por resultados o calidad (*Pay For Performance*, P4P), tanto a nivel internacional como nacional, donde se incluiría el complemento por rendimiento o productividad variable que se analiza posteriormente. No existe una definición internacional consensuada del pago por resultados, aunque todas enfatizan la vinculación de los incentivos financieros a la mejora de la calidad clínica y/o los resultados en salud. Una reciente publicación del *European Observatory On Health Systems And Policies* (2014) lo define como “la adaptación de los métodos de pago a proveedores para incluir incentivos específicos y métricas explícitas para promover la búsqueda de la calidad y otros objetivos de rendimiento del sistema de salud”.

Surgido en la década de los noventa del siglo pasado en el contexto del sistema sanitario estadounidense, su expansión ha sido creciente, primero en el ámbito anglosajón, y posteriormente en un número creciente de países. Aunque los sistemas P4P desarrollados son muy variados entre sí, todos comparten unos rasgos básicos: la definición de los objetivos de

calidad y rendimiento; la métrica utilizada para medir, una cuestión clave dado que pagas lo que mides, no lo que quieres medir; las reglas de funcionamiento para evitar la arbitrariedad y el oportunismo; los sistemas de información empleados; y el modelo de gobernanza del sistema.

La literatura académica analizando su ventajas e inconvenientes ha crecido sustancialmente (Christianson et al., 2006; Flodgren, 2011; Maynard; 2012), paralelamente a su extensión a cada vez más países con marcos institucionales diferentes (*European Observatory On Health Systems And Policies*, 2014). Una cuestión básica es la asunción de que el principal motivador del médico son los incentivos económicos o en todo caso, que no hay conflicto entre el pago por resultados y otros motivadores profesionales. Sin embargo, es posible el conflicto con la motivación intrínseca del médico, erosionando su compromiso ético con el paciente y la colaboración con otros profesionales, dando lugar a conductas oportunistas y resultados clínicos adversos (Woolhandler y Ariely, 2011; Woolhandler et al., 2012; Cassel y Jain, 2012).

Aunque la expansión del pago por rendimiento ha sido importante y las experiencias numerosas, la evidencia empírica disponible es en el mejor de los casos modesta (Scott et al., 2009; Flodgren, 2011; Eirea y Ortún, 2012) cuando no negativa (Serumaga et al., 2011; Ashish et al., 2012). Es necesaria una mayor evaluación sistemática sobre esta estrategia para establecer si es intrínsecamente inadecuada, o si determinados diseños pueden ser útiles y compatibles con los valores intrínsecos de la profesión y su “contrato social” con la sociedad.

3. El sistema retributivo de los Servicios Regionales de Salud del Sistema Nacional de Salud

La estructura retributiva del personal estatutario así como su jornada de trabajo es compleja, y presenta una notable heterogeneidad entre los diferentes Servicios de Salud de las CCAA por tres motivos fundamentales, uno intrínseco a las transacciones sanitarias, otro de naturaleza histórica e institucional y el tercero consecuencia del profundo impacto que la crisis económica ha tenido en el sector sanitario. El primero deriva de la complejidad de las organizaciones sanitarias y del proceso de decisión clínica caracterizado por la asimetría de información y la incertidumbre.

El segundo descansa en el dilatado proceso histórico de transferencia de las competencias sanitarias a las CCAA, sujeto más a las contingencias políticas del momento que a un interés estratégico por desarrollar una arquitectura institucional que articule de forma estable el principio de autonomía con el de equidad territorial. El resultado es un sistema sanitario con insuficiente coordinación e integración que tiene uno de sus reflejos más nítidos en la heterogeneidad de las condiciones laborales y retributivas de los trabajadores de los distintos Servicios de Salud de las CCAA. Las insuficiencias de una política de coordinación suficiente y efectiva a nivel de Estado han convertido el Sistema Nacional de Salud en un ente de naturaleza casi virtual.

Finalmente, la crisis económica iniciada en el año 2008 impuso una estrategia agresiva de consolidación fiscal y austeridad en los servicios públicos sustanciada en varias medidas legislativas que han reducido las retribuciones de los empleados públicos del sistema sanitario, e introducido modificaciones significativas de sus condiciones de trabajo (Repullo, 2014). Como máximo exponente de esta estrategia de austeridad aplicada al sector sanitario se encuentra el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, con una amplia batería de medidas que afectan tanto a la oferta como a la demanda sanitaria y que han supuesto un deterioro significativo de la accesibilidad y universalidad.

Sin embargo, las tres medidas que han incidido directamente en las retribuciones de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud han sido el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público que supuso una reducción de un 5% de la masa salarial de los empleados públicos, el Real Decreto-Ley 20/2012 de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, que eliminó la paga extraordinaria de diciembre de 2012, y la Ley 2/2012 de 30 de junio de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012, que estableció con carácter general para los empleados públicos una jornada laboral mínima de 37,5 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo anual sin incremento retributivo alguno.

La Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud regula las relaciones laborales y el sistema de retribuciones de la mayoría de los trabajadores del sistema sanitario español estableciendo dos grandes clasificaciones de personal: personal estatutario sanitario y personal estatutario de gestión y servicios¹. El Estatuto Marco supone una renovación de los tres antiguos estatutos, que generaban una notable inseguridad jurídica y numerosos conflictos en torno a la concurrencia jurisdiccional de los órdenes laboral y contencioso-administrativo (Pérez y Villegas, 2013)².

El Estatuto Marco es de aplicación al personal que desempeña su trabajo en los centros e instituciones sanitarias de los Servicios de Salud de las CCAA o de la Administración General del Estado. La Ley 7/2007 de 12 de abril del Estatuto Básico del Empleado Público considera en su artículo 8 al personal estatutario como personal funcionario de carrera.

La estructura retributiva del personal estatutario viene definida en el capítulo IX (artículos 41 a 45) y la jornada de trabajo en el capítulo X (artículos 46 a 61). Sus principales características se reflejan en el cuadro 1.

¹ La regulación de las profesiones sanitarias se remonta históricamente al Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino de 24 de julio de 1848, en el que se incluían las profesiones de Medicina, Farmacia y Veterinaria en el sector de la Sanidad, aunque fue La Ley 14 de diciembre de 1942, del Seguro Obligatorio de Enfermedad la que otorgó al personal sanitario un régimen funcional especial denominado estatutario con posterioridad.

² Los antecedentes directos del actual Estatuto Marco son el Estatuto Jurídico del Personal Médico (Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre), el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo (Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de abril de 1973) y el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971).

Cuadro 1
Retribuciones y jornada de trabajo del personal estatutario
del sistema nacional de salud

Retribuciones	Jornada de trabajo
<p>a) Retribuciones básicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sueldo. Es el mismo en función de la categoría profesional para todo el territorio nacional • Trienios. Es una cantidad determinada por categoría profesional, por cada tres años de servicio. <p>b) Retribuciones complementarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complemento de destino. Retribuye el nivel del puesto (facultativo especialista, jefe de sección, de servicio, etc.) • Complemento específico/exclusividad. Compensa la especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad del puesto de trabajo. • Complemento de carrera profesional. Remunera el grado de carrera profesional alcanzado. • Complemento de productividad. Remunera el especial rendimiento, el interés, la iniciativa y el cumplimiento de objetivos o la participación en determinados programas. • Complemento de atención continuada/Guardias. Retribuye el mantenimiento de los servicios sanitarios a los usuarios de manera permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de trabajo. Período en el que el personal permanece en el centro sanitario, a disposición del mismo y en ejercicio efectivo de su actividad y funciones. Se considera, asimismo tiempo de trabajo los servicios prestados fuera del centro sanitario, siempre que se produzcan como consecuencia del modelo de organización asistencial o deriven de la programación funcional del centro. • Período de localización. Período de tiempo en el que el personal se encuentra en situación de disponibilidad que haga posible su localización y presencia inmediata para la prestación de un trabajo o servicios efectivos. • Período de descanso. Todo período de tiempo que no sea tiempo de trabajo. • Período nocturno. El período nocturno se define en las normas, pactos o acuerdos aplicables a cada centro sanitario. En general tiene una duración mínima de siete horas e incluye el período comprendido entre las cero y las cinco horas de cada día natural. En ausencia de tal definición, se considera período nocturno el comprendido entre las 23 horas y las seis horas del día siguiente. • Trabajo por turnos. Toda forma de organización del trabajo en equipo por la que el personal ocupe sucesivamente las mismas plazas con arreglo a un ritmo determinado, incluido el ritmo rotatorio, continuo o discontinuo.

Fuente: Elaboración propia a partir de Cañas (2013) Estructura retributiva y sistemas de compensación del personal estatutario: el marco estatutario. [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado 25 de Febrero de 2015]. Tema 10.4. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500711/n10.4_Estructura_retributiva.pdf.

La jornada de trabajo se diferencia entre jornada ordinaria, complementaria (atención continuada) y especial. El Estatuto Marco fija un máximo de 48 horas semanales en cómputo semestral, ampliables en 150 más en determinados supuestos. La suma de las jornadas ordinarias y complementarias no puede superar estos límites. El tiempo de trabajo de la jornada ordinaria no puede exceder de 12 horas ininterrumpidas y la localización no se considera tiempo de trabajo, excepto cuando se produzca una movilización para atender una demanda o realizar un servicio.

La estructura retributiva de los médicos de atención primaria presenta como rasgo específico que un componente de sus retribuciones es capitolativo en función de la población que tenga adscrita, ajustada por diversas variables, como la edad de los pacientes y del grado de dispersión geográfica que tenga la zona de referencia del equipo de atención primaria. Supone entre el 10 y el 15% de la retribución total (Eirea y Ortún, 2012).

El desarrollo normativo tanto de la estructura retributiva como de la jornada de trabajo, ha sido muy heterogénea entre CCAA, dando lugar a importantes diferencias, consecuencia de múltiples acuerdos de los distintos Servicios Regionales de Salud con los sindicatos, con la posible excepción de las Retribuciones Básicas, que suponen aproximadamente el 25% del salario total. A continuación se recogen los elementos más significativos.

Complemento específico/Exclusividad. Existen acusadas diferencias en la aplicación de la compatibilidad para trabajar en el sector privado para el personal médico y correlativamente en la aplicación del complemento específico o de exclusividad entre CCAA, que supone en torno al 20% de las retribuciones fijas, dando lugar a distintas situaciones³. Algunas CCAA autorizan dicha compatibilidad en cualquier caso, mientras otras las reconocen si se renuncia al complemento específico o si no se ostenta ninguna responsabilidad jerárquica u organizativa. Hay CCAA que para soslayar la restricción impuesta por La ley 53/1984 de 26 de diciembre de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas lo han fraccionado para poder retribuir con las mismas cuantías a quien trabaja en exclusiva y a quien no lo hace (Cañas, 2013)⁴. Dependiendo de Servicio de Salud se retribuye tanto la exclusividad pura, como la dedicación con ampliación de jornada, la participación en programas o su pago para todos como productividad fija (Eirea y Ortún; 2012).

Complemento de carrera profesional. La carrera profesional del personal estatutario se define en el artículo 40 del estatuto marco como el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios. Aunque se estructura en 4 niveles en todos los Servicios Regionales de Salud y es homologable entre los mismos, cada uno de ellos la desarrolla con diferentes requisitos, que abarcan desde el número de años de servicio mínimos prestados por nivel, los baremos de méritos utilizados, su carácter reversible o no, la limitación o no de perceptores a cada nivel, los importes por nivel, etc.

Durante el año 2014 las diferencias entre Servicios Regionales de Salud en el importe del complemento de carrera profesional para los médicos eran significativas. Por ejemplo en el nivel I el mínimo era 1.453,56€ frente a 4.1896,78 € el máximo (188,72% de diferencia) y en el nivel IV 5.814,00€ frente a 14.566,44 el máximo (150,54% de diferencia) (OMC, 2014).

Complemento de productividad variable o pago por rendimiento. Los primeros sistemas de pago por rendimiento o pago por calidad se desarrollaron en España en los primeros años de la década de los 90, con las experiencias para directivos de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud y el modelo de incentivos para profesionales de áreas de atención primaria del INSALUD, basado en el cumplimiento de la cartera de servicios y la obtención de ahorros sobre el presupuesto asignado, sobre todo del presupuesto de farmacia

³ Se regula en los artículos 76 y 77 de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal Estatutario de los Servicios de Salud.

⁴ La ley 53/1984 de 26 de diciembre de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas, declara por excepción en su artículo 16.4 que podrá reconocerse la compatibilidad para ejercer en el sector privado al personal cuyo complemento específico no supere en un 30% a las retribuciones básicas, excluida la antigüedad.

(Martín y López del Amo, 1999) y progresivamente se fueron generalizando a los Servicios de Salud de todas las CCAA (Martín, 2005). Igualmente, han sido un elemento significativo en la política retributiva de las distintas formas de gestión pública creadas en las últimas décadas (empresas públicas, consorcios y fundaciones públicas), así como de los procesos de privatización realizados bajo la fórmula de concesión administrativa fundamentalmente en la Comunidad Valenciana (Martín, 2013). En general, todas estas experiencias pueden englobarse en sentido amplio en sistema de pago por resultados (P4P), proporcionando en teoría una amplia posibilidad de evaluar comparativamente su funcionamiento y resultados. Por desgracia, la opacidad y falta de información es el rasgo característico de prácticamente todas las experiencias de pago por rendimiento llevadas a cabo tanto por el sector público como por el sector privado en España (Eirea y Ortún, 2012).

La crisis económica ha supuesto una disminución generalizada de este concepto en la totalidad de los Servicios Regionales de Salud, e incluso su desaparición en varias de ellas. El cuadro 2 realizado por el CESM (2014) supone una aproximación tentativa, dadas las dificultades de disponer de información. Como puede observarse ha habido una reducción generalizada en el periodo 2009-2014 y ha desaparecido en varias CCAA. Incluso algunos Servicios de Salud como Murcia o el País Vasco ya lo habían eliminado en 2009. Destaca por su cuantía Andalucía y en menor medida Cataluña. Sería deseable que estos Servicios de Salud realizaran una evaluación sistemática y publica del funcionamiento y resultados de sus modelos de pago por resultados.

Cuadro 2
Diferencias en retribución variable 2009/14 (aproximación)

	Año 2009	Año 2014	Diferencia	%
Andalucía (media→máximo)	7.505 (media)	6.438 (máximo)	-3.000	-40
Aragón y Baleares	1.202	No existe	-1.200	-100
Asturias	559	No existe	-559	-100
Canarias	3.185	3.077	-108	-3
Cantabria	2.500	No existe	-2.500	-100
Castilla y León	1.800	No existe	-1.800	-100
Castilla-La Mancha	1.655	No existe	-1.655	-100
Cataluña (máximo)	5.849	2.787 (pagan 50%)	-2.786	-48
Ceuta y Melilla	1.200	1.750	500	28,5
Extremadura	1.000	1.000	0	0
Galicia	1.247	1.247	0	0
Madrid	2.761	2.761	0	0
Murcia y País Vasco	No existe	No existe	0	0
Navarra	600	600	0	0
Rioja	924	924	0	0
Valencia (máximo) <1.500 media	3.000	3.000	0	0

Fuente: CESM (2014): "Médicos andaluces: a la cola de retribuciones y a la cabeza en los recortes". [consultado 20 de febrero de 2015] Disponible en: <http://simereg.org/medicos-andaluces-a-la-cola-en-retribuciones-y-a-la-cabeza-en-recortes/>.

Complemento de atención continuada/guardias. Normalmente el personal sanitario no facultativo trabaja realizando turnos, mientras el personal médico, suele tener una jornada laboral en horario de mañana. Pueden darse igualmente jornadas de tarde o mixtas e incluso excepcionalmente realizar también turnos como en el servicio de urgencias. El personal sanitario no facultativo cobra una cantidad fija al mes más otra por cada noche, domingo o festivo, que se computa en de la jornada ordinaria con una reducción sobre la de turno fijo diurno en función del número de noches que se realicen en el año.

Para el personal médico lo habitual es una guardia de 17 horas de lunes a viernes y de 24 horas los sábados y festivos. Dependiendo del número de guardias de presencia física y localizada que realicen los facultativos, sus retribuciones pueden incrementarse sustancialmente, como se analiza posteriormente. Las guardias de los médicos se dividen en laborables, festivos y festivos especiales. Se ha producido en la última década un proceso de convergencia entre el precio de la guardia del especialista del hospital, tradicionalmente superior, y el médico de atención primaria, siendo en la actualidad similar en la práctica totalidad de España. Igualmente, el precio por hora de guardia ha experimentado un notable incremento, que por término medio no ha bajado del 50%. Este continuo incremento puede implicar que una opción menos costosa sea organizar el trabajo facultativo por turnos y no por guardias (Cañas, 2013).

Existen diferencias en el precio por hora de guardia entre Servicios de Salud de las CCAA. Las guardias en día laborable para el año 2014 oscilan entre 11,14€/hora y los 26,61€/hora, siendo la media 21,79€/hora. En festivos el mínimo es de 12,27€/hora frente a 29,57€/hora⁵ y la media a nivel nacional de 23,97€/hora. Para guardias en festivo especial el mínimo es de 18,04€/hora y el máximo 53,22€/hora (CESM, 2014).

4. Retribuciones de los médicos en el Sistema Nacional de Salud

Existen variaciones importantes entre el nivel retributivo de los médicos en Europa. Estas variaciones están afectadas por su condición de asalariados o autónomos. En general estos últimos disfrutan de rentas más elevadas. Las retribuciones de los médicos españoles son relativamente más bajas que las de otros países de nuestro entorno. El ratio de los salarios de los médicos generales españoles sobre el salario medio de todos los trabajadores en el año 2011 es 2,0 frente a 2,1 en Francia (autónomos)⁶; 1,9 (asalariados) y 3,4 (autónomos) en el Reino Unido; 1,8 (asalariados) en Finlandia; o 2,6 (asalariados) y 2,7 (autónomos) en Dinamarca. Para los médicos especialistas el ratio en España es 2,3 igual que el Reino Unido (asalariados)⁷; mientras Francia tiene 2,2 (asalariados) y 3,6 (autónomos)⁸; y Finlandia (asalariados) y Dinamarca 2,6 (asalariados) (OECD, 2013).

⁵ En Canarias el importe es de 32,68€/hora en las islas diferentes de Tenerife y Gran Canaria.

⁶ La remuneración de los médicos por cuenta propia es el ingreso neto, en lugar de los ingresos brutos, lo que resulta en una subestimación.

⁷ Se incluyen los especialistas en formación, lo que resulta en una subestimación.

⁸ La remuneración de los médicos por cuenta propia es el ingreso neto, en lugar de los ingresos brutos, lo que resulta en una subestimación.

No se dispone de información pública integrada de la evolución de las retribuciones de los profesionales que trabajan en los distintos Servicios de Salud de las CCAA, debiendo recurrir a la información proporcionada por las organizaciones profesionales y sindicales. En el cuadro 3 se reflejan las retribuciones anuales brutas de médicos de hospital y de atención primaria correspondientes al año 2014, considerando 4 posibles situaciones profesionales en cada caso. La dispersión en las retribuciones tanto de los médicos de hospitales como de atención primaria dependiendo del Servicio de Salud donde trabajen es la nota más destacada.

Cuadro 3
Retribuciones anuales brutas a médicos de hospital y primaria. Año 2014

HOSPITAL	Médico tipo 1(a)		Médico tipo 2(b)		Médico tipo 3(c)		Médico tipo 4(d)	
	Sin guardias	(e) Con guardias						
Mínimo de España	31.532	41.341	41.308	51.117	49.026	58.835	56.076	67.118
Media de España	41.663	55.355	45.353	59.044	53.688	67.392	61.173	74.891
Máximo de España	49.793	66.611	54.889	66.841	65.655	77.607	77.625	89.577
Dif. Mínimo/Máximo	18.261	25.271	13.580	15.723	16.628	18.771	21.549	22.459
Dif. Mínimo/Media	10.132	14.014	4.045	7.927	4.662	8.557	5.097	7.774
% dif. Mínimo-Máximo	57,91	61,13	32,88	30,76	33,92	31,90	38,43	33,46
% dif. Mínimo-Media	32,13	33,90	9,79	15,51	9,51	14,54	9,09	11,58
PRIMARIA (f)								
Mínimo de España	30.471	40.280	40.247	50.057	47.965	57.774	53.437	66.057
Media de España	42.909	56.570	46.693	60.354	55.024	68.698	62.495	76.183
Máximo de España	56.379	73.197	56.379	73.197	65.215	81.730	77.185	88.009
Dif. Mínimo/Máximo	25.907	32.917	16.131	23.141	17.249	23.955	23.749	21.952
Dif. Mínimo/Media	12.438	16.290	6.446	10.297	7.058	10.924	9.058	10.126
% dif. Mínimo-Máximo	85,02	81,72	40,08	46,23	35,96	41,46	44,44	33,23
% dif. Mínimo-Media	40,82	40,44	16,01	20,57	14,72	18,91	16,95	15,33

Notas:

- Contrato de interino eventual o sustituto, un trienio, sin nivel de Carrera Profesional retribuido, sin dedicación exclusiva y con posibilidad de realizar guardias.
- Contrato de interino eventual o sustituto, un trienio, sin nivel de Carrera Profesional retribuido, con dedicación exclusiva y con posibilidad de realizar guardias.
- Estatutario con plaza fija, 5 trienios, 2.º nivel retribuido de carrera profesional, con dedicación exclusiva al Servicio de Salud y con posibilidad de realizar guardias.
- Estatutario con plaza fija, 10 trienios, 4.º nivel retribuido de carrera profesional, con dedicación exclusiva al Servicio de Salud y con posibilidad de realizar guardias.
- Se estima el equivalente a 50 horas/mes de guardia de presencia física, de ellas 12 en festivo y 12 en sábado.
- Los cuatro Médicos de Atención primaria tienen asignado un cupo en un entorno rural con G4 de dispersión, compuesto de 1.000 tarjetas sanitarias, (con una distribución por edad similar a la media de población de España. Equivalente a un cupo urbano de 1.500 tarjetas con un G1 de Dispersión. Realiza Atención Continuada A.
- El Instituto de Gestión Sanitaria INGESA (Ceuta y Melilla), abona un complemento por residencia, cuyo importe es de 881,48€/mes (10.577,76€/año).

Fuente: Elaboración propia a partir de CESM (2014): "Médicos andaluces: a la cola de retribuciones y a la cabeza en los recortes". [consultado 20 de Febrero de 2015] Disponible en: <http://simeg.org/medicos-andaluces-a-la-cola-en-retribuciones-y-a-la-cabeza-en-recortes/>.

La retribución de un médico tipo 1 de hospital sin guardias que está al principio de su trayectoria profesional oscila entre un mínimo de 31.532€ y un máximo de 49.793€, es decir una diferencia de 18.261€ (57,91%) en función de la CA donde trabaje, siendo la media para el conjunto de España de 41.663€. Si consideramos el mismo médico tipo 1 con guardias, el mínimo es 41.341€, el máximo 66.611€, y la media nacional 55.355€. Por su parte, un médico tipo 4 de hospital sin guardias que está al final de su trayectoria profesional oscila entre un mínimo de 56.076€ y un máximo de 77.625€, una diferencia de 21.549€ (38,43%), siendo la media nacional de 61.173€. Con guardias, un médico tipo 4 oscila entre 67.118€ y 89.577€, con una diferencia de 22.459 (33,46%), estando la media de España en 74.891€.

Para los médicos de atención primaria las diferencias son similares o incluso más acusadas en algunos casos. Un médico tipo 1 oscila entre 30.471€ y 56.379€ sin guardias y 40.280€ y 73.197€ con guardias, siendo la diferencia de 25.907€ (85,02%) y 32.917€ (81,72%) respectivamente, con medias nacionales de 42.909€ y 56.570€. Para un médico tipo 4 dependiendo de la CA, las diferencias oscilan entre 53.437€ y 77.185€ sin guardias, y 66.057€ y 88.009€ con guardias, con una diferencia de 23.749€ (44,44%) y 21.952 (33,23%) respectivamente, siendo la media española de 62.495€ para el médico sin guardias y 76.183€ para el que realiza atención continuada.

Esta importante dispersión retributiva es difícil de explicar en términos de la diferente productividad, competencia o calidad del desempeño entre los médicos que trabajan en una u otra CA, generando un proceso de reivindicación permanente basado en agravios comparativos por parte de los profesionales y los sindicatos médicos. Problema que se ha visto agravado por el significativo y asimétrico impacto que han tenido en sus retribuciones las distintas medidas de austeridad mencionadas con anterioridad y las políticas de consolidación fiscal ejecutadas por las CCAA.

4. Conclusiones

El sistema retributivo de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud es el resultado de un dilatado y accidentado proceso histórico y no de la concreción de ningún modelo teórico de pago óptimo surgido de la teoría económica y ejecutado por expertos en políticas laborales. Posiblemente resultan más explicativos los conceptos de dependencia de senda o trayectoria y equilibrios subóptimos provenientes de la Nueva Economía Institucional que la literatura económica estándar sobre incentivos.

El proceso de transferencias de competencias sanitarias a las CCAA ha dado como resultado 18 Servicios de Salud con políticas retributivas heterogéneas y dispares, consecuencia de unos mecanismos de coordinación e integración insuficientes. El Sistema Nacional de Salud padece anorexia de gobernanza y las políticas laborales y retributivas acusan la enfermedad.

El sistema retributivo de los médicos de los distintos Servicios de Salud es complejo y heterogéneo, mostrando acusadas variaciones entre CCAA, tanto en sus principales conceptos como en la retribución total. Esta variabilidad crea continuas tensiones y agravios

comparativos, dando lugar a exigencias sindicales de homologación al máximo. Merece especial atención la heterogeneidad del complemento de exclusividad, cuyo sentido de favorecer la identificación y el sentido de pertenencia al Servicio de Salud se ha desvirtuado en muchas CCAA. Igualmente el complemento de carrera profesional se ha convertido en una especie de “pago por antigüedad”, desperdiciando una posibilidad histórica de introducir en la estructura retributiva de los médicos un incentivo a largo plazo potencialmente capaz de armonizar los incentivos económicos con los valores intrínsecos de la profesión.

Sobre el pago por rendimiento o productividad variable la oscuridad es casi total, la falta de información pública y transparente en todas las CCAA hace imposible emitir juicio fundamentado alguno. A nivel internacional hay algo más de luz sobre el pago por resultados o calidad, pero la evidencia disponible es en el mejor de los casos tenue. Los dos principales problemas son saber medir lo que queremos en lugar de medir lo que podemos, y compatibilizar la lógica utilitarista inscrita en el código genético del pago por resultados con la lógica kantiana basada en el deber. Esta ética del deber ha formado históricamente parte del equipaje moral del médico confiriéndole sentido a su “contrato social” con la sociedad. El eterno dilema entre tener y ser, entre el dinero y la vocación. En cualquier caso, como el espíritu de la época se inclina inexorablemente por el tener frente al ser, es conveniente aplicar un estricto escrutinio antes de aplicar un pago por resultados o calidad, como el propuesto por Paul Glasciou et al., (2012) para evitar consecuencias no deseadas en los pacientes.

Sería tan deseable como poco probable una renovación del sistema retributivo en el marco de un pacto de Estado que dotara de gobernanza efectiva y transparencia al Sistema Nacional de Salud, en la que los médicos puedan reconciliar la exigencia de eficiencia con su compromiso profesional con los pacientes, dando preeminencia a los valores intrínsecos frente a los valores instrumentales, porque como decía Antonio Machado solo un necio confunde valor y precio.

Bibliografía

- Ashish, K.; Jha, M. D.; M. P. H.; Karen, E.; M. D.; M. P. H.; John Orav, E.; P. H. D., y Epstein, A. M. (2012): *The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes*, the New England Journal of Medicine, Massachusetts Medical Society.
- Avery, G., y Schultz, J. (2007): *Regulation, financial incentives, and the production of quality*, Am. J. Med. Qual, 22(4): p. 265-73. 2007.
- Cañas, J. (2013): *Estructura retributiva y sistemas de compensación del personal estatutario: el marco estatutario*, [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado 25 de febrero de 2015]. Tema 10.4. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500711/n10.4_Estructura_retributiva.pdf.
- Cassel, C., y Jain, S. (2012): *Assessing individual physician performance: does measurement suppress motivation*, Journal of the American Medical Association, 307(24): 2595-6.

- CESM (2014): *Médicos andaluces: a la cola de retribuciones y a la cabeza en los recortes*, [consultado 20 de febrero de 2015] Disponible en: <http://simeg.org/medicos-andaluces-a-la-cola-en-retribuciones-y-a-la-cabeza-en-recortes/>.
- Chalkley y Khalif (2005): *Third party purchasing of health services: patient choice and agency*, Health Economic, n.º 24: p. 1132-53. 2005.
- Christianson, J.; Knutson, D., and Mazze, R. (2006): *Physician pay-for-performance: implementation and research issues*, Journal of General Internal Medicine, 21(S2): S9-13.
- Conrad, D., y Christianson, J. B. (2004): *Penetrating the "black box": financial incentives for enhancing the quality of physician services*, Med. Care Res. Rev, 61(3, Spec. Suppl.): 37S-68. 2004.
- Demchak, et al. (2007): *Physician payment: Is there a better way to pay?*, Find. Brief X5: p. 1-8. 2007.
- Eggleston, K. (2005): *Multitasking and mixed systems for provider payment*, J. Health Econ, 24: p. 211-23. 2005.
- Eirea C., y Ortún, V. (2012): *Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial*, Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012;26(S) pp. 102-106.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2014): *Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*, Open University Press – McGraw-Hill, Buckingham. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264224568-en>.
- Flodgren, G. E. M. (2011): *An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 7.
- Glascioui, P. P.; Buchan, H.; del Mar, C.; Doust, J.; Harris, M.; Knight, R.; Scott, A.; Scott, I. A., and Stockwell, A. (2012): *When financial incentives do more good than harm: a checklist*, BMJ 2012; 345 e5047 doi:10.1136/bmj.e5047.
- Martín, J., y López del Amo, M. P. (1994): *Incentivos e Instituciones sanitarias públicas*, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Martín, J., y López del Amo, M. P. (1999): *Innovaciones en incentivos y retribuciones en organizaciones sanitarias. Experiencias en jerarquías públicas centralizadas y Empresas Públicas Sanitarias*, en: Motivación Saludable: los recursos humanos en el sector de la salud. Universidad Internacional Menéndez Pelayo y Fundación SB.
- Martín, J. (2003): *Sistema de retribuciones y exclusividad de los facultativos de los hospitales públicos del estado español*, en: El interfaz Público-privado en sanidad. Coord.: Guillem López Casasnovas. Masson S. A. Barcelona. Cap. 9: 157-175.
- Martín, J. (2005): *Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud*. Revista Administración Sanitaria Siglo XXI, Vol. 3, n.º 1: p. 111-130. 2005.
- Martín, J. (2013): *Formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios*, Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado 24 de febrero de 2015]. Tema 5.4. Disponible: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500622/n5.4_formas_directas_e_indirectas_de_gesti_n.pdf.
- Maynard, A. (2012): *The Powers and Pitfalls of payment for Performance*, Health Economics 21 pp. 3-12.

- OCDE (2008): *The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OCDE countries: what are the factors influencing variations across countries?*, OCDE Health Working Papers, 41. París: OCDE. 2008.
- OECD (2013): *Remuneration of doctors (general practitioners and specialists)*, in *Health at a Glance 2013*: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-28-en.
- OMC (2014): *Carrera profesional del médico en España: evolución y 2014*, [consultado 25 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://simeg.org/carrera-profesional-del-medico-en-espana-evolucion-y-2014/>.
- Pérez Gálvez, J. F., y Villegas Oliva, A. (2013): *El personal estatutario del Sistema Nacional de Salud español*, Revista Digital de Derecho Administrativo, N.º 10, segundo semestre 2013, pp. 57-92.
- Repullo, J. (2014): *Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad*, Informe SESPAS 2014 Gaceta Sanitaria 2014: 28(S1) pp. 62-68.
- Robinson, J. (2001): *Theory and practice in the design of physician payment incentives*, *Milbank Quarterly* III, 79: 149-77.
- Scott A.; Sivey, P.; Ait Ouakrim, D.; Willenberg, L.; Naccarella, L.; Furler, J., and Young, D. (2009): *The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians*, *The Cochrane Library*, 9.
- Serumaga, B.; Ross-Degnan, D.; Avery, A.; Elliott, R.; Majumdar, S.; Zhang, F., and Soumerai, S. (2011): *Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study*, *BMJ* 342: d108.
- Woolhandler, S., y Ariely, D. (2011): *Will pay for performance backfire: insights from behavioral economics*, *Health Affairs Blog* [consultado 20 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://healthaffairs.org/blog/2012/10/11/will-pay-for-performance-backfire-insights-from-behavioral-economics/>.
- Woolhandler, S.; Arieli, D., and Duke, J. B. (2012): *Why pay for performance may be incompatible with quality improvement*, *BJM* 2012; 345: e5015 doi: 10.1136/bmj.e5015.