

Benito Arruñada\*

## **Bases para profesionalizar la sanidad pública**

Publicado en *La regulación de los servicios sanitarios en España*,  
FEDEA, Madrid, 1997, 153-208.

---

\* Catedrático de Organización de Empresas, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. Este trabajo forma parte de un conjunto de estudios coordinados por la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) y ha contado con la ayuda del Fondo del Banco de España para la financiación de estudios sobre la regulación de los servicios en España. Ninguna de ambas instituciones es en modo alguno responsable de las ideas y opiniones que en él se expresan. El autor agradece la ayuda proporcionada por los funcionarios de diversos organismos, en especial del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como la colaboración en el tratamiento de datos de María Jesús Martínez Argüelles y los comentarios recibidos de numerosos colegas y profesionales. El trabajo es una versión revisada del presentado en las XIV Jornadas de economía de la salud (Santiago, 7 de junio de 1994), publicado en su día con el título “Diseño organizativo y gestión del personal en la sanidad pública” (A.E.S., 1995, pp. 64-119).

# Bases para profesionalizar la sanidad pública

## Índice

Resumen .....	2
I. Introducción .....	3
I.1. El control organizativo.....	3
I.2. Restricciones de la gestión en la sanidad pública .....	4
II. Asignación de derechos de decisión.....	7
II.1. Estructura organizativa .....	7
II.2. Tecnología contractual .....	10
III. Evaluación del rendimiento.....	15
III.1. Restricciones a la oferta de personal: <i>Numerus clausus</i> .....	15
III.2. Discrepancia en el control de empleo y salarios .....	16
III.3. Evaluación subjetiva y objetiva .....	19
IV. Nivel retributivo.....	21
IV.1. Importancia y evolución de la retribución del personal.....	21
IV.2. Adecuación del nivel retributivo.....	24
IV.3. Determinación del nivel retributivo .....	28
V. Composición retributiva y condiciones de trabajo.....	30
V.1. Condiciones de trabajo indeseablemente buenas .....	30
V.2. Compatibilidad .....	32
VI. Función retributiva: relación entre rendimiento y compensación a corto y largo plazo .....	36
VI.1. Compensación por rendimiento a corto plazo.....	36
VI.2. Compensación por rendimiento a largo plazo: Carrera profesional .....	43
VI.3. Retribución por antigüedad.....	46
VI.4. Ascensos de categoría .....	50
VI.5. Comentarios sobre las propuestas de carrera profesional.....	53
VII. Conclusiones.....	56
VIII. Referencias .....	57

## Resumen

Este trabajo centra su atención en la estructura organizativa y la gestión de personal en la sanidad pública. Tras analizar la evolución de la estructura organizativa, empleando el marco conceptual delineado por Jensen (1983) y Jensen y Meckling (1984 y 1992) y constatar un importante descenso de la productividad laboral, se proponen diversas políticas de reforma, consistentes en: (a) suprimir escalones jerárquicos de índole directiva; (b) reconvertir las estructuras directivas en facilitadoras de las funciones asistenciales; y (c) reasignar capacidad y responsabilidad directiva a la jerarquía médica. Tras analizar algunas experiencias recientes, se discuten también diversas pautas contractuales y se argumenta la relativa irrelevancia del régimen jurídico.

En cuanto a la gestión de los recursos humanos, se han examinado su situación y evolución recientes, y se han evaluado los intentos de conectar rendimiento y compensación, tanto en el corto como en el largo plazo. Tal y como se desprende de los escasos datos disponibles, la gestión del personal médico de la sanidad pública parece haberse alterado radicalmente desde sus inicios. En su etapa fundacional, se caracterizaba por la existencia de carreras profesionales ligadas a la antigüedad y los ascensos, lo cual es coherente con su doble dimensión, profesional y pública. Esta pauta se rompió en los años setenta, como consecuencia, tal vez, de un crecimiento demasiado rápido para que fuera posible sostener el equilibrio financiero de un sistema de retribución aplazada. La detención del crecimiento, que impide la eficacia de una política basada en la carrera profesional, condujo al uso de incentivos a corto plazo. Desde los años ochenta, se han intentado múltiples sistemas de este tipo. Aparentemente, las dificultades observables para controlar las aberraciones que generan han comprometido gravemente su eficacia. Para que puedan funcionar con éxito, se recomienda reformar sustancialmente la estructura directiva, en línea con lo señalado en la primera parte del trabajo.

## I. Introducción

### I.1. EL CONTROL ORGANIZATIVO

La esencia del problema económico de las organizaciones es idéntica a la del que afronta toda economía. En ambos casos, se trata de producir y hacer uso de la *información* necesaria para tomar las decisiones sobre cómo usar una dotación escasa de recursos. Por un lado, esta información se encuentra dispersa en manos de los participantes en mercados y organizaciones. Por otro, no es fácil de transferir, por lo que las decisiones han de ser descentralizadas en quienes la poseen o pueden obtenerla, y ello exige algún estímulo para que los decisores usen bien los recursos. Cuando la actividad económica consiste en intercambios de mercado, se emplean el sistema de precios como aparato informativo y los derechos de propiedad como motivadores automáticos. El sistema de precios valora los bienes; retribuye al decisor y titular del derecho de propiedad con los cambios de valor derivados de su actuación; y asigna cada recurso a quien lo valora en mayor medida.<sup>1</sup> En estas condiciones, la enajenabilidad del derecho de propiedad interioriza en el propietario las consecuencias que acarrearán sus decisiones. Se evita así de raíz el problema del control, siempre que la titularidad del derecho esté definida con precisión.

El problema es similar en las organizaciones, aunque en ellas el control no es automático. Por el contrario, ya inicialmente se enfrentan con un dilema de diseño, consistente en minimizar el coste total de la descentralización. Este coste tiene dos componentes de signo opuesto: El derivado de los errores motivados por información deficiente, que aumenta al centralizar las decisiones; y el que origina que quienes decidan no carguen, en principio, con las consecuencias, coste que aumenta al descentralizarlas. En todas las organizaciones se transfieren a los sujetos ciertos derechos a decidir, para producir y utilizar eficientemente la información. Ello exige sistemas artificiales para asignar los derechos de decisión. No se transfiere, en cambio, el derecho a vender: se ceden derechos de decisión, pero no su enajenabilidad. Se requiere también, por ello, un sistema artificial de control, cuya función primordial es conseguir que las consecuencias de las decisiones descentralizadas repercutan sobre los decisores. Cada organización necesita, pues, realizar en su seno funciones similares a las que el sistema de precios y los derechos de propiedad llevan a cabo de forma automática en el mercado: desarrollar mecanismos que dividan y asignen los derechos de decisión entre los distintos agentes, que los evalúen y que los retribuyan según su actuación.

---

<sup>1</sup> El papel central que representa el conocimiento en la organización económica fue destacado por Hayek (1945). El tratamiento del control organizativo en paralelo con el del mercado, destacando el papel de la enajenabilidad, ha sido desarrollado en Jensen (1983), y Jensen y Meckling (1984 y 1992-1995).

Desde esta perspectiva, los tres elementos esenciales de la estructura organizativa son así la distribución de derechos y responsabilidades, y la evaluación y compensación del rendimiento. En este trabajo se emplea esta concepción de la descentralización y el control organizativos como guía para sistematizar el examen de los problemas propios de la gestión de personal en la sanidad pública española. De este modo, cada una de sus secciones atenderá a las partes del problema así delimitadas. Pero antes de hacerlo, conviene señalar las restricciones específicas del caso u objeto de estudio.

## **I.2. RESTRICCIONES DE LA GESTIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA**

La asignación de derechos de decisión entre los participantes en la sanidad pública y los mecanismos utilizables para el control están restringidos, fundamentalmente, por la naturaleza profesional de la actividad y el carácter político de la institución. Como consecuencia de la primera, el médico es el decisor fundamental, al que se han de delegar gran parte de los derechos de decisión. Ello entra en conflicto con la incapacidad de las organizaciones públicas para controlar eficazmente actividades descentralizadas y su tendencia a utilizar procedimientos reglados.

El trabajo médico se caracteriza por su carácter artesanal, que condiciona en gran medida las posibilidades de control externo. Este carácter puede achacarse a la naturaleza intrínseca de la actividad; o cabe, alternativamente, verlo como una consecuencia del monopolio profesional, basado éste probablemente en la importancia y especificidad del capital humano necesario para ejercer la Medicina, propiedades ambas que reducen los costes de organización del oligopolio. Esta alternativa abre dos caminos a la reflexión en esta materia. En la medida en que sea válida la hipótesis monopolística, una reforma radical, que atacase el origen de que falle el mercado, requeriría eliminar las restricciones oligopolísticas (en especial, la reserva de actividad) y favorecer la renovación contractual y consiguiente industrialización de la actividad. Para ello, sería preciso someter la actividad médica a condiciones competitivas, generando procesos que probablemente subordinarían la función médica o de producción a la gerencial, mediante controles de gasto, evaluación sistemática de terapias y tecnologías, mecanización, etc.<sup>2</sup>

Sin embargo, en este trabajo son relevantes las características actuales de la actividad médica, pues éstas son las que condicionan a corto plazo la viabilidad de las políticas de control de la eficiencia. Se supone, en suma, una tecnología dada. En este sentido, la restricción

---

<sup>2</sup> Diversas pautas de organización de la sanidad estadounidense van rápidamente en esta dirección, desde la integración vertical a la proliferación de fórmulas contractuales del tipo de las franquicias. Véanse Wyke (1994, pp. 3-5), "The Birth of Universal Health, Inc" (*The Economist*, 26 de marzo, 1994, pp. 79-80) y "Back to the Apothecary" (*The Economist*, 7 de mayo, 1994, pp. 69-70).

tecnológica consiste en que el médico organiza discrecionalmente buena parte del flujo de producción y controla su trabajo, que efectúa con independencia de sus colegas y en contacto con el cliente.<sup>3</sup> La naturaleza de la actividad sanitaria determina así, en los términos del esquema general del control presentado previamente, que en la fase de “asignación de derechos de decisión” al médico le sean atribuidas competencias para decidir el destino de un gran volumen de recursos.

A estas propiedades, se une en nuestro caso el hecho de que el mercado presenta una circunstancia especial: ha sido nacionalizado. Como consecuencia, los médicos son funcionarios tanto o más que profesionales, y habrán de compartir sus eventuales beneficios monopolísticos con los demás participantes en el sector (otros trabajadores, directivos). Por ello, nuestra sanidad pública es también una realidad política. Lo es, no sólo porque el mercado sanitario es, como en todos los países, objeto especial de intervención, sino por lo radical de ésta, consistente en nacionalizar la producción y suprimir por entero los precios explícitos. Por ello, sus procesos de decisión están quizá más libres de los fallos propios del mercado comercial, pero, sin duda, más sujetos a las imperfecciones propias del “mercado político”.<sup>4</sup> Para evitarlas, el sector público ha ido adoptando, tanto en la gestión del personal como en otros ámbitos, pautas que, si bien a menudo se juzgan despectivamente, pueden interpretarse como soluciones eficientes a tales imperfecciones. Es éste el caso, en concreto, de diversas características del contrato de empleo funcional: su carácter vitalicio, la retribución reglada, el uso de escalafones, los procedimientos objetivos de selección o la generación de procesos autoselectivos constituyen soluciones *relativamente buenas* en el ámbito público. A menudo, se presentan los problemas de la sanidad pública como una lista de los males que padece *como consecuencia* de haber sido organizada con las pautas de la Administración Pública. Coherentemente, se buscan soluciones ajenas a ésta, olvidando que muchas de las características organizativas que parecen negativas y contradictorias con un funcionamiento eficiente puede que sean en realidad óptimas *dado su carácter público*. Se abordará aquí, por el contrario, una estrategia alternativa, consistente en reformar las pautas tradicionales de la Administración para adaptarlas al sector sanitario.

La eficiencia en la prestación pública de servicios sanitarios sufre, en suma, dos tipos de restricciones, causadas por las especiales condiciones de la oferta y de la demanda. Por un lado, buena parte de la oferta es profesional y no puede ser controlada por los procedimientos propios de la Administración pública. Por otro, la demanda es elástica, porque tiene valor en sí misma, a diferencia de la propia de muchos departamentos de la Administración pública tradicional. (a) Por el lado de la oferta, se trata de servicios *públicos*, por lo que están sujetos a los problemas de control que son propios de la Administración del Estado, derivados de la

---

<sup>3</sup> Lo que la sociología denomina “burocracia profesional”. Por ejemplo, Mintzberg (1988).

<sup>4</sup> Se ha analizado este asunto en varios trabajos previos (Arruñada, 1991, 1993b y 1995).

deficiente definición de los derechos de propiedad residuales;<sup>5</sup> y *profesionales*, por lo que presentan graves dificultades de supervisión, pues el ejercicio es controlado por el propio profesional. (b) En cuanto a la demanda, se trata de servicios *sanitarios* y que *tienen valor por sí mismos*. Como tales servicios sanitarios, padecen problemas de asimetría informativa, que, si bien se argumentan como justificación de la intervención estatal, ante los fallos que provocan en el mercado comercial, también agravan los problemas de asimetría informativa propios de la toma de decisiones en el mercado político. Por último, los servicios sanitarios tienen valor *per se*. El profesional contratado por el Estado difiere del funcionario en que este último generalmente no produce algo que es valioso por sí mismo para el usuario, sino que la demanda suele ser derivada de la de otros actos administrativos, y por tanto es relativamente inelástica. Por el contrario, la utilidad marginal del consumo de servicios públicos profesionales —sanidad, educación y, en menor medida, justicia— es positiva y su demanda elástica. Por este motivo, en los servicios públicos profesionales es más probable que usuario y proveedor suscriban pactos mutuamente beneficiosos a costa de los demás ciudadanos. Como consecuencia, la discrecionalidad que caracteriza la actividad profesional tiende a ser menos eficiente cuando ésta se desarrolla como servicio público.

---

<sup>5</sup> El papel de la indefinición de la titularidad residual de las organizaciones estatales, ha sido abordado en el contexto de las empresas públicas españolas por Ricart y Rosanas (1989).

## II. Asignación de derechos de decisión

Respecto a la primera fase del sistema de control, consistente en distribuir derechos de decisión, se analizan a continuación la evolución reciente y la situación actual de la estructura organizativa. Tras este análisis general, se profundiza en una materia que se ha juzgado central en los últimos años: el régimen jurídico, argumentando la *inconveniencia* de laboralizar el relativo al personal.

### II.1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Según el antiguo Reglamento de 1972, los hospitales públicos tenían una estructura organizativa muy simple, siendo dirigidos por un Director Médico, de quien dependían un Administrador y la Jefatura de Enfermería. Excepto este último cargo, los demás estaban ocupados por funcionarios del Instituto Nacional de Previsión (INP). Esta estructura es coherente con el carácter de sucursal prestadora de servicios asistenciales: el hospital era y es básicamente una fábrica o un conjunto de talleres, y es lógico que estuviera dirigido por el equivalente a un Director de Producción, con los servicios gerenciales mínimos, de índole administrativa. La información y coordinación se canalizaban mediante una Junta Facultativa, con labores asesoras y mayoría médica, de la que los Jefes de Departamento y Servicio eran vocales natos. La gestión de los recursos se basaba en una jerarquía bien definida de mandos intermedios, formada por los jefes de servicio, y con atribuciones amplias en la organización del personal médico, de enfermería y auxiliar.

A partir de 1978, se ha ido creando una nutrida estructura directiva, cuya eficacia es, cuando menos, dudosa. Desde 1985, está formada por una Gerencia y tres direcciones: Médica, de Enfermería, y de Gestión y Servicios Generales. Bajo éstas, se sitúan a su vez diversas subdirecciones. La Junta Facultativa ha pasado a ser asesora meramente en el control de la calidad. La evolución ha sido similar en asistencia primaria. En el modelo antiguo, cada ambulatorio estaba dirigido por un Director Médico funcionario, del que dependían un Administrador y la Jefa de Enfermería, con dos órganos colegiados, las juntas de Gobierno y Facultativa. Esta estructura se mantuvo hasta 1988. En el nuevo modelo se copió el organigrama de los hospitales, creando tres direcciones: médica, de enfermería, y de gestión y servicios generales. Además, para los centros de cada Área de Salud existe ahora una Gerencia específica, y sobre ellos actúan también diversos puestos y órganos asesores.

En los últimos años ha aumentado, pues, de forma notable el número e importancia de los puestos y tareas supuestamente directivas. Diversos indicios señalan un aumento correlativo de los gastos de gestión. En el terreno más general, se tiene que los gastos en administración del gasto sanitario público han crecido de manera rápida y sustancial en los años ochenta:



Tras caer desde el 3,77 por 100 de 1967 hasta un mínimo del 1,75 por 100 en 1983, suben hasta el 2,96 por 100 en 1988, con una diferencia de 1,21 puntos porcentuales (OECD, 1991). En cuanto a los centros hospitalarios, los datos de la *Estadística de Hospitales* muestran que en los hospitales públicos el número de directivos ha aumentado un 261 por 100 entre 1983 y 1990, a una tasa acumulativa anual del 14,7 por 100; y el de administrativos en un 154 por 100. Estos aumentos son superiores al crecimiento en el personal total (que crece un 31 por 100) y en diversos indicadores de actividad, como estancias e ingresos (Cuadro 1). El número de directivos por hospital ha pasado en esos años de 2,5 a 7,3, y el de administrativos de 36 a 62; mientras que el de empleados por directivo se redujo de 219 a 110. Los hospitales no públicos han incrementado sus dotaciones de directivos y administrativos, aunque a tasas menores y manteniendo dotaciones sustancialmente más reducidas. No cabe explicar, en este terreno, la diferente evolución de las dotaciones directivas y administrativas por diferencias en la dimensión relativa de los centros públicos y no públicos, pues esta última apenas varía. La evolución descrita coincide con aumentos sustanciales en la dimensión de los centros, por lo que pudiera interpretarse como indicio de que o no existen o no se ha sido capaz de aprovechar las economías de escala en el empleo de este tipo de recursos. No sólo sería de esperar que los públicos obtuvieran economías de escala en las funciones administrativas y gerenciales, como consecuencia de su mayor tamaño. Deberían también beneficiarse de que buena parte de sus costes administrativos —tesorería, por ejemplo— son soportados por otros organismos, así como de no necesitar, en principio, buena parte de las tareas administrativas y gerenciales, como las de facturación o financiación.

Estos cambios han merecido duras críticas, en el sentido de que sólo han servido para aumentar la burocracia, incluso por quienes los interpretan como un reforzamiento de la gestión (Elola, 1991, pp. 189-90). La valoración puede ser aún peor, si se les ve como la creación de estructuras burocráticas carentes, en realidad, de funciones directivas, pese al énfasis y redundancias con que se suelen denominar los cargos: por ejemplo, ha existido durante un tiempo el de “Dirección de la Gerencia”. A menudo, la única característica claramente directiva de su trabajo es el haberse liberado de obligaciones asistenciales. Es abundante la evidencia casuística sobre la tendencia de estos directivos a aislarse de los médicos y jefes de servicio, en un intento vano de gestionar mediante planes e indicadores. Por otro lado, quizá el mejor indicativo de su fracaso es la evolución negativa de la productividad de casi todo el personal, como se analiza en la Sección IV.1.

En paralelo con la puesta en pie de esta estructura directiva, se ha producido un doble proceso de *desjerarquización*. Por un lado, se ha devaluado la posición de los médicos en relación con la de otros trabajadores. Por otro, se ha reducido el papel de la jerarquía entre médicos. Adicionalmente, la capacidad formal de los profesionales para afectar las decisiones generales ha sido mermada, tanto en las decisiones centrales del sistema como en las de cada

centro, y, en especial, en los órganos colegiados de decisión.<sup>6</sup> Esta devaluación de la jerarquía profesional contradice la naturaleza profesional y médica de la actividad sanitaria. Si se tienen en cuenta las regularidades empíricas que presentan las organizaciones profesionales privadas, la estructura organizativa probablemente debe diferenciar en competencias, *status*, política retributiva y condiciones de trabajo a los médicos del resto de trabajadores.<sup>7</sup> Es cierto que estos y otros fenómenos de desprofesionalización de la sanidad son coherentes con la reducción del poder oligopolístico de los médicos. Sin embargo, el objetivo de estas reformas no parece haber sido el de reducir el carácter corporativo de la sanidad. En todo caso, en cuanto a sus resultados, más bien parece, por el contrario, que lo han aumentado, aunque quizá alterando el equilibrio entre grupos de trabajadores. Por un lado, se ha favorecido la organización y defensa de intereses de los trabajadores no médicos. Por otro, se han erigido nuevas barreras a la entrada, en forma de requisitos formativos y de *numerus clausus* en Enfermería y Medicina. Cabe interpretar que, más que reducir, se ha logrado *generalizar* el monopolio a todo el personal.

CUADRO 1. ÍNDICES DE DOTACIONES Y PRODUCTIVIDAD DE LOS DIRECTIVOS Y ADMINISTRATIVOS HOSPITALARIOS.

Fuente: Elaboración propia con datos del INE, *Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado*, varios años.

		1973	1978	1983	1987	1990	anual 73-90
Directivos por hospital	Públicos	1.71	2.00	2.51	4.11	7.31	8.92%
	No públicos	1.20	1.61	2.17	2.57	2.99	5.52%
Empleados por directivo	Públicos	133	202	219	152	110	-1.08%
	No públicos	51	58	60	56	54	0.43%
Estancias por directivo	Públicos	38,915	38,405	33,757	20,919	12,240	-6.58%
	No públicos	14,386	13,646	12,460	11,464	10,540	-1.81%
Ingresos por directivo	Públicos	1,986	2,348	2,326	1,613	1,038	-3.74%
	No públicos	929	1,045	942	857	808	-0.82%
Administrativos por hospital	Públicos	12	25	36	42	62	10.30%
	No públicos	3	5	8	8	10	8.22%
Estancias por administrativo	Públicos	5,693	3,058	2,347	2,069	1,446	-7.75%
	No públicos	6,835	4,413	3,213	3,556	3,261	-4.26%
Ingresos por administrativo	Públicos	290	187	162	160	123	-4.95%
	No públicos	442	338	243	266	250	-3.29%
<b>Factores de escala</b>							
Empleados por hospital	Públicos	226.75	404.62	550.60	623.81	806.37	7.75%
	No públicos	60.57	93.44	129.60	144.45	162.51	5.98%
Estancias por hospital	Públicos	66,587	76,980	84,694	86,032	89,530	1.76%
	No públicos	17,238	22,001	27,007	29,456	31,484	3.61%
Ingresos por hospital	Públicos	3,397.41	4,705.47	5,834.74	6,632.10	7,594.05	4.85%
	No públicos	1,113.73	1,684.22	2,041.58	2,202.70	2,413.16	4.65%
Escala relativa hospitales públicos/no públicos Multiplicador calculado como promedio de los ratios de personal, estancias e ingresos por hospital		3.55	3.54	3.41	3.42	3.65	0.16%

Una consecuencia importante de la desjerarquización de los jefes de servicio ha sido que perdieran importancia los sistemas implícitos de retribución por rendimiento, que ligan

<sup>6</sup> Se tratan estos asuntos con mayor detalle en Arruñada (1993b).

<sup>7</sup> Véase Fama y Jensen (1983). La participación profesional en la propiedad de las *Health Maintenance Organizations* estadounidenses apunta en el mismo sentido.

rendimiento y compensación mediante la distribución del trabajo —consultas vs. cirugía, por ejemplo—. La labor de los jefes de servicio en esta línea se ha visto coartada por el crecimiento de escalones y puestos directivos de extracción médica, y por la proliferación de actitudes centralizadoras y “puenteos” de los puestos jerárquicos. Su labor en este terreno no ha podido ser sustituida eficazmente por mecanismos más explícitos, como las primas de productividad, que se han demostrado inoperantes e incluso han tenido consecuencias perjudiciales (véase la Sección VI.1.2).

Otra consecuencia de la desjerarquización es que haya desaparecido la unidad de mando para la gestión de un buen número de recursos, desde las camas al tiempo de trabajo de cada empleado. Las enfermeras y otro personal no dependen ahora jerárquicamente de los jefes de servicio, sino de la Dirección de Enfermería; de modo que sobre un mismo proceso productivo coexisten al menos dos direcciones de producción: la médica y la de enfermería. Sería conveniente, en este sentido, restablecer la unidad de mando. Principalmente, porque la naturaleza de la actividad sanitaria gira sobre el médico y la estructura organizativa ha de adaptarse a esta simple realidad tecnológica. Por otro lado, aunque se desatendiera esta restricción fundamental, habría de considerarse que las soluciones matriciales son en general más complejas, lo que las hace más difíciles de dirigir, y es improbable que la sanidad pública cuente o pueda pagar suficiente talento directivo para ello. Por último, si se pretendiese instalar un sistema serio de centros de responsabilidad y retribución por rendimiento (de la que pende el grado de seriedad del sistema), sería preciso reducir el número de transacciones internas (como es, por ejemplo, la existente entre la división de enfermería y los servicios) y los consiguientes conflictos que generan.

## **II.2. TECNOLOGÍA CONTRACTUAL**

### **II.2.1. La elección del régimen jurídico**

La configuración del marco jurídico de la sanidad pública está sujeta a las dos restricciones —política y tecnológica— comentadas más arriba. Por un lado, tanto la funcionarización de las relaciones laborales como la reglamentación exhaustiva de la que aquella forma parte pueden tener como origen y causa determinante la mayor limitación de la Administración Pública para ejercer el control, y, quizá aun más, la dificultad del electorado para ejercer el control último a través de la elección política. El estatuto del “funcionario” se puede derivar así de la especial complejidad del control por parte del ciudadano para quien en última instancia trabaja. Sin embargo, por otro lado, el uso de pautas funcionariales suele considerarse inadecuado en muchas de las funciones que desempeña el Estado en los países desarrollados, y en especial, en buena parte de las que configuran el llamado “Estado del Bienestar”, consistentes no sólo en financiar, sino en proveer por sí mismo diversos servicios, ya sean sanitarios, educativos o de otro tipo. En otras palabras, el régimen laboral adecuado

del Estado depende tanto de las funciones que éste —y por consiguiente sus servidores— desempeñen, como de que, en cualquier caso, una de las partes del contrato es un agente político, con las peculiaridades que ello conlleva en términos de dificultades de control para el receptor de las consecuencias patrimoniales residuales.

Con independencia del instrumento jurídico que utilice, una dimensión crucial del problema laboral en el ámbito público es el grado en que ese instrumento permite o no que los trabajadores puedan aprovechar las deficiencias en los incentivos de los políticos que controlan su actuación. En teoría, pudiera pensarse que, por garantizar menos los empleos, la legislación laboral actual es más flexible y cuenta con mejores mecanismos de disciplina. Sin embargo, proporciona una buena plataforma para que los trabajadores del sector público extraigan rentas a los contribuyentes. Por el contrario, la contratación administrativa tradicional, si bien en teoría garantiza más el empleo, permite un mejor control político —y, en última instancia, electoral— de algunas dimensiones —en especial, del acceso, el nivel retributivo y los ascensos—. Desde este punto de vista, la opción entre régimen laboral o administrativo es poco importante, pues dentro de cualquiera de ellos caben configuraciones que proporcionan resultados diversos.

Desde un punto de vista evolutivo, es lógico que los regímenes jurídicos de tipo laboral o civil no se usen bien en el ámbito de la Administración: el que ésta no los haya venido empleando no hay por qué atribuirlo a su incompetencia, sino más bien a la inadecuación de aquéllos. Lejos de considerar a la Administración como incapaz de aplicar soluciones *obviamente buenas* conviene revisar dicha bondad. Hemos de esforzarnos por entender que su política tradicional está tal vez aceptablemente adaptada a los dos condicionamientos reiteradamente mencionados hasta aquí, como son sus funciones —restricción tecnológica— y/o a sus limitaciones —restricción política—. Cuál de ambos entendamos como más fundamental determinará buena parte de las conclusiones.

## **II.2.2. Opciones de diseño: Laboralización del personal**

En la actualidad, existe una multiplicidad sustancial de fórmulas contractuales, coexistiendo regímenes muy diversos, incluso dentro de una misma institución.<sup>8</sup> Con todo, domina el régimen “estatutario”, cuya entidad jurídica ha sido reconocida por las leyes de presupuestos

---

<sup>8</sup> Cabe distinguir, al menos: los trabajadores funcionarios (inspectores médicos), estatutarios (médicos especialistas o de primaria “en propiedad”), interinos (la mayor parte de los médicos de asistencia primaria contratados en los últimos años), laborales fijos, y laborales con contrato temporal (el personal facultativo en formación, ya sea MIR o FIR). En general, es posible el ejercicio del puesto en régimen de dedicación exclusiva o parcial. Existen, además, numerosas situaciones administrativas especiales, como son las excedencias, los traslados, y los cargos de libre disposición, así como las que son consecuencia de la integración del personal procedente de las redes asistenciales provinciales y municipales.

recientes y por la Ley 9/87, de órganos de representación. El régimen jurídico definido por los estatutos de personal es administrativo y supone de hecho la funcionarización de los trabajadores, con el agravante de que éstos tienen recurso y suelen acudir a la jurisdicción laboral ordinaria.

Las decisiones a tomar sobre el régimen jurídico del personal afectan a su homogeneidad y, sobre todo, a su carácter laboral. En principio, dicho régimen es competencia exclusiva del Estado. Sin embargo, no es necesario que sea uniforme para todo su ámbito. Al menos, debería permitir retribuciones diferentes, como se argumenta en la Sección IV.2.4. De modo similar, no conviene que sea común para todos los empleados. Por un lado, las empresas dedicadas a actividades profesionales suelen mantener relaciones estrictamente laborales sólo con los empleados no profesionales; mientras que la relación con los profesionales, y, en especial, con los más cualificados de entre ellos suele estar basada en pautas de control, retribución e incluso copropiedad o asociación que difieren profundamente en su naturaleza respecto a la relación laboral estándar. Por otro lado, convendría que una reforma basada en la recualificación de la función y el papel del médico tuviera como manifestación jurídica explícita la diferenciación de su actividad profesional de la del resto de trabajadores. Por último, la experiencia histórica apunta a que el Derecho Laboral quizá puede acoger mejor las actividades no profesionales; mientras que las de tipo profesional han tenido mejor encaje dentro del Derecho Administrativo. En el futuro, tampoco es descartable que los servicios profesionales se contraten crecientemente en el ámbito del Derecho Civil, como contratos de prestación de servicios.<sup>9</sup>

Existe una creencia bastante extendida de que conviene laboralizar la contratación de trabajadores. En los últimos años, se ha producido una contradicción desconcertante entre las declaraciones de que era deseable aplicar el régimen laboral y las decisiones funcionarizantes de la Administración mediante las leyes de presupuestos (artículo 34.4 de la Ley 4/90, de presupuestos), incompatibilidades (Ley 53/84) y órganos de representación (Leyes 9/87 y 7/90). Revisemos ahora varios argumentos e indicios empíricos que ponen en duda la conveniencia de laboralizar. Veremos que, no estando claros sus beneficios, el balance se inclina más bien contra las fórmulas laborales.

A menudo, es perceptible en algunos comentaristas una fe acrítica en las consecuencias que entrañaría el cambio en el régimen jurídico del personal. Se tiende a olvidar que existe una gran distancia entre las posibilidades que contiene cada régimen jurídico y la capacidad de los decisores públicos para aplicar efectivamente tales posibilidades. Y, lo que es peor, cuando se

---

<sup>9</sup> En nuestra sanidad pública tiene prevalencia absoluta el régimen de personal asalariado para todos los recursos humanos, pero esta pauta es rara dentro de la OECD, pues incluso en los países con servicios nacionales de salud se suele utilizar un régimen de contratación no laboral para los médicos generales y los especialistas no hospitalarios.

recuerda, se propone dotar a los decisores públicos de una discrecionalidad que resulta ineficiente por la incapacidad de controlarla. Cabe pensar que la mayor parte de los problemas que padece la gestión del personal en el sector público obedecen más a las restricciones políticas dentro de las que se mueven los decisores que a las posibilidades que les permite el ordenamiento jurídico y contractual. En otras palabras: las restricciones políticas “dominan” a las de tipo jurídico. El asunto se ve también afectado por el interés particular de los protagonistas. El de los gerentes está cerca de soluciones laborales, que incrementan su poder, al “agilizar” y descentralizar la contratación y las retribuciones. Sin embargo, es probable que esta agilización se consiga reduciendo las garantías propias de la contratación en el sector público, perjudicando potencialmente a los ciudadanos.

Numerosos indicios empíricos apuntan a que es dudoso que el sector público haya sido capaz de hacer un uso más eficiente de los recursos humanos bajo un marco laboral del que ha alcanzado dentro del modelo administrativo: Por el contrario, no mejora la productividad, pero sí aumenta el gasto, al ser necesario un período transitorio con incentivos al cambio de régimen. Las principales experiencias que apuntan a que la laboralización no mejora la productividad son las siguientes: (1) Las empresas públicas, que siempre han tenido régimen laboral, sin que ello haya evitado una gestión rígida de sus recursos humanos. Suelen conceder a sus trabajadores todo tipo de beneficios por encima de los establecidos en la regulación laboral. Ésta no parece ser una restricción operativa para ellas. (2) La contratación administrativa, que proporciona incluso posibilidades de contratación laboral más flexible que el actual régimen laboral: contratos temporales sin indemnización, por ejemplo. (3) Los hospitales públicos con régimen total o mayormente laboral —los clínicos, los de la Cruz Roja, los de la extinta AISNA y la Fundación Jiménez Díaz—, cuya situación no apoya el que este régimen favorezca por sí mismo la eficiencia. (4) Los hospitales catalanes, que han firmado un convenio marco que obliga incluso a todos los hospitales que conciertan, y que, amén de rígido, establece salarios muy superiores a los del resto del país.<sup>10</sup> (5) El escaso uso por las Administraciones Públicas de las ventajas que proporciona la contratación temporal. (6) El que la subcontratación de servicios no suela proporcionar mejoras sustanciales de productividad o costes,<sup>11</sup> lo que es importante no sólo como referencia para la laboralización,

---

<sup>10</sup> Es frecuente la extensión de los acuerdos sobre condiciones salariales y de trabajo a los centros concertados del Sistema Nacional de Salud. Así ha ocurrido en Cataluña, y con el pacto sobre carrera profesional alcanzado en Navarra (CESM, 1994, pp. 77 y 103). Este fenómeno indica que no sólo importa poco la forma jurídica del contrato, sino que incluso puede ser irrelevante quién lo firma, si se sobreentiende que detrás de los centros concertados está el erario público garantizando su solvencia.

<sup>11</sup> No procede distinguir la que se efectúa para centros nuevos —que se dice proporciona mejores resultados— de la que ha de cargar con el personal antiguo en centros ya existentes, puesto que la laboralización del personal actual sería una experiencia similar a las del segundo tipo. La posibilidad de obtener mejoras de productividad y costes por esta vía sufre

sino para experiencias como el “Contrato cooperativo”, que vendrían a ser una forma especial de subcontratar el núcleo de la actividad.

Adicionalmente, hay varios motivos para pensar que la laboralización incrementa el gasto. Por un lado, en el corto plazo, los cambios en la naturaleza jurídica de la relación contractual de los empleados públicos —por ejemplo, el paso del régimen estatutario al laboral— suelen ocasionar incrementos retributivos para los afectados; así como aumentos en el empleo, al optar algunos de ellos por permanecer en la Administración.<sup>12</sup> Para suavizar la introducción de cambios de estatuto jurídico y reclasificaciones de categorías, se suele producir un doble fenómeno de equiparación al alza, de los que proporciona numerosas ilustraciones la fusión de escalas retributivas que tiene lugar tras la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas.<sup>13</sup> Por otro lado, la laboralización puede generar subidas a largo plazo. No sólo los indicios casuísticos apuntan en los últimos años a que las mejoras retributivas y de condiciones de trabajo de los empleados laborales de las administraciones y empresas públicas han sido mayores que las de los funcionarios. Lo que es más importante, parece que dentro del sector público la preferencia por el régimen laboral podría ser consecuencia más del deseo de escapar a las restricciones a que está sujeta la creación de nuevos empleos que de objetivos racionalizadores.<sup>14</sup>

---

limitaciones importantes como consecuencia de las disposiciones hoy asociadas a la Directiva 77/187/CEE de 1977 sobre mantenimiento de los derechos de los trabajadores en caso de traspaso de empresas o centros de actividad. Es probable una revisión de este texto legal como consecuencia de diversas interpretaciones de carácter extensivo por parte del Tribunal Europeo de Justicia (“Major Setback”, *The Economist*, 11 de junio, 1994, p. 34).

<sup>12</sup> Véase el Borrador del libro blanco sobre la gestión económico-financiera del gasto público en España, Capítulo dedicado a recursos humanos, Madrid, 1993, p. 203.

<sup>13</sup> Por ejemplo, el personal del Servicio Vasco de Salud ha sido clasificado en sólo 15 categorías, lo cual hizo necesario ajustar sus salarios tanto al alza en unos casos como a la baja en otros. La diferencia entre ambos tipos de ajustes es que sólo se han efectuado, mediante complementos de homologación, los que suponen incrementos de retribuciones. Por el contrario, los ajustes a la baja se evitan mediante complementos personales que cubren la diferencia.

<sup>14</sup> Según el Libro Blanco sobre la gestión del gasto público, “[l]os excesos de uniformismo y centralización explican las tendencias centrífugas hacia formas organizativas más flexibles”. Por ello, los entes públicos suelen contar sólo con personal laboral; ni sus relaciones de puestos de trabajo ni las retribuciones de sus directivos están sujetos a aprobación por la Comisión Ejecutiva de la Comisión Interministerial de Retribuciones (CECIR); y sus vacantes no se cubren a través de la oferta de empleo público. Siguiendo una moda peligrosa, este texto señala el coste del sistema convencional en términos de uniformismo y centralización (pp. 210-1), pero no valora que la posibilidad alternativa pone en peligro la disciplina presupuestaria, como señala el descontrol del gasto en muchos de estos entes.

### III. Evaluación del rendimiento

En cuanto a la evaluación del rendimiento en la sanidad pública, se ha tratado en otro trabajo (Arruñada, 1993) uno de los fenómenos principales de los últimos años, como es el énfasis que se ha puesto en desarrollar sistemas de evaluación, sin que se haya observado una correspondencia con la asignación de derechos de decisión ni de la capacidad necesaria para recompensar el rendimiento así evaluado. No es necesario reiterar dicho análisis, pero sí conviene complementarlo, examinando tres políticas adicionales de evaluación. En primer lugar, se tratarán dos de las relativas a la selección del personal: la existencia de *numerus clausus* y la descentralización de las decisiones de contratación; para terminar comentando las dificultades de la evaluación subjetiva.

#### III.1. RESTRICCIONES A LA OFERTA DE PERSONAL: *NUMERUS CLAUSUS*

En materia laboral, la sanidad pública es un contratante peculiar, por cuanto, además de tener capacidad para influir en la oferta de trabajo cualificado, ha utilizado esta capacidad para restringirla, en lugar de expandirla. El hecho de que las autoridades sanitarias se preocupen por un número excesivo de médicos o enfermeras podría parecer en principio insólito: Como comprador de servicios médicos, cuanto mayor sea su oferta menos costoso le resultará contratarlos. Su preocupación puede indicar tanto un cierto grado de captura por parte de los intereses profesionales como el deseo de evitar presiones políticas para la contratación de un número excesivo de profesionales. Dos indicios en favor de la primera de estas hipótesis son, por un lado, que el decisor político no pagaría las consecuencias de la eventual presión contratante, sólo realizables tras un lapso temporal más largo que el horizonte político habitual. Por otro lado, y aunque el desempleo sanitario condujese a una mayor tasa de contratación, ésta podría hacerse a salarios más bajos, al menos en el largo plazo, atenuando el efecto negativo de la contratación sobre el gasto.

Sea cual sea la causa del *numerus clausus*, interesa apuntar dos de sus consecuencias. Por un lado y considerando que la oferta de trabajo sanitario depende de los salarios esperados y del coste de la educación, y que este último se encuentra subvencionado, al introducir *numerus clausus*, al Erario público le es más difícil recuperar en forma de menores salarios el valor de la subvención educativa. Por este motivo, es probable que el *numerus clausus* encarezca los *inputs* sanitarios. Y ello sin que proporcione siquiera ahorros en el presupuesto de Educación, pues tras su introducción no se ha observado reducción alguna en la plantilla o el número de las facultades de Medicina.<sup>15</sup> Puede alegarse que el *numerus clausus* ahorra costes privados,

---

<sup>15</sup> En los 10 años previos a la introducción del *numerus clausus* en el curso 1977-1978, el número de profesores de las Facultades de Medicina creció en un 145 por 100, de 1.571 a



pues al fijar el número máximo de estudiantes reduce los recursos que éstos dedican a capturar las rentas asociadas al carácter gratuito de la educación. Sin embargo, esta reducción simplemente se traslada de carrera, hacia aquellas otras con menor selectividad.

Por otro lado, la involuntariedad en la selección de los estudios de medicina y enfermería, y, hasta cierto punto, en las especialidades médicas, resta importancia al componente vocacional en la motivación hacia el trabajo. Este sesgo parece aún más fuerte en el caso de la enfermería, al tener en cuenta que las calificaciones mínimas de selectividad necesarias para iniciar su estudio son de las más elevadas de la universidad española (un buen número de estudiantes las evita gracias a que ha terminado previamente otra carrera). Que los mejores estudiantes de hoy compongan la medicina y enfermería del futuro es un problema grave. Por un lado, sus funciones no requieren —sobre todo la enfermería— el capital humano de primera línea que en la actualidad está estudiando esta profesión. Por otro, ésta requiere unas condiciones que están poco relacionadas con la superación de exámenes. Este efecto perverso de la selectividad es coherente con el escaso interés que se dice muestran últimamente los estudiantes de ambas carreras por la enseñanza práctica.

### III.2. DISCREPANCIA EN EL CONTROL DE EMPLEO Y SALARIOS

Durante los años ochenta y considerando la evolución de los salarios oficiales y del número de empleos, parece que la sanidad pública ha sido más capaz de controlar los salarios que la contratación, los precios que las cantidades de trabajo. En esta sección se tomará este fenómeno como un dato, si bien caben dudas sobre su magnitud e incluso sobre su realidad.<sup>16</sup> La anomalía consiste en que *simultáneamente* se controlen los salarios y se disparen las contrataciones de nuevo personal. Veremos que, para explicarla, es suficiente que (a) la

---

3.854, y siguió aumentando más despacio en los años posteriores. Así, en el curso 1987-1988, había aumentado en un 80 por 100, alcanzando la cifra de 6.938, mientras que el de todas las facultades universitarias lo había hecho sólo en un 70 por 100 respecto al curso 1977-1978. Consiguientemente, y pese al aumento de la matrícula, el número de alumnos por profesor, que había sido superior a 25 en los primeros años sesenta, sólo asciende en los años de máxima matrícula (21,5 en 1977), para caer a niveles muy bajos a finales de los ochenta (5,9 en 1989), al contrario que en las demás facultades, donde se mantiene cerca de 20 desde la segunda parte de los años setenta. (Datos procedentes del *Anuario Estadístico de España*, I.N.E., Madrid, varios años).

<sup>16</sup> La observación empírica puede ser engañosa, por depender de cómo se miden ambas variables, precio y cantidad. Si se ha producido un descenso importante de los horarios de trabajo reales (como indican algunos fenómenos, tales como los cambios en el tratamiento de las guardias o el descenso de los indicadores de productividad), es posible que la retribución por unidad de esfuerzo no haya descendido e, incluso, que la cantidad total de trabajo no haya aumentado, pese a haberlo hecho el número de trabajadores. Adicionalmente, buena parte del incremento del empleo se concentra en actividades no sanitarias, cuya productividad es incluso más cuestionable.

organización tienda al sobreempleo y (b) exista mayor control de los salarios que del empleo.<sup>17</sup>

a) La tendencia al sobreempleo se deriva de varias condiciones. Por un lado, (2) es inherente a todas las estructuras organizativas configuradas como “centros de gasto discrecional”<sup>18</sup>. En estos centros, los clientes —ya sean internos o externos a la organización— no pagan directamente por los servicios que reciben. En esa tesitura, son los propios clientes quienes sirven los intereses de los proveedores en demandar más servicios y por tanto un crecimiento de los centros. La evolución discontinua del control del gasto, en la que se suceden fases de contención e inflación, es típica en todas estas burocracias, tanto estatales como empresariales. (2) Por otro lado, los responsables de los centros se benefician de incrementar el empleo porque ello les reporta la satisfacción de dirigir a más personas; les permite contentar a sus subordinados con ascensos y crecimiento organizativo; y, en este caso, les proporciona sobre todo oportunidades para apropiar y transferir riqueza más o menos discrecionalmente, puesto que muchos nuevos puestos de trabajo retribuyen por encima del salario de oportunidad. (3) Por último, la independencia entre la retribución y la carga de trabajo hace que los trabajadores ya empleados tengan interés en aumentar el empleo, pues ello les permite reducir su esfuerzo. Es probable que estas tres condiciones que favorecen el sobreempleo se cumplan en el caso de la sanidad pública y a lo largo de este trabajo se señalarán varias pruebas empíricas de ello.<sup>19</sup>

b) En cuanto al control, se tiene que posiblemente la capacidad del decisor central para contener los dos factores de gasto —cantidad o empleo y precios o salarios— es muy diferente y mucho mayor respecto a los salarios que al empleo. Varios indicios apuntan en esta dirección. Las decisiones de salarios parece que han estado más centralizadas que las relativas al empleo, y —en menor medida— a las condiciones de trabajo —sobre todo a su cumplimiento—. Posiblemente, ello obedece a que es más difícil controlar desde el centro si efectivamente se necesitan o no trabajadores adicionales que si a esos u otros trabajadores se les paga un determinado incremento de sueldo. Da una idea de los problemas de información

---

<sup>17</sup> López Casanovas (1992 y 1993) relaciona causalmente el aumento del empleo con la contención salarial en sentido opuesto al que aquí se defiende, considerando que la congelación salarial genera insatisfacción, y que ésta provoca descensos de la productividad que hacen a su vez necesario aumentar el empleo.

<sup>18</sup> Véase una introducción general en Arruñada (1990, Cap. 11) y, para un intento de aplicación al ámbito sanitario, Arruñada (1993a).

<sup>19</sup> Es probable que la sanidad pública tenga un volumen de empleo muy superior al que sería necesario en condiciones ideales. Si, como se argumenta más abajo, el horario real medio de los médicos de hospital es de unas 24 horas semanales, la tasa de sobreempleo estaría cercana al 50 por 100, o sería aun mayor si se tuviese en cuenta que la tasa de utilización óptima de un profesional, como la de todo bien de capital, suele ser muy superior, alcanzando en el ámbito privado las 50 ó 60 horas semanales.

existentes para las decisiones de cantidad el que no sea conocido el número de empleados, no ya por algún organismo central, sino incluso por algunos hospitales.

Esta explicación basada en la capacidad diferencial de control requiere que existan intereses opuestos entre los decisores, según el grado en que cargan con los costes y disfrutan los beneficios de cada política. Según los casos, esta oposición de intereses se puede establecer entre escalones jerárquicos diversos, según como se asignen las responsabilidades presupuestarias. Así, como autoridades centrales pueden figurar en distintos casos el Ministerio de Hacienda o bien la sede central del Insalud, o los servicios autonómicos, o incluso las gerencias hospitalarias si sus presupuestos fuesen rígidos. Consiguientemente, también las autoridades periféricas varían, yendo desde el Ministerio de Sanidad a los gerentes provinciales u hospitalarios. La discrepancia de intereses se basa en que el responsable periférico, que no carga con el gasto, se beneficia de incrementarlo y lo hace en aquellas variables que puede manejar, como son el empleo y las condiciones de trabajo. En esta situación, es de esperar que a lo largo del tiempo la responsabilización por el gasto total vaya descendiendo desde Hacienda a Sanidad, Insalud y hospitales (o sus equivalentes autonómicos), a medida que quienes representan el papel periférico van defraudando las expectativas presupuestarias de sus jefes correspondientes.

La recomendación que se desprende de este análisis es la de responsabilizar a la misma unidad jerárquica de todas las decisiones que influyen en el gasto. Si es imposible controlar centralmente las decisiones de empleo, el decisor periférico ha de ser responsable del gasto total. Alternativamente, si el sistema se responsabiliza centralmente del gasto —ya sea su responsable el Insalud u otro proveedor, el Ministerio de Sanidad o el de Hacienda— tanto las decisiones de salarios como las de empleo han de estar centralizadas. En contra de esta última posibilidad, se argumenta que al centralizar la contratación tardan en cubrirse los puestos vacantes y consiguientemente aparecen déficit de capacidad, pues el conocimiento de variables locales es importante para ajustar la oferta a la demanda. Es posible que así ocurra, pero ello no significa que se resienta necesariamente la capacidad real de servicio, que es en buena parte autorregulada por los participantes ajustando su esfuerzo. Además, puede existir un sesgo en la percepción de las consecuencias de esta política: los costes en términos de rigidez son quizá más visibles que los causados por la descentralización del empleo, y los directivos periféricos tienen interés en destacar los primeros sobre los segundos. Tampoco parecen existir grandes ventajas de información que justifiquen la descentralización de estas decisiones, pues, al tratarse de trabajadores profesionales, existe relativamente un elevado grado de intercambiabilidad. En esta materia, no es casual que la centralización del empleo haya sido la pauta tradicional de las administraciones públicas, convocando ofertas de ámbito nacional. Así mismo, las universidades proporcionan un ejemplo reciente y aleccionador de las consecuencias perversas que ha entrañado romper con dicha pauta. Por todo ello, sólo en

condiciones como las señaladas convendría separar las decisiones de acreditación y contratación, asignándolas a instancias respectivamente centralizadas y descentralizadas.<sup>20</sup>

### III.3. EVALUACIÓN SUBJETIVA Y OBJETIVA

La evaluación del rendimiento puede ser más o menos objetiva, según el grado en que se empleen indicadores cuantitativos para medirlo. En general, la evaluación objetiva domina en aquellas situaciones en que las variables relevantes del rendimiento son de tipo cuantitativo y fáciles de medir a corto plazo, siendo por tanto poco importante el deterioro que suele generar en las dimensiones cualitativas. Por ello, cuando estas últimas son importantes, se tienden a usar fórmulas de evaluación que, por emplear juicios subjetivos, permiten ponderar mejor tales efectos cualitativos, así como estimar y tener en cuenta las consecuencias que sólo son observables en el largo plazo.

Las restricciones tecnológica y política de la sanidad pública constriñen las posibilidades de diseño en este campo. En cuanto a la restricción tecnológica o profesional, se tiene que en la actividad sanitaria son fundamentales variables de índole cualitativa, por lo que habría de tener un papel importante la evaluación subjetiva del rendimiento. Sin embargo, la restricción política actúa en dirección opuesta, favoreciendo evaluaciones objetivas, que no permitan al evaluador aprovechar en beneficio propio la mayor discrecionalidad asociada a la evaluación subjetiva. Observamos así el predominio de ésta en los procesos de evaluación, tanto en la entrada como en el ejercicio. En cuanto a la entrada, en el ámbito público domina un sistema de decisión basado en un criterio relativamente objetivo, como es la formación de los aspirantes sobre contenidos preestablecidos. En cuanto al ejercicio, prevalecen sistemas automáticos que, en determinadas condiciones, al retribuir la antigüedad, desincentivan la rotación y el fraude.

En la sanidad pública no se respetan las pautas propias de la Administración, pues tanto la selección de entrada como el nombramiento de puestos directivos se efectúan con criterios

---

<sup>20</sup> Por ejemplo, la Subcomisión de personal sanitario del informe Abril aconsejó separar, por un lado, tanto la acreditación o habilitación profesional como los ascensos de categoría; y, por otro lado, la adjudicación de los puestos de trabajo, descentralizando esta última en cada centro hospitalario o de salud. El Tribunal estatal de acreditación tendría como funciones las de valorar los méritos, realizar las pruebas de acceso, habilitar a los profesionales y decidir sus ascensos en una escala de tres o cuatro categorías profesionales o *niveles*. Se distinguiría, pues, entre la habilitación inicial decidida enteramente por el Tribunal y los ascensos que, aun siendo también decididos por el Tribunal, serían solicitados y “garantizados” por los centros donde se trabajase. El ascenso de nivel comportaría automáticamente el reconocimiento administrativo y económico, con independencia del puesto desempeñado. La contratación se delegaría a cada centro, donde la decidiría un comité tripartito, formado por representantes de la dirección, la jefatura de la unidad técnica del puesto y representación *no sindical* del grupo profesional (médicos, enfermeras, etc.).

relativamente subjetivos; y la retribución por antigüedad ha perdido la importancia que tuvo en un principio, amén de haberse relajado el régimen disciplinario. Adicionalmente, se utilizaron en el pasado y han vuelto a ganar aceptación recientemente las funciones retributivas por carga de trabajo, que suponen implícitamente una forma objetiva de evaluar el rendimiento, tanto si la unidad de pago es la cartilla o la tarjeta sanitaria, el número de intervenciones quirúrgicas o el de horas de guardia.

#### IV. Nivel retributivo

El análisis de la compensación retributiva se descompondrá en tres partes: el de su importe o *nivel*; el de su *composición*; y el de la *función* retributiva, entendida esta última como la relación entre la compensación y el rendimiento estimado del empleado. Se tratan estas partes en las tres secciones siguientes. Respecto a la primera de ellas, se tiene que el nivel retributivo afecta la elección de empleo por el trabajador y la calidad y cantidad de trabajadores que puede contratar un empleador. En el sector público, su determinación es complicada, porque se carece de equivalentes exactos y los salarios de mercado proporcionan por ello escasa información. Tras examinar el peso de los gastos de personal, se abordarán aquí tres cuestiones: la adecuación absoluta y relativa, y la determinación del salario.

##### IV.1. IMPORTANCIA Y EVOLUCIÓN DE LA RETRIBUCIÓN DEL PERSONAL

Los salarios son el gasto fundamental de la sanidad pública. Baste señalar que representaban en 1987 el 50,47 por 100 del gasto sanitario público, y el 75,50 por 100 del consumo público (definido como gasto total menos prestaciones, transferencias y gasto de capital); ocasionando el 72,19 por 100 del coste total de los servicios hospitalarios, y el 86,11 por 100 del de los ambulatorios (Cuadro 2). Además de ser la partida más importante, su participación en el gasto total está creciendo, aunque no su peso dentro del coste de los servicios hospitalarios y ambulatorios. También ha crecido sustancialmente en valor absoluto. En pesetas constantes, lo ha hecho un 64,55 por 100 tan solo entre 1980 y 1990.<sup>21</sup>

CUADRO 2. EVOLUCIÓN DE LOS COSTES DE PERSONAL DE LA SANIDAD PÚBLICA  
Fuente: Elaboración propia con datos de Barea (1992, pp. 139 y ss.; 1993, p. 16).

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990
	M. Ptas. corrientes							Estructura porcentual						
Remuneraciones del personal	2,917	8,836	26,078	100,113	346,807	667,570	1,378,266	47.0%	47.4%	40.8%	43.8%	50.5%	51.5%	50.5%
Servicios hospitalarios	1,107	3,225	9,776	51,176	219,726	438,947	931,891	17.8%	17.3%	15.3%	22.4%	32.0%	33.9%	34.1%
Servicios ambulatorios	1,554	4,540	14,476	43,273	113,623	200,841	360,604	25.0%	24.4%	22.7%	18.9%	16.5%	15.5%	13.2%
Salud pública	29	22	201	457	723	827	25,404	0.5%	0.1%	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.9%
Investigación					299	1,264	4,658					0.0%	0.1%	0.2%
Administración general	227	1,049	1,626	5,207	12,435	25,690	55,709	3.7%	5.6%	2.5%	2.3%	1.8%	2.0%	2.0%
Gastos no de personal	3,286	9,798	37,763	128,398	339,754	627,842	1,352,599	53.0%	52.6%	59.2%	56.2%	49.5%	48.5%	49.5%
Consumos intermedios	1,839	3,352	7,122	25,626	79,100	169,242	432,446	29.7%	18.0%	11.2%	11.2%	11.5%	13.1%	15.8%
Consumo de capital fijo	24	66	521	2,562	6,467	12,519	14,909	0.4%	0.4%	0.8%	1.1%	0.9%	1.0%	0.5%
Prestaciones sociales	853	3,775	23,765	83,151	228,184	392,864	762,702	13.8%	20.3%	37.2%	36.4%	33.2%	30.3%	27.9%
Transferencias corrientes	76	139	94	242	476	5,224	19,354	1.2%	0.7%	0.1%	0.1%	0.1%	0.4%	0.7%
Gasto de capital	494	2,468	6,262	16,816	25,527	47,994	123,188	8.0%	13.2%	9.8%	7.4%	3.7%	3.7%	4.5%
Gasto público total	6,203	18,634	63,841	228,510	686,561	1,295,412	2,730,865	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	M. Ptas. de 1990							Indices (1980=100)						
Remuneraciones del personal	11,129	115,030	258,320	563,186	837,605	912,568	1,378,266	6.1%	13.7%	30.8%	67.2%	100.0%	108.9%	164.5%
Servicios hospitalarios	19,403	41,981	96,835	287,890	530,682	600,041	931,891	3.7%	7.9%	18.2%	54.2%	100.0%	113.1%	175.6%
Servicios ambulatorios	27,230	59,106	143,393	243,430	274,422	274,550	360,604	9.9%	21.5%	52.3%	88.7%	100.0%	100.0%	131.4%
Salud pública	512	286	1,989	2,571	1,746	1,131	25,404	29.3%	16.4%	113.9%	147.3%	100.0%	64.7%	1454.8%
Investigación					721	1,728	4,658							
Administración general	3,985	13,656	16,103	29,294	30,034	35,119	55,709	13.3%	45.5%	53.6%	97.5%	100.0%	116.9%	185.5%

<sup>21</sup> Todos estos datos proceden de Barea (1992, 1993).

En años recientes, el aumento del gasto de personal está causado tanto por aumentos de las plantillas como de las retribuciones nominales. Ello se corresponde en parte con el aumento de la cobertura, pero también refleja hipotéticos aumentos de calidad y/o descensos sustanciales de la productividad laboral. En cuanto a la evolución de la productividad (Cuadro 3), ésta es, en general, decreciente.<sup>22</sup> Así, entre 1973 y 1990, parece haberse reducido la productividad de todo el personal de los hospitales públicos, quizá con la sola excepción de los médicos: (a) Los ratios de estancias e ingresos por empleado descienden durante este período a unas tasas anuales acumulativas del 5,56 y 2,69 por 100 en los hospitales públicos frente a unas caídas del 2,24 y 1,25 por 100 en los no públicos. (b) El número de pacientes ingresados por médico aumentó notablemente entre 1973 y 1978, para descender entre 1978 y 1983 y permanecer constante entre 1983 y 1990, y ello gracias, en gran parte, a cambios tecnológicos ajenos a su dedicación. (c) La productividad del personal de enfermería, tanto titulado como auxiliar, y medida como número de estancias por enfermera, cae a la mitad entre 1973 y 1983 y sigue reduciéndose, aunque más lentamente, entre 1983 y 1990. Por su parte, la productividad de la asistencia primaria también se ha reducido de modo notable tras la reforma que dio lugar a la creación de los centros de salud. (Véase la Sección VI.1.3).

CUADRO 3. ÍNDICES DE PRODUCTIVIDAD HOSPITALARIA.

Fuente: Elaboración propia con datos del INE, *Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado*, varios años.

		1973	1978	1983	1987	1990	anual 73-90
Estancia media	Públicos	19.60	16.36	14.52	12.97	11.79	-2.95%
	No públicos	15.48	13.06	13.23	13.37	13.05	-1.00%
Estancias por empleado	Públicos	294	190	154	138	111	-5.56%
	No públicos	285	235	208	204	194	-2.24%
Ingresos por empleado	Públicos	14.98	11.63	10.60	10.63	9.42	-2.69%
	No públicos	18.39	18.03	15.75	15.25	14.85	-1.25%
Estancias por médico	Públicos	1,883	1,542	1,234	1,049	828	-4.71%
	No públicos	946	1,006	786	700	676	-1.96%
Ingresos por médico	Públicos	116.62	139.89	117.99	124.87	127.25	0.51%
	No públicos	61.13	76.98	59.43	52.34	51.83	-0.97%
<b>Índices ponderados de productividad médica:</b>							
Índice ponderando estancias al 40% e ingresos al 60%	Públicos	100.0%	104.7%	86.9%	86.5%	83.1%	-1.09%
	No públicos	100.0%	118.1%	91.6%	81.0%	79.5%	-1.34%
Índice ponderando estancias al 10% e ingresos al 90%	Públicos	100.0%	116.1%	97.6%	101.9%	102.6%	0.15%
	No públicos	100.0%	124.0%	95.8%	84.5%	83.5%	-1.06%
Estancias por enfermera	Públicos	1,342	746	575	496	397	-6.91%
	No públicos	2,007	1,431	1,150	1,094	1,046	-3.76%
Ingresos por enfermera	Públicos	68	46	40	38	34	-4.09%
	No públicos	130	110	87	82	80	-2.79%
Estancias por auxiliar enferm.	Públicos	1,184	718	570	544	452	-5.51%
	No públicos	1,268	874	848	886	772	-2.87%
Ingresos por auxiliar enferm.	Públicos	60	44	39	42	38	-2.64%
	No públicos	82	67	64	66	59	-1.89%

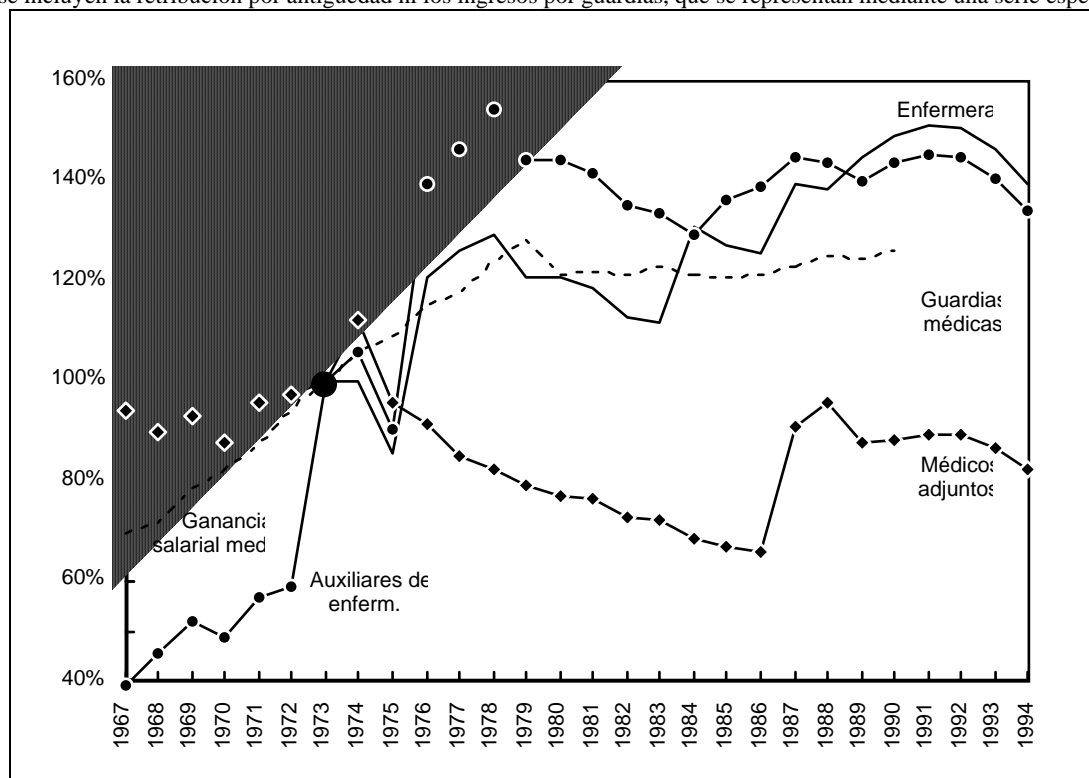
<sup>22</sup> Diversos autores coinciden en esta apreciación. Por ejemplo, Elola (1991, p. 164-5) y López Casanovas (1993, p. 58, con datos en p. 61).

En cuanto a las retribuciones,<sup>23</sup> no es fácil hacerse una idea de su evolución, debido a que están formadas por varios componentes fijos y variables, y a que el importe de algunos de estos últimos es desconocido. Es preciso distinguir, al menos: la evolución de los salarios oficiales, definidos en términos fijos anuales; la de la antigüedad; la compensación implícita asociada a una posible reducción del esfuerzo debida a la reducción del tiempo de trabajo; y posibles incrementos en la cantidad de trabajo que se retribuye de forma variable, como son las guardias y las “peonadas” o destajos quirúrgicos. Se analizará aquí el primero de estos elementos, mientras que los demás serán objeto de secciones posteriores. La Figura 1 refleja la evolución de los salarios reales de las categorías más representativas del personal hospitalario del Insalud. Se observa que han aumentado los de la enfermería, por encima incluso de la ganancia salarial media, y que se ha reducido el de los médicos, aunque no al considerar la retribución efectiva de las guardias (véase al respecto la sección V.1.4). Se observan también importantes discontinuidades, como las subidas de enfermería en los años setenta o la de los médicos en 1978.

FIGURA 1. ÍNDICES DE SALARIOS REALES DEL PERSONAL (1973=100)

Notas: Elaboración propia con datos de salarios oficiales proporcionados por el INSALUD.

No se incluyen la retribución por antigüedad ni los ingresos por guardias, que se representan mediante una serie específica.



<sup>23</sup> El aumento retributivo se produce tanto por subidas salariales, como por consecuencia indirecta de diversas políticas, como la jerarquización de médicos; la incorporación del personal de los hospitales clínicos; la creación de puestos directivos; el nuevo modelo de atención primaria; y la reorganización periférica del INSALUD (Ruiz, 1990, pp. 38-9).



La comparación en el tiempo de los sueldos en asistencia primaria es problemática, debido a que la reforma supuso el paso de un régimen de retribución variable basada en el cupo de cartillas a otro de retribución eminentemente fija. Cabe señalar, no obstante, que en 1993 el salario de un médico general de equipo de atención primaria, en pesetas de poder adquisitivo constante, podía ser inferior o superior al que percibían los médicos generales de cupo en 1978, según cuál fuese el número de titulares que éstos atendiesen: Era superior en un 52,43 por 100 al que tenía un médico general en zona con servicio de urgencia y 650 titulares de régimen general y 100 de régimen agrario, y en un 35,39 por 100 al de un médico de zona rural con los mismos titulares; sin embargo, era inferior en un 15,77 por 100 y un 21,24 por 100 si los titulares respectivos eran 1.500 y 200. Proporciona otro indicio la retribución de los médicos en servicios de urgencia, puesto que percibían un salario fijo en los dos años considerados, el cual se ha incrementado en un 16,82 por 100. Algo similar cabe decir de los ATS, pues sólo han logrado incrementos retributivos sustanciales, entre el 15 y el 24 por 100, si se les compara con los de bajo número de titulares.

## **IV.2. ADECUACIÓN DEL NIVEL RETRIBUTIVO**

### **IV.2.1. Valoración absoluta**

Valorar la adecuación del nivel retributivo es tanto más difícil cuanto menor es la comparabilidad de los puestos de trabajo. Tratándose del sector público, este problema es aun más grave, por la imposibilidad de equiparar las condiciones relativas a la seguridad en el empleo y el esfuerzo. Por ello, conviene atender más a las tasas de rotación y a las colas de entrada.<sup>24</sup> En ambos casos, la evidencia casuística apoya la idea de que el sector público paga a sus empleados por encima del precio de mercado. En el caso de la sanidad pública, basta considerar el horario de trabajo efectivo para entender la escasa significación de los salarios anuales. Cuando se calculan en términos horarios, las retribuciones son mucho más elevadas de lo que muestran las cifras mensuales o anuales.<sup>25</sup>

---

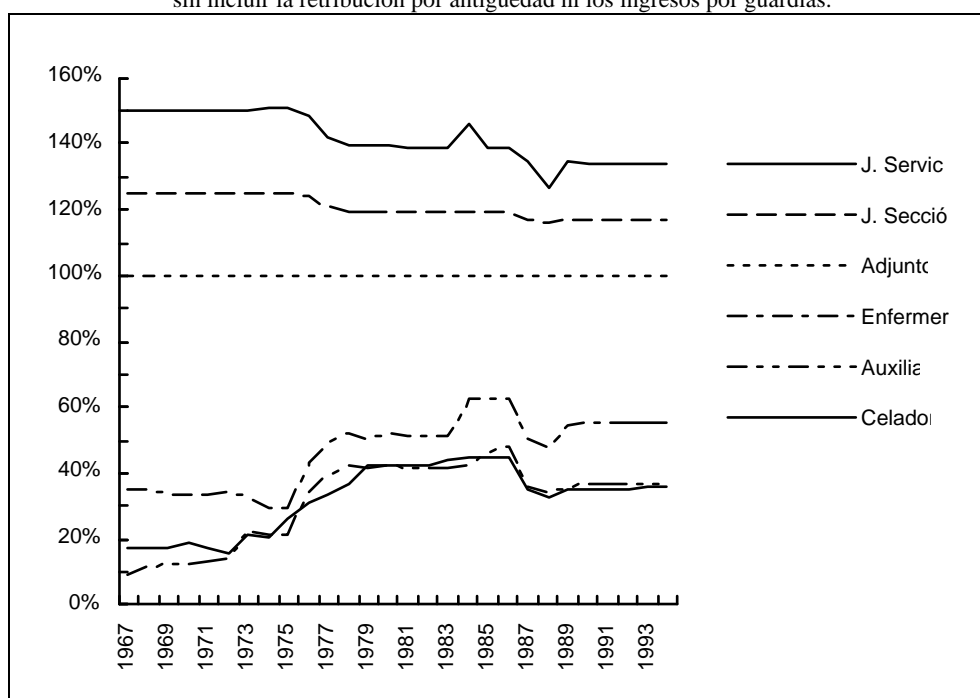
<sup>24</sup> Véanse, en este sentido, Krueger (1988), y Katz y Krueger (1990).

<sup>25</sup> Tomemos como ejemplo los salarios reales del personal médico hospitalario. En cuanto a los ingresos, a un sueldo base de 2.886.842 pesetas, se añaden 1.191.588 si trabaja en régimen *formal* de exclusividad, más una media de 1,5 millones por guardias. En total, unos 6 millones. En cuanto a las horas de trabajo, el horario teórico de 37,5 horas semanales se convierte en 24 horas semanales si se descuentan: una hora diaria de retraso medio en las entradas y salidas, más una media de un día semanal por el descanso posterior a las guardias, más, de modo casi general, las horas de los sábados. En total, y aunque con variaciones, no se trabajan semanalmente más de cuatro jornadas de seis horas. El salario equivalente en términos de 40 horas semanales se eleva a un total de unos 10 millones.

#### IV.2.2. Estrechamiento del abanico salarial

En los años setenta se estrechó sustancialmente el abanico salarial entre categorías (Figura 2), oscilando durante los ochenta y permaneciendo estable desde finales de la pasada década. No obstante, el estrechamiento en términos de ingresos líquidos ha sido mayor, debido al aumento de la progresividad fiscal. Considerando los ingresos totales excepto guardias y antigüedad, y tomando como base 100 el sueldo de los médicos adjuntos, los ingresos de las enfermeras pasaron de representar el 35 al 55,6 por 100 entre 1967 y 1994; los de las auxiliares de enfermería lo hicieron del 9,5 al 37 por 100; y los de los celadores del 17 al 36 por 100. Esta tendencia alcanza un máximo en 1986, con porcentajes del 63, 48 y 45 por 100, respectivamente; sufre un retroceso con motivo de la subida salarial que obtienen los médicos en 1987; y prácticamente se ha detenido desde entonces. Por su parte, entre 1967 y 1994, los sueldos de los jefes de servicio descendieron del 150 al 134 por 100.<sup>26</sup>

FIGURA 2. SALARIO DE CADA CATEGORÍA RESPECTO AL DE UN MÉDICO ADJUNTO DE HOSPITAL  
Notas: Elaboración propia con datos de salarios oficiales proporcionados por el INSALUD, sin incluir la retribución por antigüedad ni los ingresos por guardias.



#### IV.2.3. Valoración de puestos

Las dificultades existentes para cubrir plazas vacantes en algunas especialidades y o tipos de centros o puestos indican que es necesario diferenciar más y/o de otro modo las retribuciones. Por lo demás, se suele afirmar que la valoración relativa de puestos de trabajo en la sanidad

<sup>26</sup> Estas cifras fueron calculadas a partir de datos proporcionados por el Servicio de Costes de Personal del INSALUD, cuya colaboración se agradece muy especialmente.

pública guarda escasa relación con su penosidad relativa.<sup>27</sup> Por un lado, hay situaciones muy distintas que reciben la misma retribución, como urgencias y laboratorios. Por otro, cuando existe una diferencia en la retribución, se la considera insuficiente para compensar la que padecen los puestos en cuanto a su dificultad relativa. Como consecuencia, existen dos tipos de puestos de trabajo: los apetecibles y los evitables, y la rotación es elevada en estos últimos. También parece tener gran importancia la retribución implícita por antigüedad mediante la elección de puestos más cómodos. En la medida en que la asignación de puestos se efectúa por antigüedad, el desempeño de un puesto atractivo se constituye en una prima implícita relacionada con la veteranía. Un problema de este sistema es que algunos puestos fundamentales están desempeñados por personal escasamente capacitado, como suele ocurrir con los servicios de urgencia.

#### **IV.2.4. Desigualdad geográfica**

La transferencia de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas ha generado diferencias retributivas importantes, al pagar salarios más altos los servicios autonómicos.<sup>28</sup> En la práctica, el sistema de negociación salarial ha venido funcionando “en cascada”,<sup>29</sup> de modo que los resultados de la mesa sectorial estatal influyen sobre las negociaciones sectoriales de cada Comunidad Autónoma. En general, no sólo se trasladan los acuerdos retributivos estatales de modo automático en pactos autonómicos, sino que éstos suelen reconocer aumentos retributivos adicionales.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> Por ejemplo, Hernández (1992, pp. 193-4).

<sup>28</sup> Las diferencias retributivas ha llegado a ser de un 32 por 100 para los médicos de urgencias de Andalucía, de un 22 por 100 para los especialistas de Cataluña, y de un 26 por 100 para las auxiliares de enfermería del País Vasco, respecto al personal de iguales categorías del INSALUD (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991b, pp. 12-3).

<sup>29</sup> La estructura representativa está formada por mesas de negociación con diversos niveles geográficos —estatal y autonómico— y diferentes ámbitos sectoriales (art. 31 de la Ley 9/87). Consiguientemente, se constituyen mesas generales en cada Administración Pública y mesas sectoriales de sanidad en la Administración estatal y las autonomías con transferencias. Las mesas sectoriales tienen competencias sobre lo no decidido por la correspondiente mesa general. Debido a esta verticalidad, no existen mecanismos para una negociación sectorial que abarque más de una Administración.

<sup>30</sup> Se analiza este problema con detalle en Ministerio de Sanidad y Consumo (1990b), donde se estima para 1990 el importe de esta retribución diferencial en 17.000 millones o más de 100.000 millones de pesetas, según se tenga en cuenta lo pagado al personal autonómico por encima del personal del Insalud, o lo pagado “de menos” a éste último respecto a aquél (p. 12). Se aborda un análisis actualizado en el “Informe comparativo de las retribuciones del personal estatutario adscrito al Insalud y a los servicios de salud transferidos a las comunidades autónomas”, elaborado por la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo (Madrid, 1993).

Estas diferencias rompen la igualdad retributiva, lo que genera preocupación, ya porque se la considere un bien en sí misma o bien un requisito para la igualdad en cuanto a las prestaciones recibidas por los usuarios. Sin embargo, es cuestionable que la homogeneidad retributiva deba o pueda ser un objetivo o requisito de la sanidad pública. Ha de tenerse en cuenta la necesidad de adecuar las retribuciones tanto a la escasez relativa de profesionales y al coste de la vida en cada Comunidad Autónoma como a las características organizativas que adopte cada servicio autonómico. Basta que el coste de la vida sea diferente entre comunidades, para que la igualdad retributiva nominal proporcione retribuciones reales desiguales. Lo que es más grave, al impedir que el salario ajuste la oferta y la demanda de profesionales, se obliga a que el ajuste se produzca por variaciones en la cantidad o calidad de los profesionales. De este modo, si las diferencias son sustanciales, tenderán a observarse escaseces sistemáticas en las comunidades con más alto coste de la vida o mayor escasez de profesionales, y desempleo en las zonas que se encuentren en el caso opuesto. Igualmente, las prestaciones a los usuarios tenderán a ser desiguales, como consecuencia de que la calidad de los profesionales disminuirá en las comunidades donde sea mayor el coste de la vida.

Es probable que estos problemas —y, por tanto, la necesidad de diferenciar retribuciones— sean tanto mayores cuanto menos funcione efectivamente una misma carrera profesional para todas las Comunidades Autónomas. El motivo reside en que la movilidad geográfica proporciona automáticamente un ajuste retributivo automático. Simplemente, si todos los que entran en la carrera siguen el mismo patrón de movilidad durante su vida profesional, percibirán una misma retribución en términos de valor actual. El argumento es paralelo al empleado en la sección precedente sobre el papel de la movilidad entre puestos como ajuste de penosidad y prima implícita de antigüedad. En otras palabras, la diferenciación geográfica de las retribuciones tenía menos sentido cuando existía movilidad entre Comunidades Autónomas, pues ésta permitía que el poder de compra de los sueldos tendiera a igualarse en términos de su valor descontado a lo largo de toda la carrera profesional. Por el contrario, en la actual situación, al ser menor dicha movilidad, unas retribuciones nominales igualitarias conllevan retribuciones reales distintas, dado que existen diferencias notables en el coste de la vida entre las Comunidades Autónomas.

En resumen, las diferencias retributivas *entre carreras separadas*, lejos de ser un problema, pueden ser un elemento de racionalización. Así ocurre cuando obedecen a diferencias en el valor de mercado de los recursos humanos en las distintas Comunidades Autónomas y no hay movilidad entre éstas.<sup>31</sup> Por desgracia, el asunto no sigue estos derroteros puramente técnicos. Por ello, el problema no consiste en que existan diferencias, sino en que su origen pueda estar o haber estado viciado, generando un resultado que nada tiene que ver con las

---

<sup>31</sup> En la misma línea, Lobo (1993, p. 126). En la Administración del XIX era corriente el pago de sueldos diferentes según la categoría de las provincias (Nieto, 1967, p. 63).

lógicas económicas de la escasez y el coste relativo de los recursos o con la gestión eficiente de carreras profesionales. Es de interés en este sentido que la mayor disposición de los políticos autonómicos a conceder aumentos salariales se presenta en todas las autonomías con competencias transferidas y no sólo en aquellas con mayor coste de la vida o con mayor escasez de profesionales. La pregunta fundamental en este asunto es si esta predisposición política es pasajera, y, en caso de que no lo fuese, si es al menos corregible. Pudiera ser pasajera si estos políticos autonómicos valoran más la tranquilidad laboral en los primeros años de competencias, en que tal vez son más débiles respecto a sus propios funcionarios, por problemas de información. Por el contrario, la generosidad autonómica pudiera ser permanente si los políticos autonómicos actúan dentro de una restricción presupuestaria más flexible, o bien si tienen menor poder negociador de modo permanente. Las dificultades para racionalizar la financiación autonómica apuntan a que el primero de estos dos argumentos tiene cierta plausibilidad. La solución en este caso, lejos de ser automática, requiere una reestructuración de la financiación autonómica, en el sentido de que las decisiones de gasto repercutan más directamente sobre los impuestos que pagan sus beneficiarios.

#### IV.3. DETERMINACIÓN DEL NIVEL RETRIBUTIVO

Se critica con frecuencia la falta de valor *per se* del resultado de la negociación colectiva,<sup>32</sup> derivada de que los pactos o acuerdos que de ella resultan carecen de valor hasta ser aprobados por el órgano competente, y no pueden alterar normas legales o reglamentarias, por establecer la Constitución una amplia reserva normativa sobre el régimen de los funcionarios. De este modo, un pacto negociado no es efectivo hasta que se redacta y aprueba una norma que lo recoja. Sobre este procedimiento pesa así la lentitud del *iter legis*, y la posibilidad de alteración de la norma durante su elaboración.

Sin embargo, el actual sistema puede tener elementos positivos si se analiza la situación desde el punto de vista de la elección pública. La reserva legal permite someter a un mejor escrutinio y al control parlamentario posibles decisiones del poder ejecutivo que ganarían la tranquilidad laboral a costa de imponer una carga penosa para el futuro, tanto en términos de costes como de la propia intranquilidad laboral que en su caso causaría su corrección. Apurando este punto de vista, cabría cuestionar, no el control que establece la reserva legal, sino la actual configuración de las negociaciones laborales en el seno de la Administración

---

<sup>32</sup> Regulada por las leyes 9/87 y 7/90, que reconocen capacidad de negociación a las organizaciones sindicales con un cierto grado de representatividad obtenido en las elecciones sindicales, siendo materia de negociación todo lo que afecta a las condiciones laborales y a las relaciones de los funcionarios y sus sindicatos con la administración, incluyendo los salarios, las ofertas de empleo y los sistemas de clasificación de puestos, ascensos, y formación.

Pública. Este argumento gana consistencia si se considera la posición ambigua, cuando no cómplice, que han mantenido las autoridades sanitarias en las negociaciones sindicales.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Proporciona una muestra el propio Ministerio en alguno de sus documentos de apertura de la negociación sindical, en los que el Ministerio de Economía es señalado reiteradamente como el responsable de que no sea posible acceder a las demandas de mejorar los salarios y las condiciones de trabajo. Véase, por ejemplo, Ministerio de Sanidad y Consumo, “Marco de negociación en las mesas sectoriales sanitarias 1991”, Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, 10 de enero, 1991c.

## V. Composición retributiva y condiciones de trabajo

La composición retributiva se refiere a la distribución de la compensación en sus diferentes partes: en metálico, impuestos, seguridad social, pensiones, seguros de vida, retribución en especie y, sobre todo, condiciones de trabajo. Se abordarán aquí dos cuestiones: En primer lugar, la sospecha de que se trabaja en unas condiciones que requieren un esfuerzo subóptimo, incluso desde el punto de vista de los empleados, pues al generar sobreempleo presiona a la baja los salarios. En segundo lugar, la problemática que plantea la compatibilidad entre el ejercicio público y privado de la Medicina.

### V.1. CONDICIONES DE TRABAJO INDESEABLEMENTE BUENAS

El asunto principal en este campo es una hipotética tendencia a mejorar las condiciones de trabajo en detrimento de la retribución salarial, tendencia que se manifestaría principalmente como reducciones del horario de trabajo efectivo y consiguientemente de la productividad, y que ocasiona aumentos sustanciales del empleo.<sup>34</sup> Los datos confirman estas hipótesis, pues los ya señalados descensos de la productividad se ven acompañados por disminuciones de los salarios reales y de los salarios relativos, sobre todo al poner éstos en conexión con la ganancia salarial media (Figura 3). Se ha comentado ya anteriormente el rápido crecimiento del empleo. Diversas condiciones de trabajo apuntan también a una situación relajada en cuanto al esfuerzo laboral requerido:

a) *Horario*. Los horarios oficiales de la sanidad pública son inferiores a los comunes en el resto de la actividad económica. En el acuerdo con los sindicatos de 22 de febrero de 1992 se pactaron jornadas anuales de 1.645 horas (turno fijo diurno), 1.470 (turno fijo nocturno) y 1.530 horas (turno rotatorio).<sup>35</sup> Para dicho año, la jornada media pactada en convenio era de 1766,6 horas en el total de la economía y de 1.744,1 horas en el sector servicios.<sup>36</sup> Además, el horario real es probablemente menor de lo que indican las jornadas pactadas. Aparte el peculiar caso de los médicos hospitalarios,<sup>37</sup> ya señalado, hay constancia de sesgos

---

<sup>34</sup> La situación de sueldos bajos y retribuciones por hora elevadas parece haber sido característica de la Administración Pública española durante al menos los dos últimos siglos. Véase, por ejemplo, Nieto (1967).

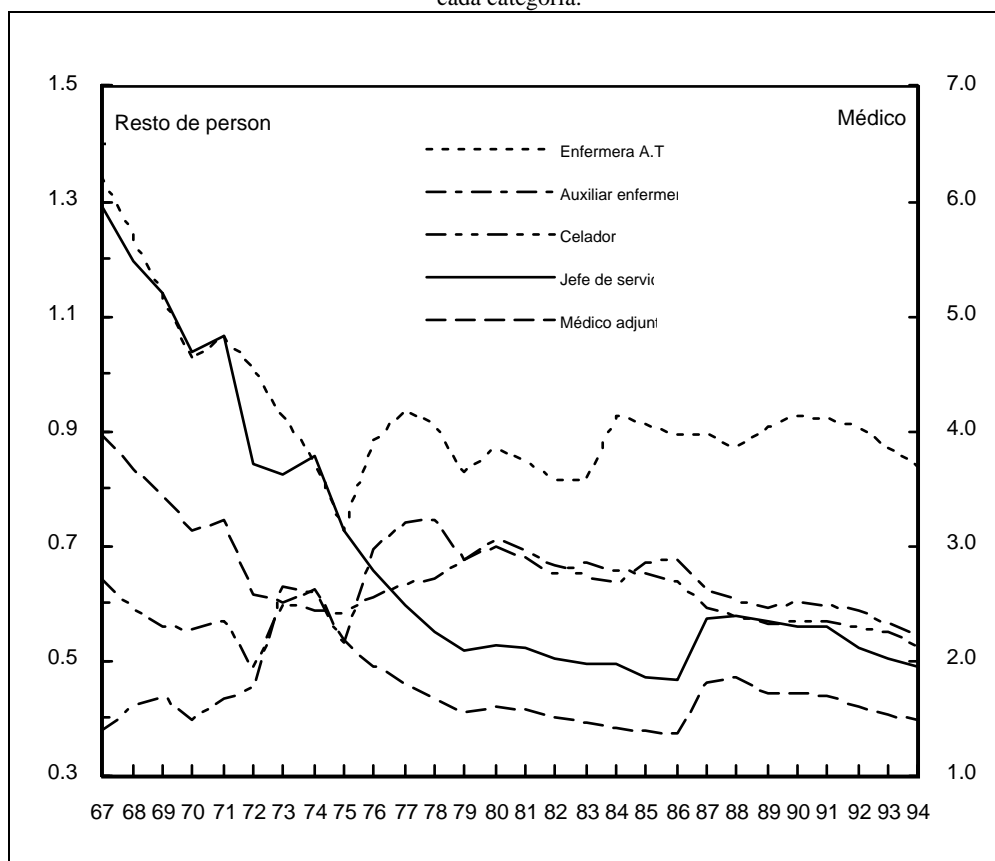
<sup>35</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo, “Acuerdo entre la Administración sanitaria del Estado y las organizaciones sindicales más representativas en el sector sobre diversos aspectos profesionales, económicos y organizativos en las instituciones sanitarias dependientes del INSALUD”, Madrid, 22 de febrero, 1992.

<sup>36</sup> Según el *Boletín de Estadísticas Laborales* del Ministerio de Trabajo.

<sup>37</sup> Muchos analistas consideran que debería ser modificado el horario de mañana imperante, que es de 8 a 15 horas, y en los citados acuerdos se tomó una iniciativa al respecto, posteriormente fracasada. Si bien es un horario anómalo en los países desarrollados, su

reductores sistemáticos en el cómputo de la jornada efectiva del personal de enfermería que trabaja a turnos rotatorios.

FIGURA 3. COCIENTE ENTRE VALOR ACTUAL ANUALIZADO DE LA RETRIBUCIÓN FUTURA Y LA GANANCIA SALARIAL MEDIA  
 Nota. El “valor actual anualizado de la retribución futura” se ha calculado dividiendo por la ganancia salarial media de toda la economía la renta anual constante que equivaldría al valor actual de las retribuciones totales por sueldo y antigüedad de cada categoría.



b) *Vacaciones*. Su duración es de un mes natural, aunque en algunos centros y años se llegó a computar como 30 días de trabajo, lo que acarrearía la exclusión de los días festivos. La selección del período de vacaciones se efectúa prácticamente a voluntad del personal, concentrándose ineficientemente en los meses estivales. En documentos que abren la negociación sindical y a los que, por tanto, cabría suponer ambiciosos, la Administración afirma como objetivo que el disfrute de las vacaciones anuales no se concentre entre junio y septiembre.<sup>38</sup> Incluso se han alcanzado acuerdos para incentivar con tres, cuatro o seis días

modificación es probable que no produjese resultados suficientes —ni siquiera, quizá positivos— para compensar el elevado coste que entrañaría. Es cierto que un horario más amplio permitiría utilizar mejor los recursos fijos. Pero, relativamente, el horario de mañana no parece un problema importante, en comparación con el hecho de que una gran parte del personal no lo cumple y su incremento del horario pondría de manifiesto la existencia de otros “cuellos de botella” en el proceso de servicio.

<sup>38</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo, “Marco de negociación en las mesas sectoriales sanitarias 1991”, Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, 10 de enero, 1991c, p. 5.



complementarios el disfrute de las vacaciones fuera de este período estival, lo que da una idea de lo costoso que resulta el sistema actual.<sup>39</sup>

c) *Absentismo*. Su nivel es elevado. El proceso de integración de los hospitales dependientes de las Diputaciones ha puesto de relieve lo elevado de su nivel en alguno de los dependientes del Insalud, en los que alcanzaba cifras próximas al 6 por 100, mientras que alguno de los provinciales rondaba el 1 por 100. La diferencia proviene de que éstos solían autoasegurar al personal, por lo que uno de sus médicos controlaba las bajas. La inclusión de una prorrata del complemento de atención continuada en la retribución del personal en situación de incapacidad laboral transitoria ha fomentado el absentismo, ya que, al calcularse en función del importe de dicho complemento en el mes anterior, estimulaba a acumular guardias en el mes previo o a solicitar la baja el mes posterior a aquel en que se habían efectuado muchas guardias.

El motor de estos fenómenos, que caracterizan una situación general de sub-esfuerzo o, en el fondo, sub-empleo, guarda relación con el hecho de que, al no existir relación alguna entre la retribución y la carga de trabajo individual, la mayoría de los trabajadores tiene gran interés en reducir su esfuerzo y, en la medida en que lo consiguen, ello conduce a crear empleos adicionales. En este contexto, una hipotética preferencia individual por paquetes retributivos con salario y esfuerzo elevados encontraría notables dificultades para realizarse, debido a que las decisiones individuales en un marco de retribución independiente de la carga de trabajo favorecen las reducciones de esfuerzo y productividad, el aumento del empleo, y, dada la existencia de una restricción presupuestaria, los recortes salariales a largo plazo. Esta situación de baja exigencia de esfuerzo laboral es difícilmente compatible con las demandas ocasionales de “enriquecimiento” del trabajo. Atendiendo a numerosos criterios (abundancia de tiempo libre, autonomía de organización, escaso control, flexibilidad de horario, posibilidad de ajustar los ingresos mediante trabajo adicional, etc.), más bien cabría considerar los puestos de trabajo como plenamente enriquecidos.

## V.2. COMPATIBILIDAD

La política de incompatibilidades del sector público se introdujo en sanidad mediante un “complemento específico” que retribuye la dedicación exclusiva de los médicos con un importe sustancial (cerca al 20 por 100 de la retribución total sin antigüedad). Según la norma, el personal sanitario sólo puede desempeñar actividades sanitarias privadas dentro de diversas restricciones.<sup>40</sup> Sin embargo, el régimen se considera laxo, pues la incompatibilidad

---

<sup>39</sup> Pacto con los sindicatos sobre permisos, licencias y vacaciones de 1 de junio de 1993.

<sup>40</sup> Si no hay colisión de horarios o una incompatibilidad manifiesta (art. 24.5 del R. D. 598/1985); no percibe complemento de especial dedicación (“específico”) (art. 26); si no la efectúa respecto a personas que estén siendo atendidas en el hospital público en que trabaja

del personal hospitalario no se controla y no abarca siquiera a los responsables de las unidades asistenciales.<sup>41</sup> Por ello, son muchos profesionales que perciben el complemento de exclusividad, pese a ejercer la práctica privada, y el riesgo de sanción es mínimo o inexistente.<sup>42</sup> Algunas Comunidades Autónomas también han asignado parte del mismo para remunerar otras circunstancias a personal sin dedicación completa, pese a que al hacerlo incumplen el mandato legal.

A veces, se presenta la incompatibilidad como requisito para un mayor grado de esfuerzo, y para que el personal se identifique con su puesto público.<sup>43</sup> Aunque la valoración de esta cuestión es difícil, no precisa quizás una solución tan radical, aunque ello depende crucialmente de qué tipo de fórmulas contractuales se empleen y de cómo se asignen los derechos de decisión. A modo de reflexión preliminar sobre este asunto, baste indicar algunas observaciones sobre esta materia:

1. *La compatibilidad optimiza el uso de recursos.* Por ello, y en contra de una opinión bastante extendida, en la actividad privada no es del todo anómalo adquirir servicios de los competidores. Lo que sí es anómalo es entregarles el control de la actividad. Así, por ejemplo, en la contratación laboral, el artículo 21.1 del Estatuto de los trabajadores lo que prohíbe la concurrencia *desleal*, no la mera concurrencia.

2. *El origen del fraude.* La compatibilidad fraudulenta en el sector público no es un fenómeno nuevo ni peculiar de la sanidad. El uso fraudulento de la compatibilidad suele

---

(art. 26); o a personas incluidas en su campo de atención primaria (art. 27); y si no se ejerce en régimen de colaboración o concierto con la Seguridad Social (art. 11.8).

<sup>41</sup> Según un estudio Delphi, realizado entre abril y septiembre de 1990, es opinión de gerentes y profesionales que no se han logrado los objetivos, ni se ha incrementado el rendimiento (p. 53), y que no hay voluntad política de controlar la exclusividad (p. 55). Además, los médicos lo consideran como un concepto retributivo personal, no ligado al puesto de trabajo (p. 107), y creen que el personal que no lo recibe ha dejado de prolongar voluntariamente su jornada cuando venía haciéndolo (p. 53). La mayoría opina que debe diferenciarse la cuantía del complemento en función de las características del puesto de trabajo. Véase Ministerio de Sanidad y Consumo, *El sistema retributivo del personal estatutario del INSALUD*, Madrid, 1990a.

<sup>42</sup> La exclusividad parece ser más costosa para los jefes de servicio: quizá al aumentar la veteranía y, consiguientemente, la reputación de los profesionales. Así lo muestran los datos recogidos en un estudio de 1992: Los jefes de servicio y sección están proporcionalmente menos (48,9 por 100 y 58,7 por 100 respectivamente) en exclusiva que los adjuntos (81,5 por 100). De igual modo, los especialistas de cupo —también más veteranos— están proporcionalmente menos en exclusiva (19 por 100) que los jerarquizados (81,5 por 100). Así mismo, en asistencia primaria, tiene dedicación exclusiva sólo el 40,2 por 100 de los médicos del antiguo sistema de cupo, mientras que la cifra para los jerarquizados es del 89,1 por 100. (Cifras aproximadas, procedentes de las figuras de la encuesta oficial reproducida en *Guía Sanitaria*, n.º 228, 28 de abril de 1992).

<sup>43</sup> Por ejemplo, Ginestal propone la incompatibilidad médica absoluta (1993).

estar relacionado con derechos sobre el racionamiento de recursos escasos, ya se trate del uso de TACs o de aprobados en asignaturas muy difíciles. En estos casos, el problema se evita identificando tales recursos y redefiniendo los derechos de decisión sobre su uso. Al reasignar tales derechos, se reduciría la gravedad del problema.

3. *Autoselección de una plantilla heterogénea.* Se produce la paradoja de que una función retributiva plana e igualitaria como la de la sanidad pública autoselecciona dos tipos de personal muy distintos: el que compatibiliza, que será fácil de motivar económicamente, y el que opta por el régimen exclusivo, que prefiere retribuciones fijas. La diferencia se establece también entre distintas especialidades o grados de competencia profesional. La retribución igualitaria entre especialidades fuerza a los profesionales más cualificados a no dedicarse en exclusiva. De modo similar, el igualitarismo respecto al rendimiento empuja a los que desean trabajar y ganar más a hacerlo en la práctica privada.

4. *Dificultades para incentivar el rendimiento.* Se han analizado las dificultades de la sanidad pública para primar el rendimiento de aquellos de sus trabajadores que, con dedicación parcial, obtienen la mayor parte de sus ingresos en el ejercicio privado.<sup>44</sup> En estos casos, es posible que al sistema público le resulte difícil igualar el rendimiento marginal que obtienen esos profesionales en sus prácticas privadas. Sin embargo, la experiencia con las “peonadas” —retribución a destajo para actividades quirúrgicas específicas— contradice dicha posibilidad. Además, aun si fuese cierta, y en ausencia de fraude, los datos puede que estuvieran señalando que el valor de los recursos es superior en la actividad privada, siendo así óptimo que se utilicen en su seno.

5. *Compatibilidad y beneficencia.* La compatibilidad era una situación más lógica cuando la sanidad pública tenía carácter de beneficencia residual, como ocurría en su origen. En este régimen de beneficencia, da lugar a pocos conflictos, pues los clientes de la actividad pública no tienen capacidad adquisitiva para comprar servicios privados.

6. *Compatibilidad y régimen contractual.* De modo similar, la compatibilidad es más normal cuando el profesional presta sus servicios a un agente público pero en un régimen privado, dentro del cual dicho agente puede considerarse como un cliente más del médico. Esta situación fue también más característica de las primeras épocas de nuestra sanidad pública. Si en el futuro ésta se ocupa menos directamente de la producción, será menos cuestionable un régimen tolerante de compatibilidades. No obstante, será aún menos conveniente que el personal con funciones reguladoras o directivas pueda compatibilizar su puesto con el ejercicio privado.

7. *La mejora de condiciones de trabajo fomenta la compatibilización.* La mejora de condiciones de trabajo de los años ochenta —en especial las libranzas por guardias

---

<sup>44</sup> Por ejemplo, Ginestal (1993, p. 104).

médicas— ha supuesto un incentivo sustancial al ejercicio privado, al aumentar el tiempo disponible para desempeñarlo.

8. *La compatibilidad como forma de retribución variable.* Si en el sector público fuese relativamente inviable retribuir directamente por rendimiento, la compatibilización de puestos podría permitir que la retribución variase indirectamente con el rendimiento: quien rinde más tiende a ocupar varios puestos, hasta que su rendimiento en cada uno de ellos se iguala con el de los que rinden menos. En este sentido, la regla de incompatibilidad podría entenderse como una restricción anticompetitiva favorable a los que rinden menos.

## **VI. Función retributiva: relación entre rendimiento y compensación a corto y largo plazo**

La función retributiva se refiere a la relación entre rendimiento y compensación. Se supone generalmente que la existencia de una relación positiva entre rendimiento y compensación, y no el nivel de ésta, es el factor motivacional más importante. Esta relación puede establecerse de forma más o menos explícita, desde el destajo al ascenso o la promoción jerárquica. Se tratarán brevemente varias experiencias en las que se ha ligado la retribución al rendimiento a corto plazo, para profundizar en el establecimiento de relaciones en el largo plazo, mediante salarios eficientes, ascensos y primas por antigüedad. Conviene en este punto anticipar que la retribución por rendimiento no es una panacea, por mucho que se la presente como tal. Además, aun siendo cierto que en los últimos años ha aumentado su importancia en las empresas, este aumento se produce desde un nivel relativamente bajo. Tradicionalmente, las empresas han empleado poco la retribución por rendimiento, sobre todo a corto plazo e incluso en países como los EEUU (Baker *et al.*, 1988). Por otro lado, es discutible la adecuación del método al ámbito del sector público (OECD, 1993).

### **VI.1. COMPENSACIÓN POR RENDIMIENTO A CORTO PLAZO**

Las cuatro experiencias siguientes pueden interpretarse en el sentido de que en la sanidad pública son viables, aunque generan aberraciones, las fórmulas que retribuyen por la carga objetiva de trabajo —cartillas, actos, guardias—, pero que se encuentran dificultades tanto cuando se intenta incentivar mediante evaluaciones subjetivas —productividad variable— como cuando se separa totalmente la compensación del rendimiento, pagando salarios fijos.

#### **VI.1.1. Experiencia internacional en el sector público**

Las experiencias internacionales sobre incentivos en la Administración Pública presentan numerosos aspectos insatisfactorios: (1) Los importes económicos de las primas suelen ser bajos y en general inferiores al incremento retributivo anual. (2) No son efectivos, por discriminar insuficientemente, proliferar las puntuaciones elevadas, alcanzar una buena parte del personal los topes retributivos, usar cuotas para distribuir primas limitadas presupuestariamente y observarse cierta tendencia a primas decrecientes. (3) Es posible que algunos de los supuestos en que se basan no se cumplan en el ámbito del sector público. En especial, la naturaleza del trabajo imposibilita la medida del rendimiento mediante indicadores objetivos, lo que conduce al uso de sistemas subjetivos de evaluación.<sup>45</sup> Estos

---

<sup>45</sup> Por el contrario, un estudio de casos de sistemas de incentivos en diversas Administraciones Públicas, efectuado para el Comité de Gestión Pública de la OCDE,

sistemas de incentivos padecían, sobre todo, el efecto conjunto de la escasa discriminación y las restricciones presupuestarias, que llevan al pago de primas pequeñas a la mayoría de trabajadores, con escasa capacidad motivadora (OECD, 1993, p. 89). Este problema señala lo que tal vez sea una diferencia radical con las organizaciones empresariales. En éstas, los aumentos del rendimiento se acompañan de aumentos en los beneficios, lo que proporciona automáticamente la financiación necesaria para un proyecto incentivador con cuantías importantes. Por el contrario, en el sector público se suele trabajar en la situación propia de los centros de gasto discrecional, cuyo objeto es proporcionar servicios gratuitos dentro de un presupuesto limitado. En este contexto, y más aún en unidades que producen servicios útiles por sí mismos, una mayor eficiencia suele proporcionar mayor cantidad y/o calidad de servicio, pero no mayores ingresos o presupuestos. En tales situaciones, es preciso atender específicamente a las restricciones que actúan sobre los participantes al establecer sus objetivos.

#### **VI.1.2. Complemento de productividad variable**

Desde 1988 a 1992, el INSALUD intentó incentivar a los médicos y jefes de servicio mediante primas individuales decididas de forma subjetiva por sus correspondientes superiores jerárquicos. Se han analizado en otro trabajo la discutible adecuación del sistema, las dificultades que se encontraron y los errores cometidos en su aplicación (Arruñada, 1993b). Baste señalar aquí las limitaciones del propio marco normativo y la evaluación que de él efectuaron sus participantes.

El propio Decreto-Ley 3/87 en que se basan las primas limita su funcionamiento. Al forzar a que sean conocidas públicamente, la evaluación se hace explícita. Como consecuencia, por un lado, los encargados de evaluar subjetivamente serán más reacios a discriminar entre sus subordinados. Por otro lado, cuando efectivamente discriminen, la tendencia a sobrevalorar el propio rendimiento favorecerá que los incentivos sean percibidos como injustos. Además, la D. T. 3.<sup>a</sup> de dicho Decreto introduce la posibilidad de que el complemento se desligue del rendimiento, cuando establece que entre los criterios que habrán de considerarse para asignarlo podrán tenerse en cuenta las retribuciones percibidas con el régimen retributivo anterior y el módulo retributivo mínimo por grupos de clasificación.

Según un sondeo Delphi del propio Ministerio de Sanidad, la deficiente aplicación del sistema creó conflictividad en los centros.<sup>46</sup> Es significativo que los directivos crean que la dificultad principal fue la falta colaboración de los responsables de los servicios y unidades,

---

confirmaba la capacidad incentivadora de la retribución por rendimiento (OECD, 1993, pp. 83-90).

<sup>46</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo, *El sistema retributivo del personal estatutario del INSALUD*, Madrid, 1990a, p. 29.

mientras que todos los demás grupos laborales representados en la encuesta juzgaron este factor poco relevante. Otros resultados de interés son, por un lado, el que todos los estamentos, excepto los representantes sindicales, consideren que debe aplicarse el complemento de productividad variable, en especial a los responsables de los servicios y unidades. Es comprensible que los miembros de cada estamento consideren más necesaria su aplicación a los demás estamentos que a aquel del que forman parte, lo que parece mostrar que también en este campo se desea con ardor la competencia, siempre que se aplique a los demás. Ello también puede sugerir que se sobrevalora el rendimiento propio, lo que compromete toda eventual evaluación externa. Por otro lado, se registró un amplio consenso acerca de que la cuantía mínima necesaria para motivar se sitúa entre el 5 y el 15 por 100 para el personal no sanitario y entre el 15 y el 25 por 100 para el sanitario. Estas cifras están muy por encima del 2 a 5 por 100 efectivamente empleado. Cabe concluir que se requieren recursos sustanciales para que los incentivos funcionen. Además, la percepción de cantidades mínimas se considera innecesaria por los directivos, pero no por la mayoría del resto de encuestados.

### **VI.1.3. Sustitución de salarios variables por fijos en asistencia primaria**

La retribución de los médicos de asistencia primaria experimentó un cambio sustancial con la creación de los “centros de salud”, eje de la reforma de los años ochenta en este campo. En el sistema tradicional, los médicos eran —y aún son, residualmente— retribuidos en función del número o “cupo” de cartillas o asegurados, y sus obligaciones se cifraban en 2,5 horas de consulta diarias más la atención domiciliaria (Cuadro 4). Por el contrario, en los nuevos centros de salud trabajan en jornadas de siete horas y se les empezó retribuyendo exclusivamente con un sueldo fijo. Al contrario que el antiguo, el nuevo modelo retributivo dio lugar a presiones para reducir el cupo de pacientes por médico.<sup>47</sup> Posteriormente, se ha vuelto a una versión del sistema antiguo, al introducir como complemento de productividad una prima capitativa, que es función del tamaño del cupo, la edad de los pacientes, y otras variables demográficas y epidemiológicas.

---

<sup>47</sup> Una justificación de que el nuevo sistema empleara retribución fija era el deseo de evitar las aberraciones que genera la compensación variable, como cierto descontrol de las bajas laborales y del consumo de medicamentos. Sin embargo, no había ninguna garantía de que con el nuevo sistema se fuesen a controlar mejor estas variables, ya que los médicos seguían sin incentivos para hacerlo, mientras que el no controlarlas, si bien ya no era directamente retributivo, seguía facilitando su relación con los pacientes.

CUADRO 4. DATOS COMPARATIVOS DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EL SISTEMA TRADICIONAL  
 Fuente: Elaboración propia con datos procedentes de la *Memoria* del INSALUD (1992).

	Equipos de atención primaria	Sistema tradicional
Población real con cobertura por facultativo	1,316	1,594
Usuarios atendidos al día	33.5	43.0
Tiempo medio de las consultas espontáneas (minutos)	5.4	3.1
Estimación del tiempo de asistencia al día (horas)	3.0	2.2

Con todas las salvedades derivadas de la relatividad que encierran las medidas de productividad en el sector terciario y la escasa fiabilidad de los datos, no deja de ser relevante que uno de los principales indicadores cuantitativos de rendimiento, como es el promedio de usuarios por facultativo y día —conocido también por el revelador nombre de “presión asistencial”—, sea menor en los equipos de atención primaria (33,50) que en los médicos generales de cupo (43), en todas las Comunidades Autónomas gestionadas por el INSALUD.<sup>48</sup> El tiempo medio de consulta por usuario espontáneo es menor en el sistema tradicional, máxime teniendo en cuenta que los 3,1 minutos de media incluyen las consultas programadas, que tienen una duración media de 30,6 minutos en los nuevos centros y no son objeto de registro separado en el sistema tradicional.

#### VI.1.4. “Peonadas”

Bajo esta denominación se engloban los diversos sistemas de contratación de labores médicas pagadas por acto y realizadas fuera del horario habitual de trabajo. Esta fórmula de retribución a destajo es de sumo interés, por cuanto supone de retorno a pautas tradicionales en los sectores profesionales, y, en especial en el sanitario. Desgraciadamente, sólo se han podido conseguir indicios casuísticos, cuya representatividad es siempre discutible. El principal de ellos se refiere a que no se ha controlado suficientemente la capacidad de los médicos para generar demanda y trasladarla del horario habitual al extraordinario. Este problema es ineludible, pues su raíz está en la propia lógica del sistema. No obstante, la dificultad es valorar la importancia de estos trasvases y la capacidad para evitarlos una vez que se haya aprendido a manejar el incentivo.<sup>49</sup> Una posible solución es hacer que en horas

<sup>48</sup> Los datos proceden de la *Memoria* del INSALUD (1992, p. 105 y 118) y se refieren a los “servicios acreditados por la Subdirección General de Atención Primaria [...], es decir, aquellos que se proporcionan dentro de los criterios de implantación de la cartera de servicios (mínimo de cobertura, mínimo de proveedores, protocolo o programas que sistematicen las actividades del servicio). La no acreditación de un servicio no significa, por lo tanto, que no se esté prestando de forma efectiva, simplemente que no reúne los requisitos para su homologación” (pp. 120 y 133).

<sup>49</sup> El problema es muy antiguo. Es de aplicación la crítica siguiente: “He sabido de algún Centro ... donde los empleados cobran el sueldo por no ir por las mañanas y perciben horas extraordinarias por ir por la tarde”. (Discurso del Ministro de Hacienda Sr. Chapaprieta en la



extraordinarias no se opere a los propios pacientes, pero ello tal vez empeora la calidad asistencial. Más efectivo sería otorgar las peonadas sólo a los médicos que logren alta productividad en el horario normal. Pero ello no sólo requiere evaluar esta productividad, sino, sobre todo, librar al decisor de presiones políticas para la reducción de las listas de espera, de modo que llegado el caso pueda privarse de reducirlas mediante peonadas.

#### **VI.1.5. El papel retributivo de las guardias médicas**

Las guardias médicas, retribuidas con el “complemento de atención continuada”, generan un coste elevado y son un componente importante de la retribución de los médicos de hospital.<sup>50</sup> Es opinión muy extendida que se hace un número excesivo de ellas, por dos motivos: Por un lado, el interés económico de los profesionales, que obtienen por esta vía un complemento retributivo importante. Por otro, la sobreespecialización y ausencia de “troncalidades”, que hacen necesaria la permanencia en los hospitales de un mayor número de profesionales de guardia. Para valorar cómo ha evolucionado la retribución global por guardias debe tenerse en cuenta, por una parte, que su número parece haber sido controlado por los propios profesionales; y, por otra parte, que su tratamiento mejoró de forma sustancial a lo largo de los años ochenta. Como los ingresos por este concepto son producto de la cantidad de guardias por su precio, la posibilidad de que el descenso de otros conceptos retributivos haya sido compensado mediante guardias de discutible necesidad asistencial,<sup>51</sup> es tanto más creíble cuanto que en estos años se reduce de modo sustancial, gracias a las libranzas, la carga de trabajo asociada a cada guardia y aumentan las compensaciones a que dan lugar de modo indirecto. Lo confirma el hecho de que en los últimos años el INSALUD haya forzado explícitamente la reducción del número de guardias.

La retribución por hora de las guardias médicas experimentó oscilaciones sustanciales en los años setenta. Por el contrario, basta considerar la inclusión desde 1986 de una prorrata en las pagas de vacaciones y extraordinarias, para que, sin valorar las libranzas, haya permanecido relativamente constante entre 1980 y 1994, pese a un descenso en la retribución oficial superior al 16 por 100. El coste de las guardias se eleva debido a las “libranzas”, denominación con que se conoce el régimen de descanso, en virtud del cual el médico dispone del día libre después de terminar cada guardia de presencia física. Un médico con 4 guardias mensuales repartidas uniformemente a lo largo de los días de la semana libra así 4(5/7) jornadas, que equivalen a 20 horas, o sea 5 horas por guardia, lo que representa la séptima parte de su jornada teórica de trabajo.

---

sesión del Congreso del día 16 de julio de 1935, *Diario de Sesiones*, p. 9.156; reproducido por Nieto, 1967, p. 262).

<sup>50</sup> Un 70 por 100 de los médicos de hospital hace guardias, según el CESM (1994, p. 98).

<sup>51</sup> Así lo señalan, por ejemplo, Elola (1991, p. 167, n. 43); y el propio Ministerio (“Análisis de la atención continuada ...”, pp. 4 y 6).

La retribución efectiva total de las guardias ha mejorado sustancialmente. Por un lado, la libranza de un día de trabajo tras cada guardia equivale, en términos anuales, a un mes y medio (1,47) sin trabajar.<sup>52</sup> Por otro lado, se imputa una retribución por guardias no realizadas en las percepciones por vacaciones pagas extraordinarias e incapacidad laboral transitoria, así como en la de los liberados sindicales y políticos.<sup>53</sup> Se puede estimar así la retribución efectiva por hora de guardia médica como la suma de tres componentes: a) Una compensación explícita, que en 1994 sería para un adjunto con 4 guardias mensuales 11 meses al año —lo que es similar a 3,5 mensuales 12 meses, suponiendo que efectúe las de sus compañeros durante las vacaciones de éstos— de 1.189.930 Ptas. (cada hora de guardia se paga a 1.423 Ptas.); b) un salario implícito en libranzas,<sup>54</sup> que valorado en un 12,05 por 100 de su retribución total sería de 803.992 Ptas.; y c) las tres compensaciones que se añaden a sus pagas de vacaciones y extraordinarias, de aproximadamente 108.175 Ptas. cada una. (No se considera la prorrata de atención continuada en la indemnización por ILT). La compensación total por los tres conceptos suma 2.318.448 Ptas., que entre 44 guardias proporciona una retribución por guardia de 52.692 Ptas.; o, lo que es lo mismo, 2.773 Ptas. por hora, un 74 por 100 superior a la retribución horaria de 1973.

Es imposible conocer hasta qué punto este aumento del precio real se ha traducido en un mayor número de guardias, con el consiguiente incremento retributivo para un mismo número de horas trabajadas, o en una menor carga de trabajo. Conviene, no obstante, señalar que un eventual aumento en el número de guardias entraña consecuencias importantes para el sistema retributivo, implicando un cierto descontrol de algunas de sus variables más fundamentales en cuanto a la financiación de los recursos de personal,<sup>55</sup> y a la motivación y el diseño de la carrera profesional. Simplificando, cabe pensar en tres tipos de consecuencias de este fenómeno:

a) Por un lado, desde el punto de vista del financiador, las libranzas provocarán dos efectos: uno directo, pues será necesario posiblemente aumentar el empleo para cubrir esas vacantes temporales; otro indirecto, pues las guardias pasan a ser más atractivas, y se realizará un

---

<sup>52</sup> Calculado del modo siguiente: 4 guardias mensuales representan unas 44 guardias al año, tras descontar el mes de vacaciones, lo que proporciona unos 31 días laborales de libranza, al descontar 2/7 que no dan derecho a libranza, por preceder a un festivo o domingo, que son equivalentes a 44 días naturales, aproximadamente mes y medio.

<sup>53</sup> La inclusión en las pagas de vacaciones y extraordinarias se generalizó a partir del segundo semestre de 1986, tras diversas sentencias desfavorables. Recientemente, el Supremo ha rechazado la inclusión de los complementos específico y de atención continuada en las extraordinarias (*Diario Médico*, 21 de marzo, 1994). Sin embargo, aunque no se incluyó la prorrata de guardias en la de diciembre de 1993, se abonó su importe en concepto separado.

<sup>54</sup> En algunos centros y especialidades es explícito, pues se paga una prima a los médicos que voluntariamente no libran.

<sup>55</sup> “Análisis de la atención continuada ...”, p. 6.

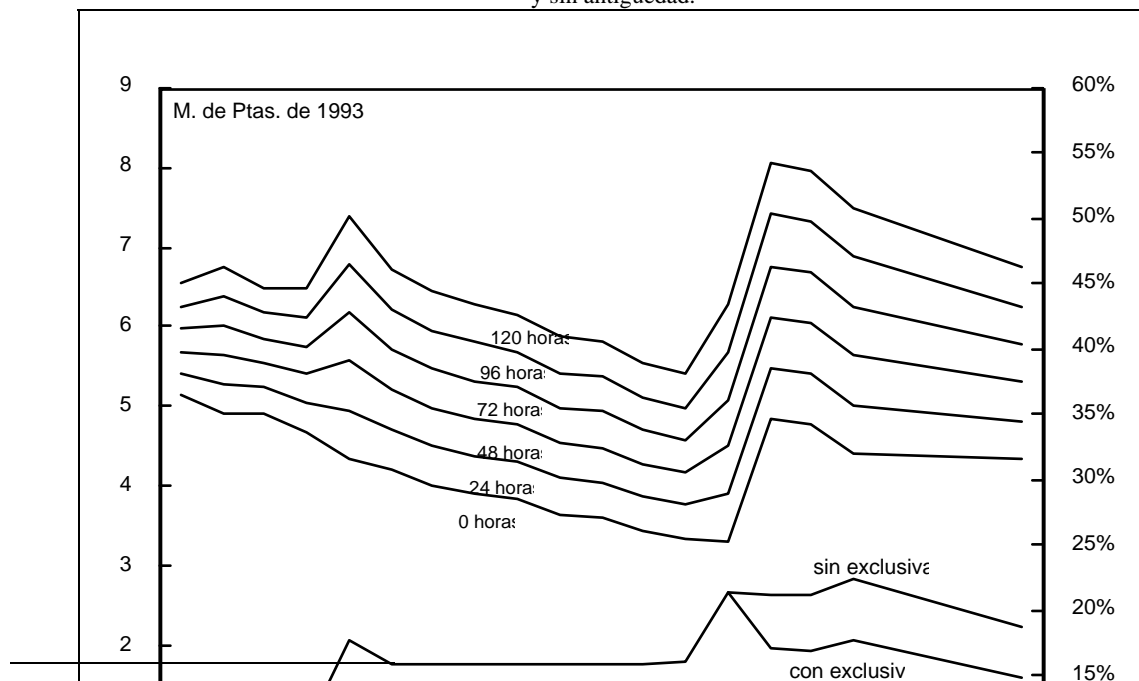
mayor número de ellas, aunque en parte sean innecesarias. La posibilidad de compensar este efecto con reducciones salariales está en parte condenada al fracaso, en la medida en que los médicos puedan compensarlas con un mayor número de guardias, y éste genere a su vez un aumento de la plantilla.

b) Por otro lado, pudiera pensarse que la retribución total quedaría ligada más estrechamente a la carga de trabajo, pues ganan más aquellos que hacen más guardias. Sin embargo, cuando se tiene en cuenta que las guardias dan derecho a libranza, que una parte de las guardias requiere menos esfuerzo que otras y que todas se pagan al mismo precio, se puede alcanzar una situación opuesta, que al menos en algunos casos habrá suscitado agravios comparativos.<sup>56</sup>

c) Finalmente, tal vez aumenta la disparidad en los ingresos de profesionales con la misma categoría y antigüedad. Esta disparidad tiene dos efectos. Uno de ellos es indeseable, puesto que una buena proporción de profesionales no tiene la posibilidad de realizar guardias, y

FIGURA 4. DIFERENCIAS RETRIBUTIVAS ENTRE ADJUNTOS EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE GUARDIAS MENSUALES QUE REALICEN.

Fuente: Elaboración propia a partir de las series retributivas deflactadas con el IPC. Notas: Se incluye la prorrata de guardias en las pagas extraordinarias y de vacaciones desde el segundo semestre de 1986. Se refiere a adjuntos en exclusiva y sin antigüedad.



<sup>56</sup> La penosidad de las guardias médicas parece haber sido bastante variable y hasta objeto de cierta controversia. Por ejemplo, una nota interior del INP, del 13 de noviembre de 1974, tras establecer un incremento del 50 por 100 en la compensación por guardias decía: "Ahora bien, a partir también del momento en que se implanta esta nueva gratificación, solo se pondrá a disposición de los facultativos una sala con sillones cómodos, para que permanezcan en ella durante el período de guardia, suprimiéndose en absoluto las habitaciones destinadas a dormir, que son necesarias para habitaciones de enfermos". En la actualidad, las guardias son objeto en muchos casos de una programación permanente, de modo que cada médico está de guardia determinado día de la semana todas las semanas, lo que le permite planificar óptimamente sus actividades privadas al día siguiente.

pierde ingresos en una situación en que los demás los mantienen o los incrementan (en los términos de la Figura 4, permanece en la serie “0 horas”, mientras los que pueden saltan a las más elevadas). El otro efecto es deseable, por cuanto se logra cierta flexibilidad, en la medida en que quien desea ganar más puede hacerlo, de manera que se ajustan mejor las preferencias entre ocio y trabajo. Esta flexibilización es más positiva, si cabe, en una situación en que las pautas demográficas del personal —número de miembros de la familia que generan renta, divorcios, etc. —, y por consiguiente también sus necesidades económicas, tienden a ser creciente heterogéneas.

## **VI.2. COMPENSACIÓN POR RENDIMIENTO A LARGO PLAZO: CARRERA PROFESIONAL**

Si la Administración Pública y sus satélites especializados tienen dificultades para evaluar el rendimiento, en especial a corto plazo, su diseño organizativo habrá de estar basado en sistemas de retribución por carga de trabajo y evaluación a largo plazo, así como en mecanismos de compensación automáticos. Estos últimos pueden ser de dos tipos, no excluyentes: De un lado se tienen las pautas organizativas que condicionan un proceso de autoselección del personal con las características adecuadas. De otro, la retribución por antigüedad, tanto explícita como implícita, como es, por ejemplo, la posibilidad de que los más veteranos elijan los mejores puestos. Por su parte, la evaluación a largo plazo se desarrolla mediante la carrera profesional, que se manifiesta, en especial, como ascensos.<sup>57</sup> En cualquier caso, la retribución basada en antigüedad y/o ascensos requiere ciertas condiciones. Por un lado, constituye un poderoso incentivo sólo si su obtención no es enteramente automática. Por otro, el sistema ha de ser financiado de manera equilibrada. En este sentido, cuando los trabajadores veteranos cobran salarios superiores a su productividad, la diferencia ha de ser compensada con salarios inferiores en los primeros años de empleo. Bien es cierto que, si el incentivo funciona correctamente, ese nivel de productividad será muy superior al que se alcanzaría con otras fórmulas retributivas, por lo cual puede serlo también el salario, incluso en los primeros años.

### **VI.2.1. Rendimiento privado de las inversiones en capital humano**

Un primer dato para valorar las carreras profesionales lo proporciona el rendimiento que corresponde a las inversiones en capital humano de los profesionales. La Figura 5 proporciona una estimación de cómo han evolucionado las tasas internas de rendimiento asociadas a las dos principales carreras sanitarias, las de Medicina y Enfermería.<sup>58</sup> Para los

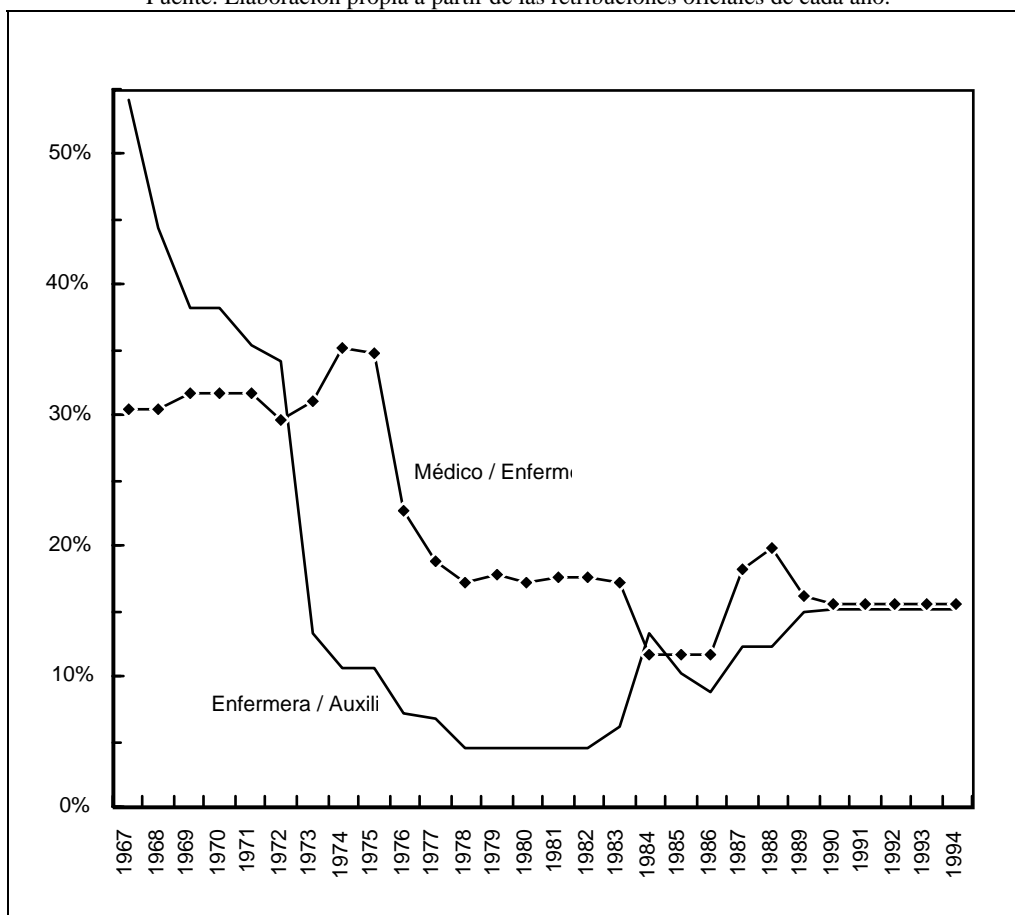
---

<sup>57</sup> Los modelos básicos, aunque insuficientes, sobre estos problemas son los desarrollados por Lazear (1979), Carmichael (1983) y Hutchens (1987).

<sup>58</sup> Se trata de un análisis preliminar, por varios motivos. En especial, la rentabilidad de la Medicina está sobreestimada, por estarlo los ingresos de los especialistas en formación.

médicos, se han tomado como referencia los ingresos de las enfermeras, y para éstas los de las auxiliares de enfermería. Las tasas internas de rendimiento informan así sobre cual sería en cada uno de los años del período 1967-1994 la rentabilidad esperada de la inversión en Medicina o en Enfermería por encima del respectivo coste de oportunidad. En el caso de la carrera de Medicina la tasa de rendimiento se eleva del 30 al 35 por 100 en los primeros años setenta, lo que es coherente con la masificación de estos estudios, pero desciende a continuación, hasta situarse por debajo del 20 por 100 a partir de 1977. Tras unos años en que permanece relativamente estable, vuelve a descender en 1984, se recupera en 1987 y 1988 hasta el 20 por 100, y cae de nuevo y se estabiliza en el 15 por 100 en los años noventa. Por su parte, la Enfermería ha seguido una evolución similar en cuanto al signo, aunque más volátil, sufriendo un derrumbe espectacular durante la década 1967-1977, en la que cae del 50 al 5 por 100. Tras mantenerse cuatro años en este nivel, se recuperó sustancialmente en 1983-1984 y 1987-1989, estabilizándose desde 1990 en el 15 por 100, sólo muy ligeramente por debajo de la tasa de Medicina.

FIGURA 5. TASAS INTERNAS DE RENDIMIENTO DE LAS INVERSIONES EN CAPITAL HUMANO  
Fuente: Elaboración propia a partir de las retribuciones oficiales de cada año.



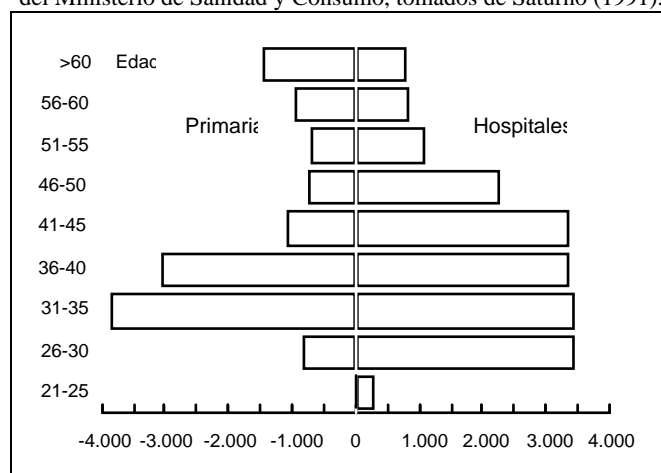
Tampoco se ha considerado el efecto del desempleo y el fracaso educativo. Por último, los tiempos de aprendizaje y ejercicio son simulados.

## VI.2.2. Crecimiento organizativo y carrera profesional

Los sistemas de incentivos basados en carreras profesionales reposan sobre incrementos retributivos asociados a la antigüedad y los ascensos de categoría. Tanto la creación como el cumplimiento de las expectativas laborales en ambos terrenos se ve favorecida de modo sustancial por el crecimiento de la organización. Éste permite pagar los sobresueldos correspondientes al personal veterano manteniendo en niveles razonables el coste laboral medio. Por el contrario, las organizaciones de baja tasa de crecimiento tienen dificultades tanto para generar el número de puestos jerárquicos necesarios para retribuir con ascensos como para mantener un equilibrio entre puestos sub y sobre remunerados, y, consiguientemente, usan pautas de “ascenso o despido”, o bien deben pagar salarios de entrada muy bajos. En este sentido, la sanidad pública española ha violado las restricciones propias de los sistemas de carrera profesional:

a) Ha crecido a tasas discontinuas, por lo que la probabilidad de ascenso ha sido muy alta para los profesionales de la primera época y muy baja con posterioridad, como revelan los datos comentados más abajo y la pirámide demográfica adjunta (Figura 6).

FIGURA 6. PIRÁMIDE DE EDAD DE LOS MÉDICOS DEL INSALUD, EN DICIEMBRE DE 1990  
Fuente: Elaborado con datos del Registro de Personal de las Instituciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo, tomados de Saturno (1991).



b) Ha contratado a los profesionales a salarios demasiado elevados para que fuese sostenible una evolución de la retribución creciente con la veteranía. Estos salarios de entrada excesivos fueron en origen consecuencia lógica de la rápida tasa de crecimiento de la red de hospitales públicos y la consiguiente inflación de los honorarios médicos. Con posterioridad, en los incrementos retributivos nominales se han primado los aumentos del sueldo fijo —y por tanto de la retribución de entrada— sobre los de la antigüedad y las jefaturas, como se analiza en el apartado siguiente.

c) Ha sido incapaz de tomar decisiones eficientes de ascenso y sanción, fundamentales para romper el acceso automático a los incentivos de la carrera. Los datos sobre sanciones revelan

que el régimen disciplinario funciona mal, pues no sólo se incoan pocos expedientes sancionadores, sino que, a juzgar por la elevada tasa de sentencias judiciales contrarias a la Administración, se tramitan o deciden defectuosamente; y, además, se tiende a sancionar más el incumplimiento de normas que el de deberes o el fraude.<sup>59</sup>

### VI.2.3. Salarios “eficientes”

En la medida en que el sector público pague el trabajo por encima de su precio de mercado — tanto mediante salarios como a través de mejores condiciones de trabajo—, podría utilizar esta diferencia para crear un mecanismo implícito de motivación, basado en la amenaza de perder el empleo en caso de que el rendimiento descienda por debajo de un cierto grado.<sup>60</sup> Caben dos grados de aplicación de estas ideas: (a) En una versión ambiciosa, se intentaría introducir el criterio de rendimiento en la evaluación de los ascensos, lo cual exigiría, además, ampliar el número de éstos, estableciendo un mayor número de escalones. Esta posibilidad encierra el peligro de que la introducción de criterios subjetivos en los sistemas de acceso y ascenso en la función pública corre el grave riesgo de generar nepotismo. De hecho, éste parece haber sido la percepción pública que ha merecido el reciente aumento del número de cargos gerenciales de libre designación. (b) En una versión más modesta, se buscaría hacer posible una reducción sustancial del fraude, recuperando un mayor grado de sanción del fraude o del incumplimiento grave de funciones.

### VI.3. RETRIBUCIÓN POR ANTIGÜEDAD

Un elemento fundamental de la carrera profesional es el crecimiento de los ingresos con la veteranía. Al situar el premio en la parte final de la carrera profesional, la retribución por

---

<sup>59</sup> En 1990, según la *Memoria* de actividades desarrolladas por la Inspección Sanitaria del Insalud, en las Direcciones Provinciales sólo se incoaron 224 expedientes, 150 de ellos a médicos; y la tasa de estimación total o parcial de los recursos de reposición ante el Ministerio contra la resolución de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo fue del 9,09 por 100; mientras que la tasa de sentencias judiciales favorables a los sancionados fue del 54,55 por 100 (*Guía Sanitaria*, n.º 216, 4 de febrero de 1992). La lista de las causas de los expedientes es reveladora de las dificultades para sancionar distintos tipos de actos. Así, el primer lugar, tanto para médicos como para ATS, lo ocupa el incumplimiento de normas, lo que muestra la rigidez y burocratización de todo el sistema. En concreto, para los médicos, las causas son, en orden decreciente: el susodicho incumplimiento de las normas establecidas, los actos contrarios a los intereses de la Seguridad Social, el incumplimiento de deberes, las faltas de asistencia, y, sólo en quinto lugar, la desviación de pacientes a consultas privadas junto con el cobro de iguales.

<sup>60</sup> En línea con los modelos de garantía contractual automática iniciados por Becker y Stigler (1974), y Klein y Leffler (1981), y que han sido aplicados más recientemente al ámbito laboral por la literatura sobre “salarios eficientes” que inician Shapiro y Stiglitz (1984).

antigüedad puede desincentivar un comportamiento fraudulento o un rendimiento muy bajo, siempre que no sea nula la probabilidad de sanción y consiguiente pérdida de dicho premio.

Esta sección analiza cómo ha cambiado esta función a lo largo del tiempo. Para ello, se estima la función retributiva de cada año mediante los ingresos que percibiría un trabajador recién empleado a lo largo de su vida profesional en el caso de que durante el transcurso de ésta se mantuviesen los niveles retributivos de sueldo fijo y antigüedad vigentes en dicho año (en otras palabras: como si a medida que pasaran los años siguiera cobrando el mismo sueldo fijo del año de entrada y fuese acumulando trienios al precio que éstos tenían en este momento).<sup>61</sup> Para valorar la importancia de la retribución por antigüedad, se ha estimado el peso en la compensación total de un trabajador típico de los dos componentes retributivos, el sueldo y la antigüedad.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> Los estudios de capital humano consideran dos hipótesis extremas para estimar el flujo de ingresos esperados que motiva las decisiones de entrada en un sector por los trabajadores: En la llamada “hipótesis estática”, tales decisiones están guiadas por los ingresos observables en cada momento. Por el contrario, en la basada en expectativas racionales, en los ingresos futuros. La estimación que aquí se efectúa viene a ser intermedia a ambas, pues no se toma un corte transversal, como en la estática, ni tampoco la evolución real, como en la basada en expectativas racionales.

<sup>62</sup> El procedimiento ha sido el siguiente. Se supone que el trabajador no asciende de categoría y que durante toda su vida laboral, que se estima en 39 años, el importe del sueldo y de los trienios que percibe son los vigentes en el momento de su entrada. El valor actual de un sueldo anual de  $S$  pesetas durante  $n$  años y descontado a un tipo real  $r$  se ha calculado como:

$$VA(S, n) = S \int_0^n e^{-rt} dt = S \frac{1 - e^{-nr}}{r} ;$$

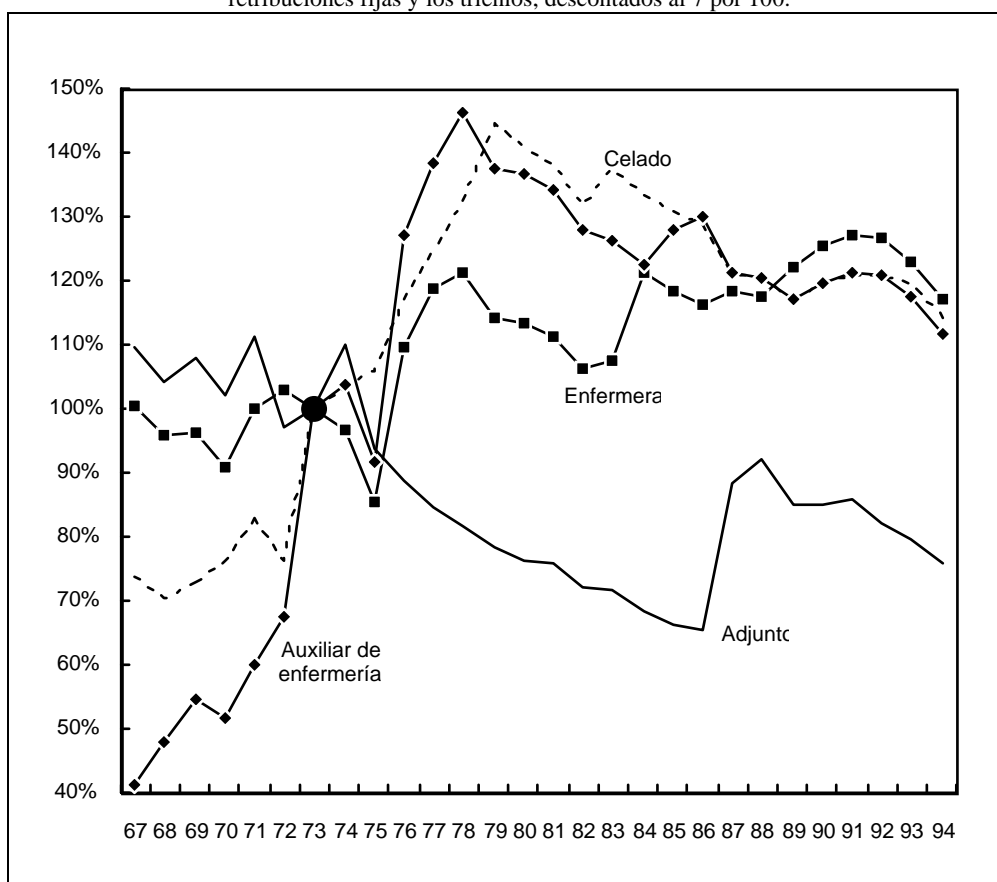
mientras que el valor actual de la retribución por antigüedad, consistente en percibir cada tres años y a lo largo de los  $n$  años de vida laboral un aumento salarial acumulativo, de importe constante  $T$ , se ha estimado como:

$$VA(T, n) = T \sum_{j=1}^{(n/3)-1} \int_{3j}^n e^{-rt} dt = T \frac{3e^{-3r} - n e^{-nr} - (n-3) e^{-(n+3)r}}{3r(1-e^{-3r})} .$$

Se supone, por sencillez, que los ingresos se perciben de modo continuo y que  $n$  es múltiplo de tres.



FIGURA 7. ÍNDICE DEL VALOR ACTUAL DE LA COMPENSACIÓN ESPERADA POR UN RECIÉN CONTRATADO EN CADA AÑO  
 Notas: 1973=100. Elaboración propia a partir de los salarios oficiales de cada año. Se considera el valor actualizado de las retribuciones fijas y los trienios, descontados al 7 por 100.



Se obtienen así resultados reveladores, tanto en términos de nivel como de función retributiva. (a) Por lo que respecta al nivel, basta comparar la Figura 1 (en la que no se contemplaban las primas de antigüedad) y la Figura 7, en que sí se hace, para observar que la consideración de cómo ha evolucionado la retribución por antigüedad ocasiona en los años más recientes un descenso sustancial de la compensación, y ello para todas las categorías. (b) Por otro lado, en cuanto a la función retributiva, se observa que el peso de la antigüedad como porcentaje de la retribución total ha caído sustancialmente para todas las categorías (Figura 8). Se pueden distinguir en este punto tres períodos: En el primero, que dura desde 1967 a 1972 (para médicos) y a 1976 (para el resto del personal), se mantiene entre el 22 y el 32 por 100. Desde entonces, permanece en unos niveles entre el 11 y el 20 por 100 hasta 1987 inclusive. En este último año, experimenta un nuevo descenso, con motivo de la introducción del sistema retributivo de los funcionarios, situándose entre el 5 y el 9 por 100. (Los importes absolutos de estas cifras son sensibles al tipo de descuento empleado, pero no su decrecimiento). El posible impacto motivacional de este descenso de la retribución por antigüedad puede observarse en la Figura 9, que recoge el cambio radical en las estimaciones que un médico adjunto que hubiera ingresado a los 26 años de edad puede haber hecho acerca de cuál es, en cada momento de su carrera, el valor actual de la retribución que espera obtener por antigüedad.

FIGURA 8. PARTICIPACIÓN DEL VALOR ACTUAL DE LA ANTIGÜEDAD EN LA COMPENSACIÓN TOTAL ESPERADA POR UN RECIÉN CONTRATADO

Fuente: Elaboración propia a partir de los salarios oficiales, descontando las retribuciones fijas y los trienios al 7 por 100.

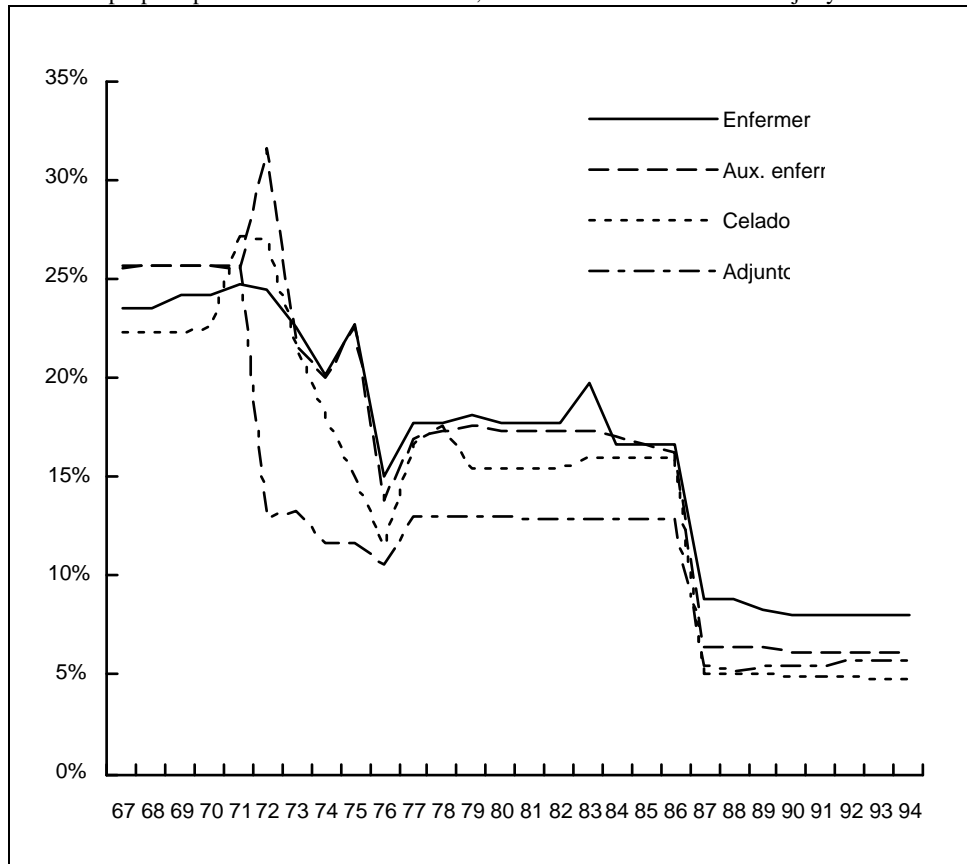
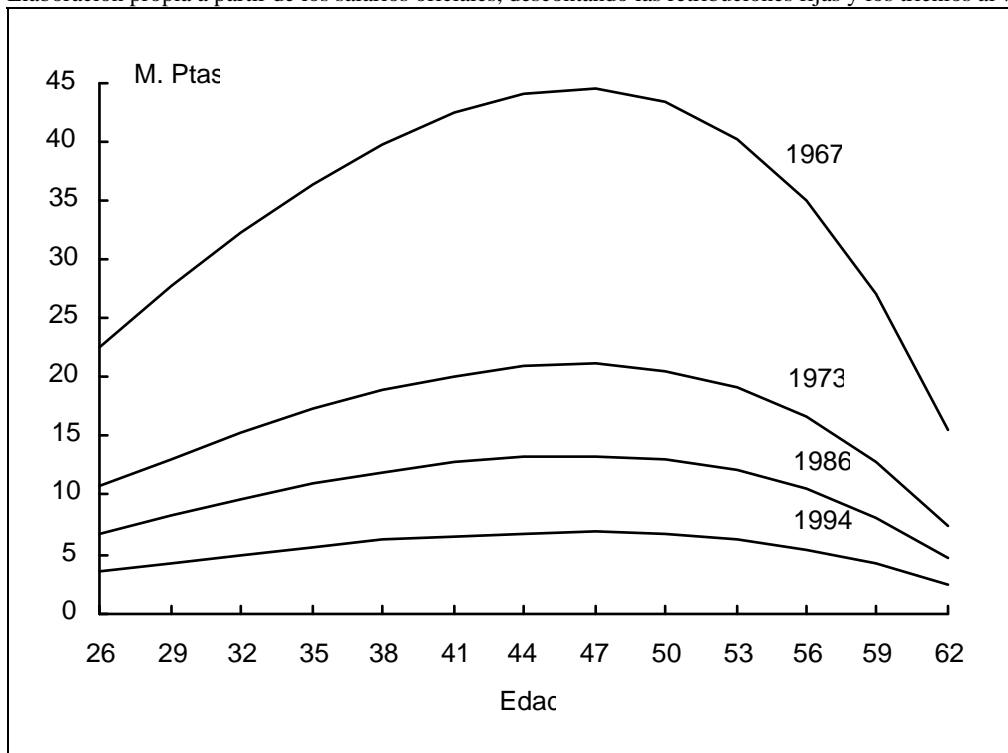


FIGURA 9. VALOR ACTUAL DE LA RETRIBUCIÓN ESPERADA POR ANTIGÜEDAD POR PARTE DE UN MÉDICO ADJUNTO QUE HAYA INGRESADO A LOS 26 AÑOS, EN FUNCIÓN DE SU EDAD.

Fuente: Elaboración propia a partir de los salarios oficiales, descontando las retribuciones fijas y los trienios al 7 por 100.



#### VI.4. ASCENSOS DE CATEGORÍA

Las organizaciones intensivas en capital humano suelen utilizar carreras profesionales basadas en ascensos a largo plazo. La estructura jerárquica de la profesión médica —con más de un tercio de jefes— proporciona una buena base para que los ascensos de categoría constituyan un elemento motivador importante.<sup>63</sup> Sin embargo, la rapidez con que fue creada la red de hospitales de la sanidad pública ha originado un bloqueo generacional. Como reflejan los datos del Cuadro 5 —únicos disponibles de este tipo—, ya en 1983 las posibilidades de ascenso en la jerarquía profesional eran escasas. Sólo el 7,6 por 100 de los adjuntos tenía más de 45 años y un 14,3 por 100 de los jefes de sección más de 50, y la edad media de las diversas categorías no era muy distinta. Además, los jefes de servicio y de sección habían ocupado las categorías inferiores durante períodos más cortos que los que en ese momento llevaban sin ascender los médicos de éstas. Esta situación puede haberse acentuado con posterioridad.

CUADRO 5. CARACTERÍSTICAS DE LA PLANTILLA DE MÉDICOS DE HOSPITAL DEL INSALUD EN 1983.  
Fuente: Resumen de los datos contenidos en Hernández Yáñez (1985).

	Jefes de servicio	Jefes de sección	Médicos adjuntos	Total médicos	Enfermeras	Enfermeros	Aux. de enferm.
Número	1,550	3,850	10,100	15,500	32,581	8,918	31,95
Edad media	51.0	43.0	37.6	40.3	35.7	38.5	37.4
Edad media de ingreso en SS				29.3	26.5	31.0	29.0
Antigüedad media	19.0	14.0	9.0	11.0	8.8	7.3	8.7
Años en categoría actual	9.9	7.3	7.7	7.8			
Años en categoría anterior	8.1	6.3		5.9			

Con objeto de examinar la repercusión retributiva de la imposibilidad de ascender, se ha estimado la evolución en el tiempo de las retribuciones esperadas por ascensos. Para ello, se han simulado los ingresos hipotéticos que corresponderían a un profesional que hubiera logrado ascender a jefe de sección y de servicio en los plazos en que lo habían logrado quienes ocupaban esos puestos en 1983, y bajo el supuesto de que durante toda su vida profesional percibiera las retribuciones de los años 1978 y 1994. Ello proporciona las series denominadas 1978(1) y 1994(1). Así mismo, se ha analizado el supuesto de un profesional que no disfrutase ascenso alguno y que fuera retribuido con los sueldos y trienios del año 1994, denominando a su serie como 1994(2).

<sup>63</sup> En el caso de los médicos de hospital la proporción de cargos dentro de la jerarquía profesional compuesta por los jefes de servicio y sección se situaba en 1983 en el 35 por 100, nivel suficientemente elevado para que el ascenso de categoría pudiera ser un factor importante en el diseño de la carrera profesional. Al contrario que en Medicina, el porcentaje de cargos en Enfermería era sólo del 7 por 100, por lo que el ascenso estaba llamado a representar aquí un papel menos importante. Pese a que, desde entonces, se han introducido varios escalones jerárquicos adicionales, no parece que esta nueva estructura, de carácter gestor más que asistencial, afecte sustancialmente esta conclusión.

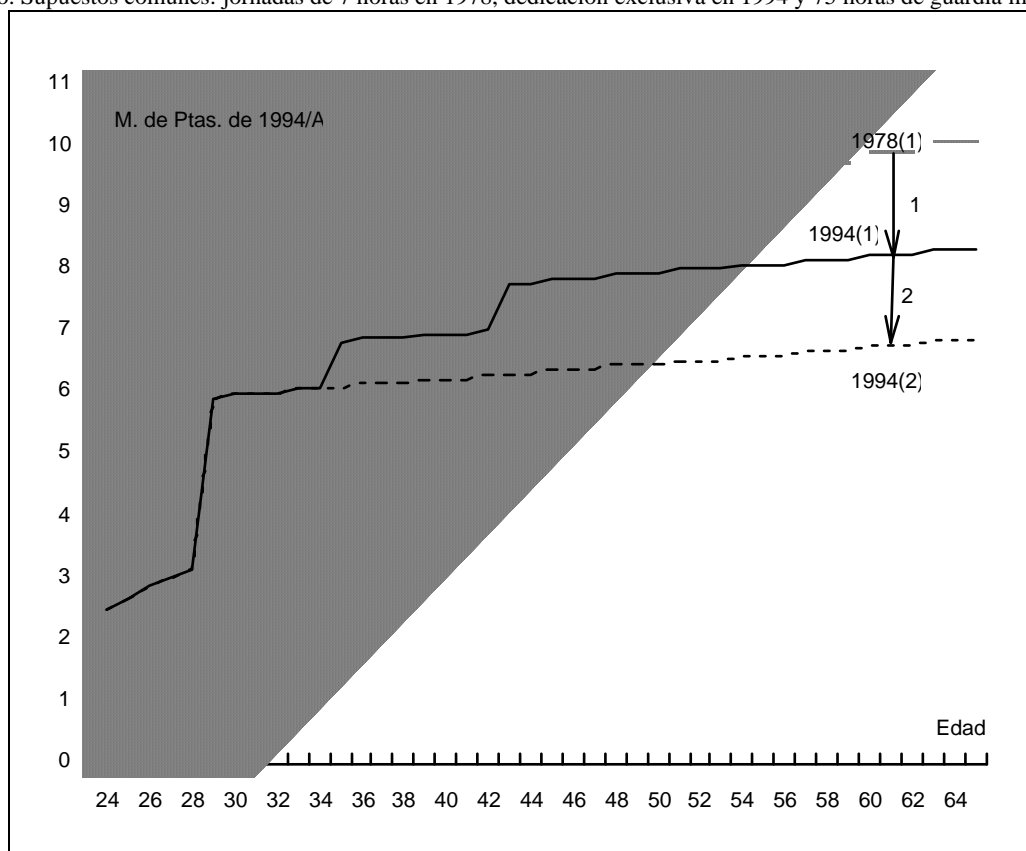
Pese a diversos problemas con estos datos,<sup>64</sup> la comparación de los perfiles da una idea de la pérdida de importancia de los ascensos. El denominado “1978(1)” representa las expectativas profesionales medias en la primera parte de los años setenta, mientras que el “1994(2)” refleja las expectativas más comunes para los especialistas que entraron en los años ochenta y noventa, representando 1994 (1) una situación hipotética en la que se hubieran mantenido las posibilidades de ascenso, pero se hubieran alterado las primas por ascenso y antigüedad.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> Reflejan una carrera en exceso optimista, pues no tienen en cuenta el que un cierto número de profesionales se jubilaban en las categorías de adjuntos y jefes de sección. Para 1978, este exceso de optimismo se compensa al tomar como base los datos de 1983, en que ya había sufrido un cierto grado de bloqueo.

<sup>65</sup> Para elaborar estos perfiles retributivos teóricos, se emplean adicionalmente numerosas hipótesis simplificadoras: (a) Se toma como edad de entrada el promedio de la plantilla de 1983. (b) Se calculan los ingresos tomando como base las retribuciones por trienio y hora de guardia correspondientes a cada uno de los dos años. (c) En 1978, se toman las retribuciones correspondientes a los facultativos con jornadas de siete horas; y, en 1993, a los médicos con complemento específico —dedicación exclusiva—. (d) Se estiman las guardias sobre la base de que realicen mensualmente tres guardias de presencia física de 17 horas y una de 24 horas durante 12 meses al año, que suponen un total de 75 horas mensuales. Las guardias se pagan cada uno de los 12 meses del año en que se realizan, pues durante los meses de vacaciones se efectúan en mayor número para suplir la ausencia de los trabajadores de vacaciones. A partir de 1986 se pagan 15 meses, al incluirse una prorrata en las pagas de vacaciones y extraordinarias. (e) Todas las retribuciones de 1978 se expresan en pesetas de 1994, ajustándolas mediante la evolución del índice de precios al consumo. (f) Se consideran los ingresos brutos, pues no se tienen en cuenta los cambios en la tributación de las rentas del trabajo.

FIGURA 10. RETRIBUCIÓN ANUAL ESTIMADA A LO LARGO DE LA CARRERA PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS DE HOSPITAL  
 Notas: M. de Ptas. de 1994, incluyendo ascensos, antigüedad y guardias. Las series (1) se han estimado con los ascensos que había disfrutado en promedio la plantilla de 1983 y las retribuciones de 1978 y 1994; y la serie (2) sin ascender de médico adjunto. Supuestos comunes: jornadas de 7 horas en 1978, dedicación exclusiva en 1994 y 75 horas de guardia mensuales.



La comparación de estas series proporciona una idea aproximada de los cambios radicales que se han producido en el perfil retributivo de la carrera profesional de los médicos especialistas. Los dos desplazamientos de la función retributiva representados en la Figura 10 recogen dos efectos: Por un lado, el descenso en el valor de los trienios entre 1978(1) y 1994(1); y, por otro, las menores posibilidades de ascenso, reflejadas por el paso de 1994(1) a 1994(2). La pérdida retributiva se produce en todos los conceptos, pero se concentra en la imposibilidad de ascender (46,27 por 100) y en el menor importe de los trienios (32,98 por 100) (Cuadro 6). Junto al sustancial descenso en la retribución total, sobresale lo desigual de su reparto a lo largo de la vida profesional. Observamos así, por una parte, que el valor actualizado de las retribuciones durante toda la carrera profesional, que era de 87,14 millones de pesetas según 1978(1), baja a 79,11 según 1993(1), y a 72,19 millones para 1994(2), utilizando un tipo de descuento del siete por cien. Este descenso se distribuye de forma desigual: mientras que se mantiene la retribución de entrada, es notable cómo se ha reducido su crecimiento a lo largo de la vida profesional.<sup>66</sup>

<sup>66</sup> El uso de un mismo tipo de descuento para todo el período no es probable que influya en los resultados, porque, al tratarse de un tipo real, sus variaciones es difícil que tengan la magnitud suficiente para afectarlos de modo sustancial.

CUADRO 6. VALOR ACTUAL DE LAS RETRIBUCIONES DURANTE TODA LA CARRERA PROFESIONAL DE UN ESPECIALISTA SEGÚN LAS RETRIBUCIONES DE 1978 Y 1994, Y ANÁLISIS DE LAS VARIACIONES ENTRE 1978 Y 1994

Fuente: Elaboración propia a partir de los salarios oficiales y de datos sobre ascensos extraídos de Hernández (1985).

	15%	10%	7%	5%	4%
1978(1) (M. Ptas.)					
(1) Sueldo sin ascensos	22.97	36.06	51.40	68.32	80.11
(2) Ascensos típicos en los 70	1.71	4.29	8.04	12.69	16.14
(3) Antigüedad	2.19	4.83	8.61	13.33	16.84
(4) Guardias	8.33	13.29	19.09	25.48	29.91
(5) Total	35.21	58.47	87.14	119.81	143.00
1994(1) (M. Ptas.)					
(6) Sueldo sin ascensos	22.17	35.04	50.15	66.82	78.40
(7) Ascensos típicos en los 90					
(8) Ascensos típicos en los 70	1.48	3.69	6.92	10.92	13.84
(9) Antigüedad	0.94	2.07	3.68	5.70	7.20
(10) Guardias	8.58	13.10	18.36	24.13	28.11
(11) Total	33.17	53.90	79.11	107.57	127.75
(12) 1994(2) = (11) - (8)	31.69	50.21	72.19	96.65	113.89
Diferencias retributivas (M. Ptas.)					
(6-1) Sueldo adjuntos	-0.80	-1.02	-1.25	-1.49	-1.66
(8-2) Retribución de jefaturas	-0.24	-0.60	-1.12	-1.77	-2.24
(-8) No ascensos	-1.48	-3.69	-6.92	-10.92	-13.84
(9-3) Antigüedad	-1.26	-2.77	-4.93	-7.63	-9.64
(10-4) Guardias	0.25	-0.19	-0.73	-1.35	-1.74
(12-8) Total	-3.51	-8.26	-14.95	-23.16	-29.24
Diferencias sobre total 1978					
Sueldo adjuntos	-2.3%	-1.7%	-1.4%	-1.2%	-1.2%
Retribución de jefaturas	-0.7%	-1.0%	-1.3%	-1.5%	-1.6%
No ascensos	-4.2%	-6.3%	-7.9%	-9.1%	-9.7%
Antigüedad	-3.6%	-4.7%	-5.7%	-6.4%	-6.7%
Guardias	0.7%	-0.3%	-0.8%	-1.1%	-1.2%
Total	-10.0%	-14.1%	-17.2%	-19.3%	-20.4%
Diferencias sobre valores 1978					
Sueldo adjuntos	-3.5%	-2.8%	-2.4%	-2.2%	-2.1%
Retribución de jefaturas	-13.9%	-13.9%	-13.9%	-13.9%	-13.9%
No ascensos	-86.1%	-86.1%	-86.1%	-86.1%	-86.1%
Antigüedad	-57.3%	-57.3%	-57.3%	-57.3%	-57.3%
Guardias	3.1%	-1.4%	-3.8%	-5.3%	-6.0%
Total	-10.0%	-14.1%	-17.2%	-19.3%	-20.4%

## VI.5. COMENTARIOS SOBRE LAS PROPUESTAS DE CARRERA PROFESIONAL

En los últimos años, se han debatido con insistencia diversas propuestas de reforma sistemática de la carrera profesional del personal médico y sanitario. Con ánimo de contribuir a este debate, se ofrecen varias reflexiones preliminares sobre asuntos no tratados de forma explícita en las secciones precedentes, si bien las observaciones se inspiran y fundamentan en el análisis desarrollado en ellas. Se toman como referencias las opiniones de los profesionales y la propuesta presentada por el Ministerio en 1991.<sup>67</sup>

1. *Solución a largo plazo.* Una primera idea que conviene tomar como base al rediseñar la carrera es que ésta sólo puede proveer una solución eficiente en el largo plazo. El diseño de

<sup>67</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo, "Carrera profesional del personal sanitario", Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, 1991.

carrera debe ser sostenible, lo que requiere que esté pensada para una situación estable. Ha de evitarse, por ello, mezclar en su configuración arreglos a corto plazo, motivados sobre todo por reivindicaciones salariales, y que con frecuencia serán contradictorios con la lógica interna de la carrera.

2. *Expectativas profesionales.* Las opiniones de los propios profesionales sobre la carrera profesional son reveladoras de los riesgos que entrañan las decisiones en esta materia:<sup>68</sup> (a) La mayoría de los médicos es favorable a una carrera con tiempos mínimos de permanencia en cada categoría, y también de tiempos *máximos* de permanencia. Puede interpretarse que desean frenar la competencia, y que cuando demandan “carrera profesional”, lo que desean son mejoras en la retribución y las condiciones de los puestos ligadas a la veteranía. (b) Cerca del 70 por 100 de los médicos considera que los propios profesionales de los centros deben figurar por delante de la Administración al determinar los criterios de ascenso; y más del 80 por 100 opina que no debe limitarse el número de plazas, excepto en la categoría superior. Parece que desean ascensos generalizados, por lo cual es difícilmente viable una carrera con decisiones descentralizadas. (La experiencia de la Universidades tras la Ley de reforma de 1983 es muy demostrativa de este punto, pues tras la descentralización se ha producido un ascenso generalizado de toda la plantilla docente). Parece pues necesario un cierto grado de centralización de las decisiones sobre el número y los criterios de ascenso, empleando la información de los centros sólo para evaluar a los candidatos. (c) Son de interés las opiniones de los médicos de primaria que trabajan bajo el antiguo régimen “de cupo”. Contrariamente a sus colegas hospitalarios, no desean que los profesionales del área intervengan en las decisiones de valoración de la carrera profesional. La causa de esta curiosa posición pudiera residir en que sus pretensiones profesionales se encuentran satisfechas con un régimen de retribución capítativo. Este punto y las opciones que abre merecerían ser explorados cuidadosamente.

3. *Posibilidades de los sistemas de “doble turno”.* La prevalencia de criterios igualitaristas y de sobrevaloración del propio rendimiento, recomiendan posibilitar el ascenso de todos los profesionales hasta un cierto nivel, con el fin de no marginar a los menos competentes. Para ello, existe una posibilidad intermedia. Esta solución mixta consiste en establecer, tanto de manera formal —como se hace por ejemplo en el notariado español<sup>69</sup>— como informal —empleos permanentes de las grandes empresas japonesas— un doble turno de ascenso, basado en los méritos y la antigüedad. En este sistema, el grado en que se ponderan antigüedad y méritos se controla al establecer el número de ascensos que se deciden por cada vía. Este

---

<sup>68</sup> Según los resultados de una encuesta interna efectuada en 1991 mediante 2.087 entrevistas personales a médicos del Insalud no transferido recogidos en el documento del INSALUD, “La carrera profesional de los médicos: Bases para la elaboración de un modelo”, reproducido en *Gaceta Sanitaria*, n.º 228, 28 de abril de 1992.

<sup>69</sup> Véase Arruñada (1996).

sistema de doble turno es compatible con su eventual uso en la asignación de plazas. Para ello, se puede utilizar un escalafón único de antigüedad en el que se agregan los años reales y figurados. Estos últimos tienen origen en el concurso: un resultado positivo proporciona un cierto número de años de antigüedad. El sistema de doble turno es también suficientemente flexible para permitir el acceso de profesionales de excepcional valía a las categorías superiores sin pasar por las inferiores. Por el contrario, cuando se establecen requisitos de permanencia mínima, se ha de recurrir a procedimientos extraordinarios, que serían mal vistos en caso de aplicarse, como exigir a la comisión evaluadora un acuerdo unánime y basado en criterios estrictos. Como ventajas adicionales, el doble turno permitiría, además, un control total de las proporciones de médicos en cada categoría y flexibilizar el período transitorio. En este sentido, se podrían convocar concursos abiertos, cuya puntuación expresada en años se añadiría a la antigüedad real, para obtener un escalafón que proporcionase la asignación automática de categorías.

4. *Ámbito de aplicación.* La organización como carrera de la relación laboral es más necesaria para médicos, y más aún para *especialistas*, pues tiene más sentido cuanto mayor es el capital humano y el carácter profesional del trabajo que se haya de realizar. Por el contrario, valorar en la carrera profesional el ejercicio de cargos directivos, como proponía el Ministerio (p. 9) desvirtuaría el carácter profesional de la carrera, degradando las categorías. Éstas deben basarse en la excelencia profesional, y no en el desempeño de tareas que le son ajenas. La motivación de los directivos debe buscarse por otras vías. Si acaso, en un sistema de doble turno, se les puede mantener en el escalafón, ascendiendo sólo por antigüedad. Alternativamente, podría diseñarse una carrera profesional específica para directivos, opción ésta que sería más coherente si se redefinieran sus funciones en línea con las recomendaciones expuestas en las primeras secciones de este trabajo.

5. *Jubilación.* En esta dimensión han de tenerse en cuenta varios problemas. A medio plazo, la pirámide demográfica del personal va a provocar una tasa de jubilación muy rápida dentro de unos 15 años. Además, el envejecimiento de la población y la mejora de capacidad vital en edades maduras aconsejan alargarla, distinguiendo entre la jubilación opcional y obligatoria. Esto es tanto más recomendable cuando se ven afectados volúmenes importantes de capital humano y, además, existe una crisis del sistema de pensiones. No obstante, los sistemas que retribuyen por antigüedad requieren para su equilibrio financiero la jubilación forzosa del personal. Para subsanar este problema, se habría de congelar o, incluso reducir, la retribución a partir de la edad mínima de jubilación (un poco a la manera de los empleados permanentes de las grandes empresas japonesas).



## VII. Conclusiones

Este trabajo pretende servir de apoyo al diseño organizativo y la gestión del personal en el ámbito de la sanidad pública. Para ello, analiza las características y restricciones que imponen su naturaleza profesional y pública; estudia la adecuación de diversas posibilidades de diseño; formula pautas de gestión basadas fundamentalmente en el control mutuo y profesional de la actividad y en la existencia de incentivos a largo plazo dentro de una carrera profesional; y compara las recomendaciones así obtenidas con las experiencias recientes y algunas de las propuestas de reforma.

Tras analizar la estructura organizativa y constatar una caída sustancial de la productividad, se proponen diversas políticas, tendentes a: (1) suprimir escalones jerárquicos de índole directiva, liberando recursos para fines asistenciales, reconvirtiendo las estructuras directivas en facilitadoras de las funciones asistenciales y reasignando capacidad y responsabilidad directiva hacia la jerarquía médica; y (2) no modificar los regímenes jurídicos en tanto en cuanto no se superen las restricciones políticas que tradicionalmente han impedido agotar sus posibilidades.

Así mismo, en cuanto a la gestión de los recursos humanos, se ha constatado, por un lado, que la carrera y la definición de los puestos profesionales han sufrido trastornos radicales desde principios de los años setenta, en términos de desjerarquización e igualación retributiva (tanto en sentido intertemporal como entre categorías); y, por otro lado, que en el sistema actúan fuerzas que conducen a bajos niveles de esfuerzo y retribución y a aumentos del empleo, reduciéndose notablemente la productividad. Teniendo en cuenta el reiterado fracaso con que se han saldado los intentos de conectar rendimiento y compensación y de reestructurar la carrera profesional, las recomendaciones en este terreno ponen énfasis en la necesidad de (3) ligar la retribución a indicadores simples de la *carga de trabajo*, vigilando con especial cuidado las aberraciones que inevitablemente se generan; y (4) marginar la problemática retributiva a corto plazo a la hora de organizar la carrera profesional, tarea que debe tomar como referencia una situación de equilibrio sostenible a largo plazo.

## VIII. Referencias

- ARRUÑADA, B., “Bases para la organización y el control de los servicios sanitarios”, *mimeo*, Universidad de Oviedo, marzo, 1993a.
- ARRUÑADA, B., “Gestión empresarial de la sanidad pública: Demanda y limitaciones”, en XIII Jornadas de Economía de la Salud, Mapfre, Madrid, 1993b, (en prensa).
- ARRUÑADA, B., “Sanidad pública: la reforma imposible”, *Revista de Economía*, n.º 11, 1991, pp. 73-79.
- ARRUÑADA, B., “The Economics of Notaries”, *European Journal of Law and Economics*, Vol. 3, n.º 1, 1996, pp. 5-37.
- ARRUÑADA, B., “The Search for Efficiency in the Spanish Healthcare System”, en Varios Autores, *A Mixed Market in Healthcare; A New European Convergence*, European Policy Forum, Londres, 1995, pp. 52-64.
- ARRUÑADA, B., *Economía de la Empresa: Un enfoque contractual*, Editorial Ariel, Barcelona, 1990.
- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD, (ed.), *Cambios en la regulación sanitaria*, SG Editores, Barcelona, 1995.
- BAKER, P. G., M. C. JENSEN y K. J. MURPHY, “Compensation and Incentives: Practice vs. Theory”, *Journal of Finance*, Vol. 43, n.º 3, julio, 1988, pp. 593-616.
- BAREA TEJEIRO, J., (dir.), “Normalización de la estadística del gasto sanitario en España”, *mimeo*, Departamento de Economía y Hacienda Pública, Facultad de Ciencias Económicas y empresariales, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 1993.
- BAREA TEJEIRO, J., (dir.), *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1992.
- BECKER, G. S., y G. J. STIGLER, “Law Enforcement, Malfeasance, and Compensation of Enforcers”, *Journal of Legal Studies*, Vol. 3, enero, 1974, pp. 1-18.
- CARMICHAEL, L., “Firm Specific Human Capital and Promotion Ladders”, *Bell Journal of Economics and Management Science*, Vol. 14, primavera, 1983, pp. 251-8.
- CESM (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos), *Crisis hospitalaria: Presente y futuro de los Hospitales Españoles*, (I Conferencia de consenso sobre hospitales, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 25-26 de enero, 1993), ENE Ediciones, Madrid, 1994.
- COMISION de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, *Informe de la subcomisión de personal sanitario*, Madrid, marzo, 1991.
- COMISION de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, *Informe y recomendaciones*, Madrid, julio, 1991.
- DIRECTIVA 77/187/CEE, del Consejo de 14 de febrero de 1977 sobre la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros relativas al mantenimiento de los derechos de los trabajadores en caso de traspaso de empresas, de centros de actividad o de partes de centros de actividad, *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, n.º L 61, 5 de marzo, 1977, pp. 122-124
- ELOLA SOMOZA, F. J., *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*, FISS, Madrid, 1991.
- FAMA, E. F. y M. C. JENSEN, “Separation of Ownership and Control”, *Journal of Law and Economics*, Vol. 26, junio, 1983, pp. 301-25.

- HAYEK, F. A., "The Use of Knowledge in Society", *The American Economic Review*, Vol. 35, n.º 4, septiembre, 1945, pp. 519-30.
- GINESTAL, J., "Los incentivos en sanidad: algunas reflexiones para el caso español", *Hacienda Pública Española*, (monografías), n.º 1, 1993, pp. 101-7.
- HERNANDEZ, J. F., "Estudio sobre el personal sanitario de los hospitales del Instituto Nacional de la Salud", *documento interno*, INSALUD, Madrid, 1985.
- HUTCHENS, R., "A Test of Lazear's Theory of Delayed Payment Contracts", *Journal of Labor Economics*, Vol. 5, octubre, 1987, pp. 153-70.
- JENSEN, M. C., "Organization Theory and Methodology", *Accounting Review*, Vol. 50, n.º 2, abril, 1983, pp. 319-39.
- JENSEN, M. C., y W. H. MECKLING, "Knowledge, Control and Organizational Structure", *Seminar on Analysis and Ideology*, Interlaken, 1984.
- JENSEN, M. C., y W. H. MECKLING, "Specific and General Knowledge, and Organizational Structure", en L. Werin, y H. Wijkandere, (eds.), *Contract Economics*, Blackwell, Cambridge, MA, 1992, pp. 251-274. Versión revisada: *Journal of Applied Corporate Finance*, vol. 8, n.º 2, verano, 1995, pp. 4-18.
- KATZ, L. F., y A. B. KRUEGER, "Public Sector Pay Flexibility: Labour Market and Budgetary Considerations", en OECD, *Pay Flexibility in the Public Service*, Public Management Studies, OECD, París, 1993, pp. 43-77.
- KLEIN, B., R. G. CRAWFORD, y A. A. ALCHIAN, (1978), "Vertical Integration, Appropriable Rents, and the Competitive Contracting Process", *Journal of Law and Economics*, Vol. 21, n.º 2, octubre, pp. 297-326.
- KLEIN, B., y K. LEFFLER, "The Role of Market Forces in Assuring Contractual Performance", *Journal of Political Economy*, Vol. 89, agosto, 1981, pp. 615-641.
- KRUEGER, A. B., "The Determinants of Queues for Federal Jobs", *Industrial and Labour Relations Review*, Vol. 41, n.º 4, 1988.
- LAZEAR, E. P., "Why Is There Mandatory Retirement?", *Journal of Political Economy*, Vol. 87, diciembre, 1979, pp. 1261-84.
- LOBO, F., "Las reformas en marcha en el Sistema Nacional de Salud Español", *Presupuesto y Gasto Público*, n.º 10, 1993, pp. 119-130.
- LOPEZ CASASNOVAS, G., "Costes económicos y problemas financieros de la reforma sanitaria", en F. ANTOÑANZAS y J. PEREZ-CAMPANERO, (coords.), *La reforma del sistema sanitario*, FEDEA, Madrid, 1992, pp. 77-89.
- LOPEZ CASASNOVAS, G., "Ofertas de cuidados de salud y políticas de empleo en el sector sanitario público", *Hacienda Pública Española*, (monografías), n.º 1, 1993, pp. 45-68.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, "Algunos aspectos de la política de personal del Sistema Nacional de Salud", Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, febrero, 1991b.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, "Análisis de la atención continuada del personal facultativo jerarquizado", Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, julio, 1989.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, "Carrera profesional del personal sanitario", Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, 1991d.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, "Contrato cooperativo", Madrid, octubre, 1992.

- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, “Informe comparativo de las retribuciones del personal estatutario adscrito al Insalud y a los servicios de salud transferidos a las comunidades autónomas”, Dirección General de Ordenación Profesional, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, “Las retribuciones del personal estatutario del INSALUD y de las Comunidades Autónomas”, Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, Noviembre, 1990b.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, “Negociación mesas sectoriales sanitarias 1991”, Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, 10 de enero, 1991c.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, “Reflexiones sobre la conveniencia de mantener una regulación homogénea de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud”, Dirección General de Recursos Humanos, *documento interno*, Madrid, febrero, 1991a.
- MINISTERIO de Sanidad y Consumo, *El sistema retributivo del personal estatutario del INSALUD*, Madrid, 1990a.
- MINISTERIO de Sanidad y Seguridad Social, *Plantillas y retribuciones del personal de la Seguridad Social*, Informe Monográfico n.º 2, Madrid, noviembre, 1978.
- MINTZBERG, H., *The Structuring of Organizations (A Synthesis of the Research)*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1979. Traducido al español con el título *La estructuración de las organizaciones: La teoría de la política de gestión* (Ariel, Barcelona, 1988).
- NIETO, A., *El mito de la Administración prusiana*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 1962.
- NIETO, A., *La retribución de los funcionarios en España*, Ediciones de la Revista de Occidente, Madrid, 1967.
- OECD, *OECD Health Systems: Facts and Trends, 1960-1991*, OECD, París, 1993.
- RICART I COSTA, J. E., y J. M. ROSANAS, “La empresa pública como organización”, *Papeles de Economía Española*, n.º 38, 1989, pp. 46-58.
- RUIZ ALVAREZ, J. L., “El sector sanitario público: Balance y perspectivas”, *Presupuesto y Gasto Público*, Vol. 20, n.º 1, 1990, pp. 31-46.
- SATURNO, P. J., “Análisis y valoración de los recursos humanos del sistema sanitario español”, Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, *Informe de la subcomisión de personal sanitario*, Madrid, marzo, 1991.
- SHAPIRO, C., y J. STIGLITZ, “Equilibrium Unemployment as a Worker Discipline Device”, *American Economic Review*, Vol. 74, junio, 1984, pp. 433-44.
- SUBSECRETARÍA de la Seguridad Social, *Libro Blanco de la Seguridad Social*, Ministerio de Trabajo, Madrid, 1977.
- WYKE, A., “The Future of Medicine”, *The Economist*, (survey), 19 de marzo, 1994.