



FUNDACION BBV

**BASES PARA UNA REFORMA DE LAS  
POLITICAS SALARIALES Y DE EMPLEO EN EL  
SECTOR PUBLICO: UNA APROXIMACION AL  
SISTEMA SANITARIO PUBLICO**

Guillem López i Casanovas  
Miguel Angel García Cestona

Diciembre, 1995

**ECONOMIA PUBLICA**



**BASES PARA UNA REFORMA DE LAS  
POLITICAS SALARIALES Y DE EMPLEO EN EL  
SECTOR PUBLICO: UNA APROXIMACION AL  
SISTEMA SANITARIO PUBLICO**

Guillem López i Casasnovas  
Miguel Angel García Cestona

Diciembre, 1995

## **Centro de Estudios de Economía sobre el Sector Público**

Director: **D. José Manuel González-Páramo**, catedrático de Hacienda Pública y Sistema Fiscal,  
de la Universidad Complutense de Madrid

## GUILLEM LOPEZ I CASASNOVAS

Nacido el 14 de Julio de 1955 en Ciutadella en Menorca, Licenciado en Ciencias Económicas (Premio Extraordinario, 1978) y Derecho (1979) por la Universidad de Barcelona, obtiene su doctorado en Economía Pública por la Universidad de York (Reino Unido, Ph. D. 1984). Ha sido Profesor Titular de Hacienda Pública de la Universidad de Barcelona, *vising scholar* en el Institute of Social and Economic Research (R.U.), Universidad de Sussex y en la Graduate School of Business de la Universidad de Stanford (Estados Unidos). Desde junio de 1992 es Catedrático de Economía Aplicada en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

Autor de diversas publicaciones, su investigación se centra preferentemente en la mediación de la eficiencia en el sector público, la revisión del papel del sector público en general, y en el ámbito sanitario en particular, y la financiación de las Haciendas Territoriales.

## MIGUEL ANGEL GARCIA CESTONA

Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Zaragoza y Doctor (Ph. D.) en Economía por la Universidad de Stanford (California). En la actualidad es Profesor Titular en la Universidad Autónoma de Barcelona, así como miembro del Consejo Asesor de la revista Moneda y Crédito y del Comité Científico de las Jornadas de Economía Industrial. Los trabajos de investigación y los artículos por él publicados se centran en las áreas de organización interna de la empresa, y el encaje estructural de la propiedad y control de la empresa.

Los Centros Permanentes de Reflexión de la Fundación Banco Bilbao Vizcaya abordan, desde una perspectiva multidisciplinar, áreas específicas de actualidad. En cada una de estas áreas se incluyen proyectos de investigación propios, a partir de los cuales se desarrolla una actividad de encuentros periódicos, generalmente en la modalidad de seminarios y conferencias anuales.

Aspiran estos Centros a que la sociedad vea en ellos puntos de referencia de calidad, en los estudios y debates de los temas encuadrados dentro de cada área.

La Fundación Banco Bilbao Vizcaya pretende ofrecer, con el Centro de Estudios sobre Economía Pública, un punto de referencia en el estudio, la reflexión y el debate sobre la actividad del sector público español y las alternativas disponibles para mejorar el diseño de la política pública en sus aspectos fundamentales: fiscalidad, gasto y endeudamiento públicos, regulación económica, gestión pública y des-centralización, etc.

## RESUMEN

El presente texto pretende realizar un análisis de las consecuencias que en las políticas de empleo se derivarían de reconocer e incorporar una caracterización más realista del ejercicio profesional en el sector público.

La cuestión de la heterogeneidad nos recuerda que podemos encontrar aspectos de aptitud y actitud distintos en el empleo público, y refuerza la importancia de dar una respuesta organizativa al problema de la motivación.

En cuanto a la estructura organizativa adoptada, es bien sabido que ésta ejerce una influencia importante sobre la actuación de los agentes. Según cuál sea el grupo en el que se integre, con el que se compare un agente, su actuación será diferente. ¿Cuál es entonces el tipo de organización que la función pública debería considerar?

La respuesta, evidentemente, es que no hay una única solución. Pese a ello, el intento del presente trabajo consistirá en caracterizar con elementos de optimalidad dicha estructura organizativa, una vez identificadas las distribuciones de empleados de las que se parta y de las tareas a ejecutar por las unidades.

El ámbito asistencial sanitario público constituye el campo de reflexión concreto, para el que se elaboran algunas propuestas de reforma.

## SUMARIO

	Páginas
1. INTRODUCCION .....	7
2. ALGUNAS NOTAS DE CARACTERIZACION DE LA ACTIVIDAD PUBLICA .....	8
2.2. La caracterización del empleo público .....	9
2.2.1. La cuestión de la heterogeneidad .....	10
3. ALGUNAS BASES PARA LA REFORMA DE LAS POLITICAS DE EMPLEO PUBLICO ENCAMINADAS A MEJORAR LA MOTIVACION E INCENTIVOS EN LA ACTIVIDAD DE SUS PROFESIONALES .....	14
4. ALGUNAS CONSIDERACIONES ESPECIFICAS A LA REALIDAD DEL SECTOR PUBLICO .....	15
4.1. Caracterización de la política de personal en la provisión pública de servicios sanitarios .....	15
4.2. Políticas de empleo y rentas en el sector sanitario público .....	17
4.3. La opción «precios» versus «cantidades» .....	19
5. CONCLUSION: LA REFORMA EN LAS POLITICAS DE PROMOCION EN EL EMPLEO PUBLICO DEL SECTOR SANITARIO .....	24
BIBLIOGRAFIA .....	26
APENDICE .....	27





# BASES PARA UNA REFORMA DE LAS POLITICAS SALARIALES Y DE EMPLEO EN EL SECTOR PUBLICO: UNA APROXIMACION AL SISTEMA SANITARIO PUBLICO<sup>1</sup>

## I. INTRODUCCION

Tal como se destaca en un Documento de Trabajo anterior<sup>2</sup>, a la hora de intentar formalizar algunos de los problemas relativos a la política de salarios y empleo en la función pública nos encontramos con un abanico enorme de posibilidades; por ejemplo, en cuanto al peso que se quiera dar a la discrecionalidad en las políticas de promoción de puestos de trabajo versus reglarla; a la no promoción como equivalente a la relegación versus las promociones automáticas por antigüedad; entre sistemas de acceso abiertos, muy sensibles al mercado versus sistemas cerrados más autocontenidos; en definitiva, entre opciones que vinculan políticas retributivas con productividad (y así indirectamente con la oferta de empleo) y las que siguen caminos opciones independientes.

El presente trabajo quiere concentrarse, en particular, en dos elementos. Es evidente que no son los únicos, pero sí a nuestro juicio importantes y que hasta ahora no han recibido la atención que creemos se merecen. Se trata, en **primer lugar**, de analizar las consecuencias que en las políticas de empleo se derivan de reconocer e incorporar en el análisis una

caracterización más realista del ejercicio profesional en el sector público, en la que rasgos como la heterogeneidad del empleo y la complementariedad en las estructuras organizativas estén presentes. En **segundo lugar**, pretendemos analizar las consecuencias sobre la actividad —y en el gasto salarial en concreto—, derivado de la consideración de la política de empleo de modo independiente de la política de rentas (y viceversa).

Por lo que se refiere a la primera de las observaciones, y a efectos de formular algunas bases para la reforma de las políticas de empleo en el sector público, se trata de destacar:

- 1) la existencia de heterogeneidad en el empleo público.
- 2) los efectos del diseño de la organización en la que se circunscribe una determinada actividad pública.

La presencia de **heterogeneidad** se desea constatar tanto en las tareas a realizar en la actividad pública como en el nivel de cualificación del personal adscrito a las distintas actividades. En particular, consideraremos que diversos agentes (empleados) pueden realizar di-

<sup>1</sup> Profesores de la Universidad Pompeu Fabra y de la Universidad Autónoma de Barcelona, respectivamente. La presente investigación disfruta de una ayuda de la Fundación BBV —y se quiere dejar constancia de agradecimiento a los Srs. Antoni Ramírez y Montserrat

Betriu del Area Sanitaria de la Generalitat de Cataluña.

<sup>2</sup> Véase G. López Casanovas, «Empleo y políticas salariales en el sector público». Documento de trabajo del Centro de Estudios de Economía Pública, Fundación BBV, 1993.

versas tareas de forma más o menos eficiente o costosa según su tipo.

Dos serán las variables sujetas a consideración: la eficiencia individual en el desempeño de la actividad, y el grado de cooperación que dicha actividad requiere. Así, una persona puede tener una productividad individual muy elevada, pero carecer de actitudes de cooperación (no ayudar o dejarse aconsejar por los demás, practicar el «sabotaje» con sus compañeros, cooperar escasamente en actividades que requieren coordinación —«esto a mí no me toca»—, etc). De la misma forma, puede haber personas muy útiles en el trabajo con los demás, pero incapaces de desarrollar una eficacia individual alta.

El primer elemento (la heterogeneidad) nos dice que podemos encontrar aspectos de *aptitud* y *actitud* distintos en el empleo público, y refuerza la importancia de dar una respuesta organizativa al problema. ¿Qué ocurre, por ejemplo, si se mezclan personas más cooperativas con personas más individualistas? ¿Qué cambia con respecto a una situación donde todos sean del mismo tipo? **¿Cuál es el tipo de características que la función pública debería buscar en sus integrantes?**

El *segundo elemento* importante es la **estructura organizativa** adoptada. Esta ejerce una influencia importante sobre la actuación de los agentes. Es decir, según cuál sea el grupo en el que se integre, con el que se compare un agente, su actuación será diferente. **¿Cuál es entonces el tipo de organización que la función pública debería considerar?**

La respuesta, evidentemente, es que no hay una única solución. Pese a ello, el intento del presente trabajo consistirá caracterizar esta estructura organizativa, en base a las distribuciones de empleados de las que se parta y de las tareas a ejecutar por las empresas.

## 2. ALGUNAS NOTAS DE CARACTERIZACION DE LA ACTIVIDAD PUBLICA

Antes de entrar en el análisis propuesto, quisiéramos enfatizar la idea de **complementaridad** como nota característica de la actividad pública. Frecuentemente, se enjuicia la actuación de las organizaciones públicas comparándolas con las privadas. Se pasa a exigir, por ejemplo, de las empresas públicas una actuación y rentabilidad similar a la de las privadas. Hay dos problemas potencialmente graves en este enfoque:

a) la conocida discusión sobre el grado de diferenciación que supone la función pública respecto del resto de actividad mercantil. Si dicha diferenciación se acepta, la comparación directa con el sector privado podría ser engañosa,

b) (y más importante en nuestra opinión) la imposibilidad de cambiar sólo aspectos parciales de la estructura organizativa de la función pública, debiendo de considerarla como un todo interrelacionado.

¿Cuáles son dichas características específicas de la función pública? Entre las más destacadas:

- Entrada mediante concurso-oposición.
- Formación previa y a cargo del candidato.
- Escasas inversiones específicas en el trabajo.
- Empleo de por vida.
- Sistema de promoción en el que la categoría y antigüedad desempeñan un importante papel.

Por contra, la actividad mercantil privada responde a planteamientos en ocasiones radicalmente diferentes.

- Entrada y salida libre.
- Formación previa y a cargo del candidato a empleado.

- Inversiones específicas de difícil predeterminación.
- Continuidad de la relación de empleo y salario sujeto a la actuación individual...
- Promoción basada en mayor medida en méritos individuales.

En lo que se refiere al ejercicio de la actividad, y a diferencia de lo que acontece en el sector privado, el sector público cuenta con dos privilegios específicos para la consecución de sus objetivos. El primero consiste en la potestad de aplicar reglas, sanciones y tributos con carácter coactivo; el segundo, se refiere a las ventajas que supone la aceptación, por parte de los individuos, de su pertenencia o ciudadanía de un determinado Estado. Ambos elementos permiten reducir los costes de transacción que de otro modo puede ocasionar la internalización de efectos producidos entre individuos y/o distintas comunidades de referencia.

Sin embargo, y ello es lo relevante para nuestro propósito, el ejercicio de estos poderes no es para el Estado gratuito: La potestad coactiva se acompaña de la obligación que tiene el sector público en el desempeño de su actividad, de someterse a fiscalización y, en su ejecución, a responder al control que requiere el balance de poderes, propio de todo sistema democrático.

Ello se expresa en la **procedimentalización a la que se someten buena parte de las decisiones públicas** y en la **estabilidad genérica que se otorga al empleo público**. Ambos elementos, condicionantes de la gestión pública, resultan de esta especie de contrato de *fiducia*, o compromiso por el que las instituciones han de pervivir a sus coyunturales administradores; por ejemplo, impidiendo el sentido patrimonial de la administración por parte de los políticos y dificultando las prácticas de cabildeo en el empleo público y las denominadas «cesantías públicas».

Ello obliga, por lo tanto, a un difícil equilibrio en el ejercicio limitado de las potestades ejecutorias, entre la necesaria discrecionalidad para la toma de decisiones públicas y la inaceptable arbitrariedad. Dichas restricciones se han de interpretar, por tanto, como un contrapeso a la potestad de «orden y mando» con la que cuentan los gestores públicos en favor de la propia legitimidad democrática de su actuación.

Ambas cuestiones se reflejan, en último término, en la organización y estructuración que se dé a la función pública.

La idea que con ello queremos resaltar es que existen **elementos complementarios** (intersecciones, por ejemplo, entre eficiencia y proceso debido, efectividad y honestidad, etc.), que se refuerzan mutuamente, y que obligan a realizar planteamientos globales de la estructura organizativa de la función pública. En este contexto, un camino a seguir puede consistir en tratar de determinar primero el perfil adecuado de personas a las tareas y funciones deseadas, para proceder después a su contratación y determinación de la política de estabilidad del empleo aceptable en el seno de las distintas organizaciones públicas.

## 2.2. La caracterización del empleo público

A la hora de analizar la problemática en concreto del empleo público en España una primera aproximación consistiría en interrogarnos acerca de las deficiencias más evidentes observadas. ¿Qué es lo que está fallando? ¿Es acaso sintomático que un 15% aproximadamente de altos funcionarios estén excedentes del servicio? ¿Lo es que más de una tercera parte de empleos se dejen sin cubrir?

Las consabidas oposiciones ponen todo el coste de formación en el solicitante. Los can-

didatos potenciales se preparan, se examinan y si consiguen estar entre los elegidos se incorporan a la función pública. ¿Es éste, de nuevo, el procedimiento más eficaz para incorporar al servicio público, aquellos que, por ejemplo, conjugan correctamente «actitudes» y «aptitudes» deseables en el ejercicio de la actividad pública?

Un sistema alternativo es el de la formación dentro del sistema. Ello implicaría la existencia de inversiones específicas hechas por el propio empleador. ¿Implica ello que el empleador pueda retener forzosamente al empleado durante un tiempo suficiente, a efectos de amortizar la inversión en formación efectuada? ¿Con qué lógica de eficiencia en la utilización de los recursos públicos, los abogados del Estado —pongamos por caso— pueden acogerse a una excedencia, pasada la «señal» categórica que el éxito en la oposición supone, para desarrollar una actividad profesional libre? ¿Cómo cabe valorar dicho ejercicio cuando puede suponer, muchas veces, posiciones encontradas a los intereses de instituciones públicas que han tenido que acabar ofertando la vacante, de modo interino, cubriéndola con recién licenciados que cuentan con desigual formación que la de sus oponentes? O en el caso de los funcionarios de Hacienda, ¿por qué se pueden éstos incorporar a empleos alternativos pudiendo hacer uso de sus conocimientos? ¿A qué lógica responde que la función pública esté preparando y formando profesionales que acaban compitiendo luego contra ella desde empleos alternativos? ¿Pueden evitarse en la práctica este tipo de situaciones propias del «cazador cazado»). ¿Cabría considerar, frente a la anterior problemática, la posibilidad de incluir cláusulas de salvaguardia, como existen en la empresa privada, que impidieran trabajar en favor de intereses contrapuestos a los de la propia Administración (en este caso otras empresas), habiéndose podido beneficiar de información confidencial? Finalmente, ¿tiene sentido, sin embargo, retener durante un cierto tiempo a

individuos que a medio plazo no lo desean, habida cuenta del conflicto entre factores de aptitud y actitud que dicha política puede generar?

### 2.2.1. *La cuestión de la heterogeneidad*

El análisis de las cuestiones anteriores se ha de realizar, probablemente, la vista de la heterogeneidad observada en el empleo público. Por ejemplo, entre lo que hemos denominado aptitud, pongamos  $\theta$  (señalización de rendimiento de determinada inversión en capital humano) y actitud  $\mu$  (colaboración de los individuos en favor de los objetivos establecidos en la organización). Mantener dicha heterogeneidad sería sin duda óptimo si pudiéramos igualar las dos variables a su valor más alto posible. El peor escenario sería, en contraposición, uno en el que no hubiera transferencia de conocimientos y el nivel de cooperación se deteriorase, igualándose a la baja.

Para ello, un extremo importante de la dinámica a la que se someta la función pública es saber si aquellos agentes con valores de capacidad individual alta después del primer período y con bajos niveles de servicio público pueden «retirarse» y bajo qué condiciones. Y ello, aun reconociendo el hecho que si tenemos agentes con altos niveles de servicio público, esta característica podría ser lo suficientemente elevada como para dificultar el cambio de trabajo.

En cualquier caso, ¿cómo conseguiremos incentivar a los agentes que se quedan?

Presentamos primero un ejemplo para ilustrar el tipo de problemas y situaciones que abordamos más formalmente en el modelo posterior.

Consideremos dos agentes distintos en su nivel de productividad individual,  $\theta$ . ( $\theta_1 = 8$ ,

$\theta_2 = 4$ ), que pueden trabajar para uno de los dos sectores existentes en la economía, el sector privado (**SPr**) y el sector público (**SP**). Los dos agentes tienen un nivel de  $\mu = 1$ , pero se podría doblar (probablemente incurriendo en cierto coste) y conseguir  $\mu = 2$ . Recordemos que  $\mu$  recoge una valoración de factores asociados al empleo (capacidad de colaboración, idea de servicio público, etc).

Para simplificar el análisis, consideremos que sólo el sector público puede variar los niveles de  $\mu$  en sus trabajadores. (Si pensamos que las variaciones podrían venir en forma de aumentos, pero también disminuciones de valor, caso de producirse un desengaño o desmoralización de los empleados con su función pública, concluiremos que esta simplificación no nos restringe significativamente.) Los agentes producen una unidad de producto cada uno independientemente del sector para el que trabajen. La diferencia entre sectores viene dada por la función de costes. En general, los costes de producción son una función de  $\theta$  y  $\mu$ , más concretamente del producto de sus recíprocos

$$C(\theta, \mu) = 1/(\theta\mu)$$

Supongamos también que el valor de una unidad de producto es la unidad y que los empleados reciben toda el valor añadido. Obviamente estos supuestos son extremos: deberíamos suponer que empleador y empleados se reparten los beneficios, pero esto no cambiaría el tipo de resultados obtenidos.

Bajo los supuestos anteriores, si los agentes contratasen con el sector privado obtendrían respectivamente  $7/8$  y  $3/4$ . El SPr les paga según sus productividades individuales y distingue entre los dos agentes. Por contra, el SP asigna retribuciones por puestos desempeñados, no por características in-

dividuales. En este simple ejemplo, el enfoque del SP se traduce en emplear a los dos agentes pagándoles lo mismo. Así, si  $\mu = 1$ , cada agente recibe:

$$(2 - 1/8 - 1/4) \times 0.5 = 13/16$$

Es fácil comprobar que si los agentes con una alta productividad individual pudieran distinguirse del resto e ir al SPr lo harían, mientras que los agentes menos productivos prefieren permanecer en el SP, para así apoyarse en los otros agentes. Ahora bien, si el SP pudiese hacer variar el valor de la  $\mu$ , por ejemplo a  $\mu = 2$ , ambos agentes recibirían:

$$(2 - 1/16 - 1/8) \times 0.5 = 29/32$$

Ahora los dos tipos de agentes preferirán quedarse en el SP.

Faltaría especificar que este cambio de  $\mu$  conlleva un coste. Uno puede pensar en un coste explícito y comprobar que la diferencia, neta del coste, entre los dos sistemas sigue siendo positiva y favorece la permanencia en el sector público de  $\theta$  altas. O podríamos pensar que esta  $\mu$  es inherente al SP, siendo su contrapeso el hecho de no distinguir características individuales y emplear agentes heterogéneos bajo una misma categoría y remuneración.

A continuación, pasamos a realizar un estudio más detallado de los supuestos del **modelo formal**.

Consideramos dos posibles principales (SP y SPr) y múltiples agentes en una economía de varios períodos. Las características de cada agente vienen determinadas por un par de variables,  $\theta$  y  $\mu$ , con la interpretación mencionada anteriormente.  $\theta$  es productividad individual y  $\mu$  representa la valoración de factores asociados al empleo. Los agentes producen una



unidad de producto cada período, de valor  $V$ , independientemente del sector en el que se encuentren. La función de costes es la siguiente

$$C(\theta, \mu) \text{ donde } C\theta < 0, C\mu < 0 \\ C\theta\theta < 0, C\mu\mu < 0$$

Es decir, a mayor eficiencia o productividad individual le corresponde un menor coste, pero estas reducciones de coste son decrecientes conforme se aumenta la eficiencia.

La secuencia temporal de hechos (ver figura 1) es la siguiente: partimos primero de una distribución de tipos de agentes. Los principales conocen la distribución de los agentes pero no pueden distinguirlos. Bajo estas circunstancias, suponemos que el SP<sub>r</sub> no contrata a nadie el primer período pero sí lo hace el SP. La justificación para esto es la siguiente: el SP está capacitado para hacer el «screening» inicial de los candidatos y el SP<sub>r</sub> no. La convocatoria de oposiciones para puestos públicos sería el típico ejemplo de esta situación. Una vez que los agentes han pasado el filtro, su capacidad productiva individual se hace pública y aunque estén obligados a trabajar para el SP durante el primer período, pueden ser contratados por el SP<sub>r</sub> al final del primer período. El SP<sub>r</sub> remunera a los agentes individualmente, acorde con el valor de  $\theta$  de cada agente, a diferencia del SP donde se remunera por categorías (existe una única categoría en nuestro ejemplo).

Una salvedad importante es que consideramos un sistema cerrado para el SP. Es decir, al final del primer período no hay entrada de terceros que puedan competir con los agentes ya empleados.

Si realizar la selección tiene un coste, y además algunos agentes (probablemente los más capacitados en términos de  $\theta$ ) pueden ser

atraídos por el SP<sub>r</sub>, ¿por qué razón puede estar el SP interesado en realizar estas actividades?

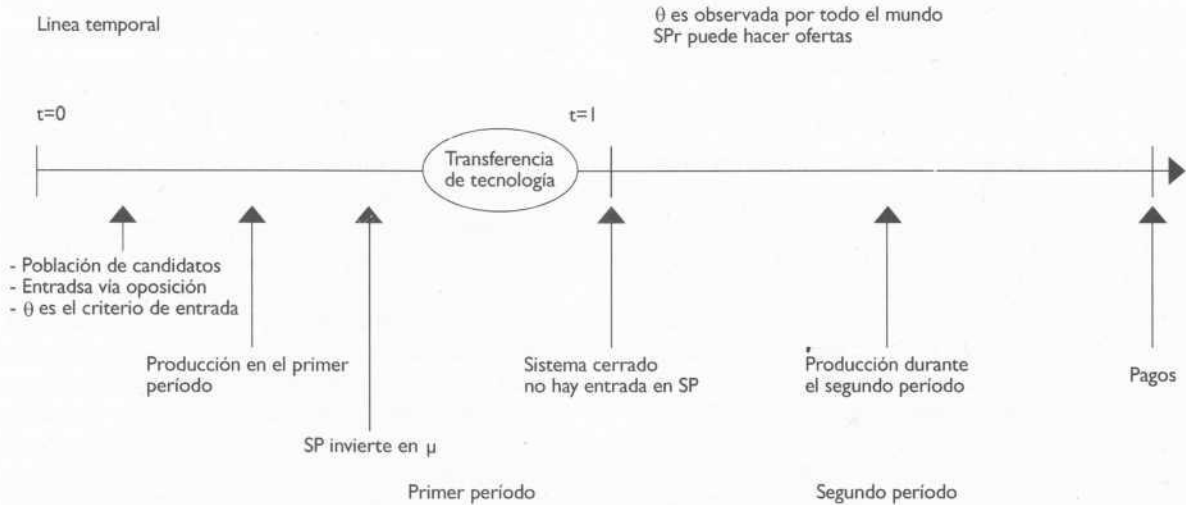
Hay varias respuestas. Primero el factor  $\mu$ . Si el SP es capaz de realizar inversiones específicas en esta variable el sistema puede interesarle. También podemos considerar la posibilidad de una transferencia tecnológica; es decir  $\theta$  podría ser transferida entre los distintos agentes y al final del primer período contar todos ellos con valores similares.

En consecuencia, factores relacionados con las actitudes  $-\mu-$  resultan muy importantes en la eficiencia con la que se realice la propia prestación pública. La cultura de lo público, la solidaridad con los intereses colectivos, la afirmación en favor de «lo de todos» y «lo de nadie», etc., pueden jugar aquí un papel relevante. Para ello dos consideraciones pueden ser oportunas a la hora de definir las políticas de empleo público. En primer lugar, el sector público difícilmente puede contar una ventaja comparativa en relación a aquellas actividades de fuerte componente rutinario que se determinan bajo supuestos de eficiencia técnica. La opción de contratación externa ha de ser, para dichas actividades, objeto de análisis preferente. En segundo lugar, el incentivo procedente del «enriquecimiento» de contenidos de puestos de trabajo (dotando de la mayor amplitud posible  $-y$  creatividad a ser posible $-$  a los perfiles de la actividad, resulta fundamental a la vista de las consecuencias que tiene en la valoración que se haga de  $\mu$ ).

Ambas consideraciones se alinean, por lo demás, en las políticas de replanteamiento del papel de la actividad del sector público en la economía, objeto de estudio en otros trabajos (López Casanovas, 1991; J. Stiglitz, 1992).

### Gráfico 1

## Gasto en asistencia sanitaria per cápita y esperanza de vida en países de la OCDE (en dólares USA ajustados por capacidad de compra a través del PIB.) 1987

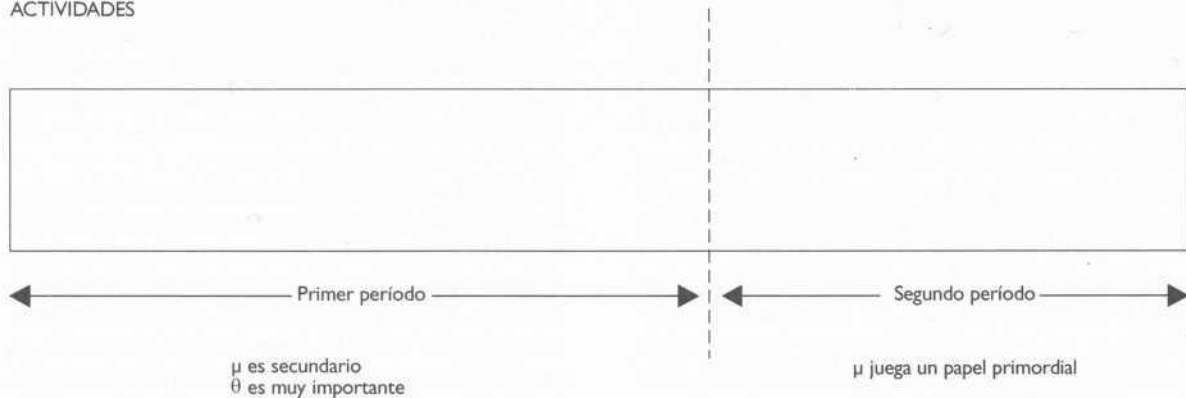


Fuente: Elaboración propia a partir del OECD Data File.

### Gráfico 2

## Ratio de personal sanitario por cama y gasto sanitario per cápita (en dólares USA 1987, ppa-pib)

ACTIVIDADES



Fuente: Elaboración propia a partir del OECD Data File. EE.UU. no se incluye por falta de datos.

### **3. ALGUNAS BASES PARA LA REFORMA DE LAS POLITICAS RETRIBUTIVAS PUBLICAS ENCAMINADAS A MEJORAR LA MOTIVACION E INCENTIVOS EN LA ACTIVIDAD DE SUS PROFESIONALES**

Se hace necesario en este punto objetivar una propuesta de reforma que se dirija, en la práctica, a buena parte de los problemas de motivación e incentivo referidos a lo largo de la primera parte del presente trabajo. Ello no resulta sencillo, al no poder derivarse relaciones causa efecto de las distintas medidas postuladas sobre la base de un único modelo plausible de referencia para la actividad pública. Sin embargo, de acuerdo con el análisis anteriormente efectuado, y con el propósito de fijar algunas bases para la reforma de las políticas de empleo públicas encaminadas a mejorar la motivación e incentivos en la actividad de sus profesionales, una agenda de cambio progresivo en la dirección apuntada por el modelo, a nuestro entender, incluiría los siguientes apartados:

- El salario se debería definir en función del status o categoría requerida para el desempeño del puesto de trabajo (variable discreta) y de la antigüedad (variable continua). La primera ofrecería mínimos, la segunda, un incentivo en favor de la permanencia, amortizando los costes de formación que asuma en cada caso la Administración y/o el individuo.

- Las diferencias en retribuciones se asignarían a distintos puestos de trabajo desempeñados, y no a las características de los individuos (mayor antigüedad y/o formación), con un amplio margen de decisión en esta materia en favor de los escalones más descentralizados de la organización. En principio, las retribuciones podrían depender de la actuación global de los empleados; es decir, reconociendo la existencia de diferencias en función de si el

colectivo es mejor o peor, pero no entre individuos —excepto, quizás, para empleos de elevada responsabilidad, cuya singularización puede resultar más necesaria.

- Dentro de categorías y puestos de trabajo, parece oportuna la definición de un mayor escalado entre los estatus iniciales y finales, con efectos en las retribuciones y en las pensiones de jubilación —para los que alcancen, en este último caso, los grados de categoría superior—. Los ascensos quizás se hayan de comprometer en su determinación porcentual a efectos de evitar discrecionalidades, siempre con el cumplimiento de unas condiciones mínimas (por ejemplo, de desempeño satisfactorio de puesto de trabajo).

- La valoración de factores asociados al empleo, otros que los que se puedan referir al escalado retributivo, resulta muy importante, aunque se reconoce de cuantía difícil de precisar. De nuevo, éste es un campo en el que los escalones más descentralizados de la organización, con mejor conocimiento de la realidad, deberían tener mayor autonomía, afectando de modo distinto los valores de  $\mu$ . Dichos factores explican la existencia de un diferencial retributivo para niveles comparables de actividad y responsabilidad (como sea que éstos se definan), entre los sectores público y privados de la economía.

- La cuantía del diferencial (público-privado) se debiera de reducir en el punto de promoción, diferencial, sin embargo, que podría reaparecer de nuevo en el tiempo. Este ha de resultar, en principio, inferior para niveles altos de salarios, debido —entre otras razones— al mayor peso relativo de los elementos de antigüedad (aunque éste no debiera ser el único factor a considerar). Los niveles más «altos» o «situaciones más competitivas», tendrán además, generalmente, valores de  $\theta$  más altos, interesando en mayor medida, previsiblemente, a la empresa privada.



- La existencia, en momentos determinados del tiempo, de puntos comunes en la función que relaciona la remuneración con el status existente en los dos sectores, reflejaría la permeabilidad de los traspasos entre sectores. La contratación abierta a puestos y grados debe favorecer dicha política.

La ósmosis anterior se resiente, sin embargo, en presencia de situaciones de importante expansión económica, al no poder mantener el sector público el «paripassu» en salarios con el sector privado. Aquí, de nuevo, las actuaciones sobre  $\mu$  resultan muy importantes.

- La función de salarios se define como cóncava respecto del status (reputación), aumentando la retribución con la antigüedad, de modo, a su vez, decreciente con el status<sup>3</sup>. Este es el caso en la medida en que la estabilidad en el sector público se valora menos cuanto más elevados son los salarios que se disfrutan (reflejo más de un valor de  $\theta$  competitivo con el sector privado que de  $\mu$ ). Ello hace que la retribución no pueda ser, simplemente, una función monotónica creciente respecto de la antigüedad.

- Las diferencias en la gradación de remuneraciones dentro del sector público debieran de ser menores en las escalas bajas de cualificación que en las altas, dados los efectos de la antigüedad y ascenso en el escalafón. Dicha permanencia obedece más al concepto de «fidelidad» que se desea impere en la función pública más que a su justificación sobre bases de eficiencia económica.

- Cuanto mayor es el número de escalones que se considera en la gradación del status, mayor es el incentivo a la eficiencia en la actividad, al ser más frecuentes los puntos comunes con la función de retribución privada

<sup>3</sup> En nuestro caso, siendo  $C\theta\mu > 0$ , expresión relativa a costes, la relación sería creciente.

respecto de la que los individuos evalúan la alternativa a las remuneraciones públicas (costes de oportunidad).

- Existe una preferencia por el mantenimiento del puesto de trabajo que induce a una acumulación de capital individual satisfactoria para la promoción del estatus basada en la reputación.

Uno de los problemas que se derivan, sin embargo, del anterior análisis es el de su posible falta de especificidad en relación a las diversas parcelas que componen el conjunto de las Administraciones públicas. En efecto, no existe un output único al que referir la actuación de las Administraciones, ni es el perfil de actividad de sus empleados suficientemente homogéneo para un análisis concluyente. En consecuencia, hace falta realizar un «zoom» en el estudio en un campo más microeconómico, a efectos de revalidar o no la plausibilidad de todos o algunos de los componentes de la teoría.

Con este objetivo, las páginas que siguen se adentran en la realidad de las políticas de empleo y remuneración para el caso concreto del sistema sanitario público español, centrándonos específicamente en las relaciones observadas entre las políticas retributivas, de productividad y de provisión de plantillas.

#### **4. ALGUNAS CONSIDERACIONES ESPECIFICAS A LA REALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO**

##### **4.1. Caracterización de la política de personal en la provisión pública de servicios sanitarios**

Pese a los rasgos mercantiles que los cuidados de salud contienen —aunque siendo ciertamente sus componentes sometibles a distin-

to grado de tutela—, la regulación a la que se ha sometido el ente gestor de la sanidad pública en nuestro país (INSALUD) ha sido muy cercana a la del ente autónomo de derecho administrativo.

En correspondencia, la **contratación** de sus profesionales —facultativos en particular— se ha remitido al estatuto funcionarial (también llamado estatuto del personal estatutario); esto es, se ha procedido su regulación a través de un estatuto propio para los profesionales sanitarios, con la salvedad, si acaso, de su sometimiento a la jurisdicción social (y no a la administrativa). Ello ha sido así ya que, en la medida en que sus instituciones se han configurado sobre la base de normas administrativas y no empresariales, el ejercicio de autoridad ha requerido estructuras funcionariales que ofrecían grados superiores de jerarquización.

La anterior descripción corresponde a la realidad en términos generales, ya que, en primer lugar, algunas Comunidades con competencias en materia sanitaria han organizado para el futuro sus Servicios de Salud sobre bases más empresariales (como las que resultan de su configuración como ente público o sociedad anónima pública), y, en segundo lugar, en términos salariales existe ya cierta diversidad como resultado de las negociaciones colectivas sectoriales en el ámbito de las distintas Comunidades Autónomas que gestionan las transferencias<sup>4</sup>. También los estatutos del personal sanitario ofrecen cierta heterogeneidad dentro de una misma organización, como consecuencia, en la práctica, de la integración de servicios

<sup>4</sup> Un reciente estudio de la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad y Consumo valora en 100.000 millones el coste de una teórica homologación para el personal del Insalud en casa de remunerar a sus profesionales con la retribución más alta de entre las existentes para los distintos colectivos de los Servicios Regionales de Salud. Dicho de otro modo, el diferencial atribuible a las mayores retribuciones de

sanitarios de Corporaciones Locales y de la Administración Institucional en la configuración de los nuevos Servicios Regionales de Salud: concretamente en el ámbito del personal facultativo, entre personal INSALUD (funcionarios estatutarios), personal procedente de los hospitales de la Diputación (funcionarios locales o personal laboral, según su procedencia) y médicos internos residentes de la Seguridad Social (categorizado como personal laboral en régimen temporal)<sup>5</sup>.

En lo que atañe específicamente al peso de la **negociación sindical** en el sector sanitario, éste cuenta con una importante tradición negociadora, que se remonta incluso a ejercicios anteriores a la Ley 9/1987 de órganos de representación, coincidiendo sus procesos electorales con los del sector privado. De dicha negociación se han derivado acuerdos con validez de pacto político: así en materia de pago de guardias y su repercusión en pagas extraordinarias, libranzas, permisos, e incluso en materia de remuneraciones relativas (fijando, por ejemplo, el salario de Auxiliares de Enfermería en un 75% del correspondiente a Ayudantes Técnicos Sanitarios). Son en la actualidad objeto de negociación sindical importantes extremos tales como los que afectan a:

- Incrementos retributivos, determinación y aplicación de las retribuciones;
- Oferta de empleo público;
- Clasificación de puestos de trabajo, promoción interna, formación y perfeccionamiento, sistemas de ingreso, promoción profesional;
- genéricamente, todos cuantos otros afecten a las condiciones de trabajo.

algunas Comunidades Autónomas se cifra en torno a los 17.000 millones (ptas. 1991).

<sup>5</sup> En su conjunto, el sector sanitario público agrupa 300.000 empleados, 1.700 de los cuales son puestos directivos, 70.000 facultativos, 148.000 personal de enfermería —más de la mitad de ellos son diplomados de enfermería— y 80.000 personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias.

Resultan por su parte objeto de negociación en la mesa sectorial correspondiente al personal sanitario, todas aquellas materias no objeto ya de negociación y acuerdo en la mesa general.

Se comentan, a continuación, algunos resultados de la política de contratación seguida en el sector sanitario. Se pretende destacar aquí los efectos que para el control del gasto supone la consideración aislada de la evolución de la productividad como respuesta a una determinada política salarial, en el análisis de la actividad pública.

#### **4.2. Políticas de empleo y rentas en el sector sanitario público**

El interés particular que reviste el análisis de la política de empleo y de rentas en el sistema sanitario público se centra, a nuestro entender, en los puntos siguientes:

(i) la importancia de los recursos financieros que genera (en torno a los 2,65 billones de ptas. 1992);

(ii) el importante componente de gastos de personal que incluye dicho gasto (dada su naturaleza relativamente intensiva de trabajo);

(iii) la elevada influencia que tiene la actuación de sus profesionales (y así la gestión de recursos humanos), en la generación de nuevas necesidades de gasto (fenómeno que se conoce como «oferta inductora de demanda»), y

(iv) la importante controversia actualmente existente acerca de la configuración concreta que se deba dar a su sistema de provisión (como bien económico que es el cuidado de la salud, sujeto hoy a regulación administrativa, y a la descentralización de la provisión de los

servicios), con trascendencia así en la contratación y gestión de su personal.

La anterior preocupación se refleja en la política pública de personal en las siguientes *esferas de intervención* (estatales o regionales):

1. Control del número de profesionales a través del sistema de licencias y acreditación. En nuestro país, básicamente, a través de políticas de «*numerus clausus*» en las Facultades de Medicina, (de los 22.000 en el año 1977 a los 4300 de 1991) y, parcialmente, de las salidas profesionales en el sistema sanitario público, vía convocatorias MIR.

2. El otorgamiento de rango académico a la profesión, que puede hacer más atractiva su formación (por ejemplo, a través del reconocimiento del grado medio para los estudios de enfermería) e indirectamente su retribución.

3. La creación de nuevas profesiones, pudiendo dirigir hacia ellas la demanda de determinados colectivos (higienistas, expertos en salud pública, sanidad medioambiental, etc.).

4. Intervención en los planes docentes (definiendo, de este modo, el grado de especialización/generalización en cuanto a la polivalencia deseada en los puestos de trabajo).

5. Definición del sistema de acceso a la carrera profesional y a su movilidad dentro de ésta (habilitación para el desempeño de determinadas responsabilidades, y establecimiento de mecanismos que afectan a la adjudicación de puestos concretos).

6. La determinación del contenido y condiciones del sistema retributivo.

La gestión de los recursos humanos tiene, por lo demás, un especial atractivo desde una óptica de sistema comparado, a la vista de la heterogeneidad observada en las combinaciones de inputs —y así de gasto— (véase cuadro 1).

**Cuadro 1**  
**Combinaciones de personal:**  
**porcentaje entre categorías (1980)**

	DOC- TORES	DENTIS- TAS	ENFER- MERAS	FARMA- CEUTI- COS
Australia .....	20,4	4,0	71,5	4,0
Bélgica .....	53,4	9,5	16,1	21,1
Canadá .....	16,5	4,2	73,2	6,2
Dinamarca .....	20,7	8,9	66,5	3,9
Finlandia .....	19,9	8,7	62,7	8,7
Francia .....	24,9	7,1	59,3	8,7
F. R. Alemania ..	34,2	8,3	49,6	7,2
Grecia .....	39,2	12,8	39,4	8,6
Islandia .....	22,2	8,1	62,8	7,0
Japón .....	19,4	6,9	68,9	4,8
Nueva Zelanda ..	17,8	4,2	69,8	8,3
Noruega .....	18,4	7,7	67,6	6,2
Portugal .....	36,2	1,8	44,2	17,8
España .....	36,1	1,7	52,5	9,8
Suecia .....	20,1	11,4	64,2	4,3
Suiza .....	16,3	4,8	76,8	2,1
U.S.A. ....	22,9	6,3	63,6	7,2
Término Medio ..	25,8	6,8	59,3	8,0

Fuente: OECD (1985).

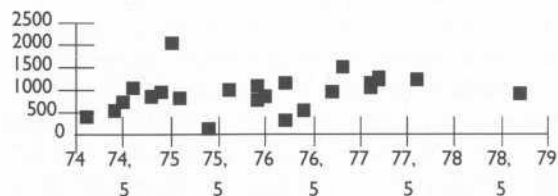
De modo similar, a la vista de como la anterior diversidad se relaciona con la consecución de distintos resultados sanitarios; por ejemplo, en términos de esperanza de vida<sup>6</sup> (gráficos 1 y 2). Los valores específicos para cada uno de los países se contienen en el cuadro 1 del Apéndice.

(El gráfico 1 del Apéndice refleja, de nuevo, la disociación comentada entre la diversidad observada en la utilización de recursos sanitarios y los «resultados» de salud, medidos en

<sup>6</sup> Esta constatación pone también en evidencia la interacción de otros factores, distintos a los propios recursos

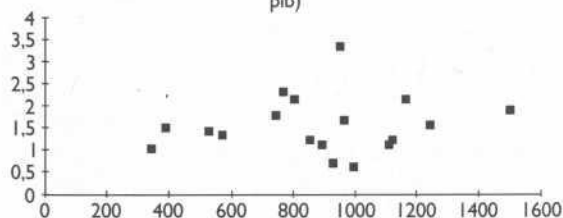
este caso según la esperanza de vida de la población).

Gasto en asistencia sanitaria per cápita y esperanza de vida en países de la OCDE (en dólares USA ajustados por capacidad de compra a través del PIB.) 1987



Dicho gasto, por lo demás, no parece ligado al factor productividad, tal como podría derivarse de su correlación con el coeficiente de personal por actividad. En otras palabras, los costes de empleo de dicho personal (combinaciones y precios relativos), supone la parte oscura de un análisis que sobre la base anterior quiera derivar resultados no ambiguos (véase gráfico 2).

Ratio de personal sanitario por cama y gasto sanitario per cápita (en dólares USA 1987, ppa-pib)



Dicha diversidad genera, además (véase cuadro 1 del Apéndice), importantes diferencias en costes, no siendo para ello neutro el grado de eficiencia alcanzado en la asignación de inputs; entre otras razones, dada la desigualdad observada entre países en los precios relativos de los factores empleados. Esta observación avalaría quizás la generalización de la idea de que, contrariamente a lo que a veces se supo-

sanitarios, sobre los estados de salud de la población (estilos de vida, hábitos nocivos, dieta, etc).

ne para el sector sanitario, existe un importante rango de variación en la combinación de recursos posibles (hospitalarios/ camas versus extrahospitalarios (cirugía ambulatoria) o primaria (frecuentación fuera del hospital), en medicación versus atención médica, etc.). En términos similares cabría referirse a la sustitución de diferentes categorías de personal en las instituciones (de enfermería versus personal médico, auxiliares versus adjuntos, en jornada partida o no, con contratación interina o no, etc.). Pese a ello, muchas veces se ha tendido a definir las necesidades de plantillas siguiendo criterios normativos (En el cuadro 2 del Apéndice se ofrece algunos indicadores para nuestro país). Ello supone, de hecho, contemplar una capacidad de sustitución nula entre inputs, con políticas de utilización de recursos insensibles a los precios relativos actuales (una ilustración sencilla del problema comentado en lo que atañe, por ejemplo, al crecimiento porcentual en la cuantía de personal versus incrementos en su remuneración puede verse, para algunos países de la OCDE, en el cuadro 3 del Apéndice).

#### 4.3. La opción «precios» versus «cantidades»

La correcta interrelación de factores «precio» y «cantidad» en el conjunto del gasto resulta clave para la eficiencia asignativa. La escasa conexión observada puede haber sido favorecida por el hecho de que el énfasis en la política de control del gasto se haya producido en el escalón más político del proceso de toma de decisiones en materia de personal; en este caso, en la política

<sup>7</sup> A la vista de los datos disponibles, la evolución tecnológica en el sector parece haberse acompañado, en todo caso, de un crecimiento en el empleo. Resulta por otra parte especulativo valorar la evolución de los precios relativos de capital y trabajo, dado que si bien este último puede haber disminuido en términos reales, mucho menos se sabe de la evolución registrada en el precio del capital. De acuerdo, sin em-

de rentas que refleja año a año la Orden Ministerial correspondiente al crecimiento de retribuciones. El esfuerzo en el control del gasto en personal por esta vía puede haber, ciertamente, impulsado una la erosión de la capacidad real de los salarios de los profesionales sanitarios en determinadas coyunturas (véase cuadro 3-A). Pero ello ha dejado mayormente abiertas las decisiones sobre las variaciones de plantillas, de mucho más difícil escrutinio.

Los gráficos 3 y 4 arrojan alguna luz sobre dicho problema, generalizándolo a algunos países de la OCDE.

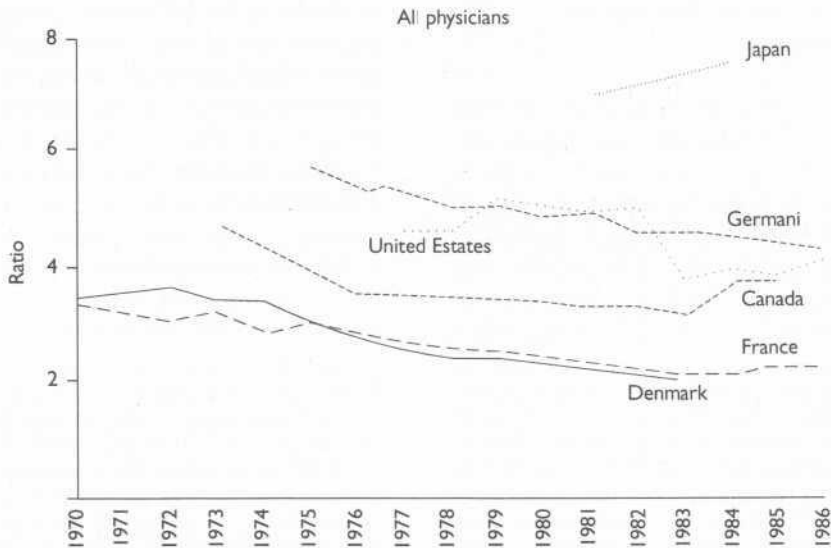
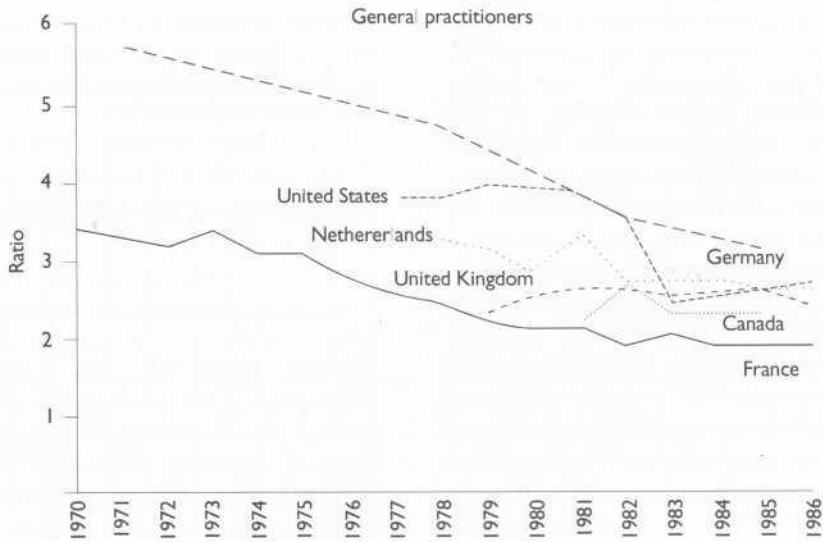
Específicamente, para el *caso español*, y en lo que atañe a la evolución de los factores «precio» (base 100 para 1973) y «cantidad» (médicos totales en el sistema sanitario) en la política de empleo en el sector sanitario público, la evidencia disponible se recoge en el gráfico 5. En efecto, parece observarse una relación positiva entre la erosión salarial (aproximada por la variación en la remuneración media de los ingresos totales de los médicos adjuntos de hospital), y el número total de médicos. Con otras palabras, la mayor entrada de médicos en el sistema parece moverse en paralelo con el descenso registrado en los salarios reales (cerca de un tercio a lo largo del período), aunque la causalidad de la posible presión a la baja del factor «cantidad» sobre el factor «precio», no puede considerarse con ello probada<sup>7</sup>.

Resulta interesante, en este contexto, relacionar la supuesta erosión producida en los salarios, con las variaciones en el número de

bargo, con J. Puig (1991), el crecimiento del deflactor de los inputs no laborales ha sido inferior al del PIB para el período 1974-1985, mientras que el relativo a los gastos de capital en hospitales ha resultado superior, tanto al deflactor del PIB como al de la formación bruta de capital fijo (debido, básicamente, a la evolución del índice de precios de la construcción y de los equipos importados).

### Gráficos 3 y 4

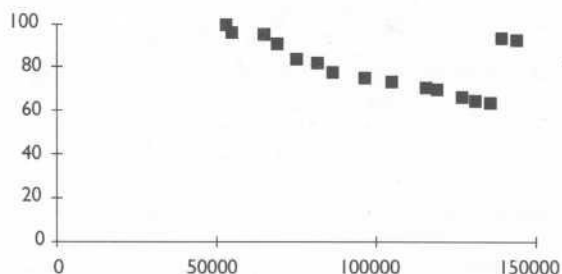
**Evolución del ratio entre salarios de los médicos antes de impuestos respecto de los salarios medios del país, para el caso de los médicos de cabecera y para el conjunto de personal médico en general (período 1970-1986 para países seleccionados)**





**Gráfico 5**

Variación en el salario real del médico adjunto de hospital y número de médicos en el sistema sanitario (1973-1990)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección Gral. de Recursos Humanos del Insalud. Los datos básicos se incluyen en el cuadro 4 del Apéndice.

profesionales y en su actividad (tomadas éstas como indicador primario de productividad). Los datos disponibles alcanzan aquí hasta 1986 (véase cuadro 3), con lo que su validez es limitada. (Para el conjunto de países de la OCDE los datos disponibles, relativos tan sólo a la década de los setenta, se incluyen en el Apéndice).

Las políticas basadas en precios, como instrumento de control de gasto ofrecen, por tanto, problemas en la medida que «cantida-

**Cuadro 3**  
**Variación en indicadores de carga de trabajo en hospitales generales (1975-1984)**

VARIACION EN EL N. DE PERSONAL SANITARIO		VARIACION EN EL N. DE CAMAS	
Total .....	174		120
Médicos .....	147	Variación en el:	
Enfermería .....	190	n. de consultas et.	187
Auxiliar .....	167	n. de estancias ..	131
		n. de altas .....	154

Fuente: INE, 1988 y elaboración propia.

**Evolución de número (Q) y retribución (R) del personal sanitario Insalud (1976-1986) por período (\*) (en números índice: para el primer año de referencia = 100)**

CATEGORIAS PROFESIONALES	1976-79			1976-81			1979-1986 (**)		
	Q	R	Re	Q	R	Re	Q	R	Re
Personal médico (a)	138	149	-21	154	249	-25	152	184	-38
Enfermería (b) .....	129	-	-	137	243	-1	110	218	-4
Auxiliar Enfermería ..	131	-	-	134	267	+43	134	210	-12
Total (c) .....	131	-	-	139	252	+8	112	-	-

Fuente: Elaboración propia, a partir de BIS INSALUD.

Notas:

(\*): Se refiere a los hospitales propios del INSALUD.

(\*\*): Para 1986, se trata de la plantilla presupuestaria.

(a): Incluye médicos residentes y facultativos no médicos.

(b): Incluye matronas, excluye fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

(c): Incluye sólo el personal en plantilla, con exclusión de contratados.

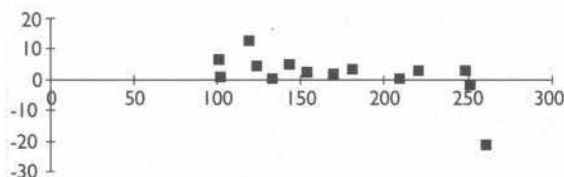
(d): Dato referido a la plantilla de 1984.

Re: Evolución salarial real (= nominal, deflactada por variaciones en el Índice de precios al consumo); un signo negativo implica pérdida de poder adquisitivo durante el período en cuestión.

des» —y la actividad a ellas ligadas (productividad)— devienen exógenas a la propia política de control (véase gráfico 6).

**Gráfico 6**

Variación en el ratio entre el n° total de médicos por cama (1974 base 100) y diferencial salarial respecto del IPC del médico adjunto hospitalario (1974-1987)



Fuente: Elaboración propia.

A su vez, el posible éxito de dicha medida de control del gasto puede provenir de la recuperación del poder salarial perdido en coyunturas económicas o políticas particularmente favorables; de ahí que su mantenimiento no resulte fácil.

Los datos siguientes pretenden explorar la consecuencia antes comentada de dichas políticas para el caso español. (El cuadro 4 del Apéndice recoge la evolución de las variaciones salariales por categorías entre 1974 y 1990 para el personal hospitalario médico.)

Un análisis pormenorizado para nuestro país, arroja, en efecto, dos fases en la evolución comentada, con punto de corte en el año 1986-1987, momento en el que se establece el complemento específico de dedicación o jornada, con reforzamiento de incompatibilidades, y en coyuntura de relativa bonanza económica.

**Cuadro 4**  
**Evol. Salar. Adjunt. Hosp.**

AÑOS	CREC. RETRIB MEDIA/EMPL.	INDICE GRAL.	CREC. SAL. NO AGRIC. PRECIOS/ AGRICOLA
1981	1,00	1,00	1,00
1982	1,09	1,14	1,15
1983	1,21	1,28	1,33
1984	1,37	1,43	1,49
1985	1,49	1,55	1,64
1986	1,58	1,69	1,81
1987	1,85	1,78	1,96
1988	2,03	1,86	2,09
1989	2,26	1,99	2,25
1990	2,57	2,12	2,43
1991	2,79	2,24	2,59

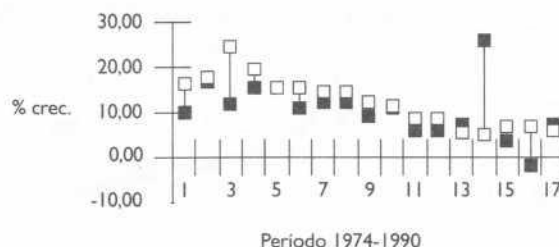
Fuente: Elaboración propia.

En general, si incluimos en el análisis la totalidad de la década de los setenta, puede constatarse cómo hasta 1986 se observa un importante deterioro en el salario de los médicos hospitalarios, ya sea en relación al IPC o al crecimiento del PIB nominal (véase gráficos 7 y 8). (Para los médicos que no gozan del complemento específico, los gráficos se incluyen el Apéndice.)

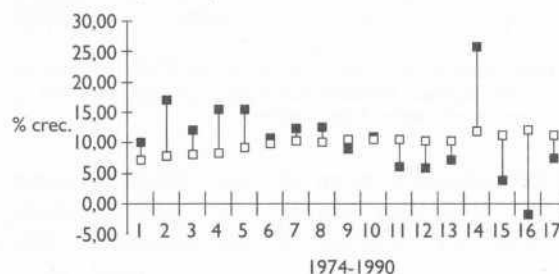
A pesar de que como muestra el cuadro 5 se ha producido en las remuneraciones de los

## Gráficos 7 y 8

Diferencial entre IPC y salarios de médicos adjuntos con complemento específico



Diferencial entre salarios de médicos adjuntos con complemento específico y crecimiento del PIB nominal



Fuente: Elaboración propia.

profesionales facultativos sanitarios cierta recuperación en los últimos cuatro años, la fuerte erosión experimentada en ejercicios anteriores, ha generado una importante problemática en lo que se refiere a la gestión de recursos humanos en el sector sanitario que sobrepasan nuestro ámbito aquí de análisis.

Nuestro interés se centra, a continuación, en el estudio de la sensibilidad mostrada en la composición en las distintas categorías de profesionales sanitarios, dadas las variaciones observadas en los precios relativos.

El deterioro salarial que parece haber inspirado la política de rentas para el período 1974-86 se ha visto correspondido con un importante crecimiento en el personal empleado haciendo fracasar el control del gasto. A su vez, dicha política, como se argu-



menta con más precisión en otros artículos (López Casanovas, 1985) ha generado un importante efecto de desmotivación entre los profesionales.

**Cuadro 5**  
**Variación en sueldos líquidos por categorías de profesionales sanitarios entre 1986 -1991**

		VAR. IPC	VAR. IPC SERV. SANIT.	VAR. SAL. NO AGRICOLAS
Jefe de seccion . . . .	57.07	32,6	43,4	42,0
Medicos adjuntos . . .	46.82			
Enfermeras . . . . .	58.97			
Aux. Enfermería . . . .	27.20			
Aux. Administrativo	46.20			

Fuente: Estimación propia a partir de una muestra de 30 nóminas de unos mismos individuos para cada una de las categorías incluidas de profesionales, a 30 de sept. de 1986 y a 30 de sept. 1991, de un centro hospitalario considerado representativo del sector.

**Cuadro 6**  
**Ratio de salarios entre médicos, enfermeras y auxiliares clínicos (a partir de los salarios «nacionales» tal como se incluyen en el Decreto de Salarios del Boletín Oficial del Estado)**

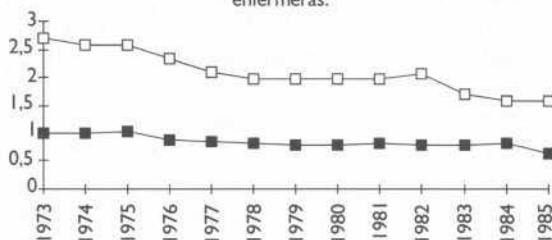
YEAR	MED/ENF	RATIO %	MED/AUX. CLIN.	RATIO %
1973	2,69	100,00	3,91	100,00
1974	2,58	95,91	3,35	85,68
1975	2,57	95,54	3,42	87,47
1976	2,35	87,36	2,96	75,70
1977	2,09	77,70	2,61	66,75
1978	1,97	73,23	2,39	61,13
1979	1,96	72,86	2,34	59,85
1980	1,96	72,86	2,38	60,87
1981	1,96	72,86	2,38	60,87
1982	2,06	76,58	2,46	62,92
1983	1,7	63,20	2,38	60,87
1984	1,59	59,11	2,34	59,85
1985	1,59	59,11	2,17	55,50

AÑOS	MEDICOS	ENFERMERAS
1974	34.650	34.943
1975	42.683	41.781
1976	40.939	47.050
1977	44.670	53.545
1978	47.113	57.445
1979	49.413	62.840
1980	51.835	64.844
1981	54.049	66.720
1982	55.522	70.479
1983	55.195	71.331
1984	57.209	71.049
1985	46.966	73.916

Fuente: Elaboración propia a partir de J. Puig (1991)

**Gráfico I-A**  
**Diferencial entre ratio de la esperanza media de vida al nacer del país respecto de la media OCDE y gasto sanitario per cápita de cada país respecto de la media no ponderada de la OCDE ajustado por capacidad de compra (1987)**

Evolución del ratio salarial □ y de personal \*, entre médicos y enfermeras.



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con el cuadro 7, nada que no sea una mejora implícita de calidad en la prestación sanitaria parece justificar la variación en el número de profesionales en nuestro sistema sanitario; variación que ha llevado a que España sea uno de los países occidentales con un mayor coeficiente de médicos per cápita. En efecto, aunque es cierto que este tipo de datos se ha de analizar con precaución, las variaciones registradas en outputs intermedios como

**Cuadro 7**  
**Algunos indicadores primarios**  
**de productividad**

Años	Médicos en ejercicio	Consultas y visitas per cap.	Hospita-larias	Camas hospitalaria	Tasas frequent. ingresos hospitalar. total
1974	52.559	3,4	185.218	7,7	270.632
1975	54.533	3,7	190.444	8,1	287.672
1976	64.597	4,1	194.097	8,5	305.465
1977	69.080	4,4	200.134	8,9	323.666
1978	75.081	4,7	202.043	9	331.002
1979	81.658	4,6	203.819	9,2	341.394
1980	86.253	4,7	201.035	9,3	347.690
1981	96.569	4,7	202.969	9,2	347.309
1982	104.759	4,7	206.567	9,1	345.445
1983	115.251	4,7	196.959	9,1	347.447
1984	119.103	4,4	193.042	9,3	356.581
1985	126.677	4	181.985	9,1	350.396
1986	131.080	4	186.051	9	348.012
1987	135.406	4	185.288	9	349.479

Fuente: Elaboración propia.

indicadores de actividad se mueven de modo mucho más pausado que el crecimiento de personal. (El cuadro 3 antes presentado ofrecía una descripción del fenómeno anterior algo más sensible, aunque para un período más breve, pudiéndose identificar mejor las variaciones de plantillas y la carga de trabajo efectiva para un subconjunto de hospitales del INSALUD.)

Pese a la recuperación en capacidades adquisitivas que parece haberse producido en los últimos años para determinadas categorías de facultativos, ésta no ha sido capaz de acompañarse, sin embargo, de elementos de motivación para la mejora de la eficiencia en la prestación sanitaria pública; entre otras razones, debido a que no ha sabido discriminar entre profesionales sobre la base de la aplicación de sistemas de información y control explícitos ligados al cumplimiento de objetivos. Con todo ello, la necesidad de recuperar la política de incentivos en las organizaciones sanitarias está abocada en la actualidad a tener que acompañarse de una importante política de control de gasto. Además, al incorporarse los incrementos salariales sin base de retroacción posible,

ello obligará, posiblemente, a actuaciones selectivas, induciendo a variaciones marginales en  $\mu$  más por el lado del cambio organizativo que de incrementos retributivos. Este puede ser el caso de las propuestas de reforma que se centren en la redefinición de las **carreras profesionales**.

## 5. CONCLUSION: LA REFORMA EN LAS POLITICAS DE PROMOCION EN EL EMPLEO SANITARIO PUBLICO

Una reforma tendente a la mejora de la política de empleo que se quiera centrar en las políticas de promoción y carrera profesional requiere el análisis de los siguientes factores:

1. La discrecionalidad que se quiera dar a la aplicación de las políticas de promoción y, en particular, al porcentaje de plazas que se puedan dejar sin cubrir en las correspondientes ofertas de contratación  $\delta$ . En este sentido, el incentivo derivado del compromiso a cubrir las con «los mejores» (cualquiera que sea la calidad media de los solicitantes en la correspondiente convocatoria) es distinto al que resulta de aplicar determinados baremos, más o menos objetivables con anterioridad a la convocatoria. El mejor control de cualificación que supone la segunda política tiene el coste, quizás, de una mayor incertidumbre y así menor utilidad esperada por parte del potencial «entrante», sesgando, en su caso, el tipo de empleado que accede al puesto de trabajo (básicamente, debido a los distintos costes de oportunidad que esta política obliga a asumir a los individuos).

2. Proporción de ascensos  $\beta$  que se reservan en cada escalón de la carrera administrativa a la antigüedad (permanencia anterior del empleado en el escalafón) y años mínimos exigidos para dicho tipo de promoción automática  $t$ .

3. Porcentaje de plazas que están vacantes en el escalafón como resultado de una política de no promoción-relegación y/o jubilaciones anticipadas, bajas incentivadas, etc.,  $\Omega$ .

4. Incremento retributivo asociado al salto en el escalafón  $\pi$ .

Partiendo de un simple modelo de maximización de utilidad individual, a lo largo de  $T$  siendo la utilidad dependiente positivamente de los salarios esperados (descontados) de continuar en la carrera profesional por  $T$  y negativamente de dos niveles de esfuerzo ( $E$  alto y  $e$  bajo) y habida cuenta que el total del período de empleo es conocido (sin incertidumbre dada la indefectibilidad del Estado como empleador), así como el tiempo máximo de espera en promoción (antigüedad) y los parámetros de la política de promociones  $1 - \delta = \beta + \Omega$  (dado 1, 2 y 3), pueden determinarse puntos de corte en dichos parámetros a efectos de que el empleado público empiece a ofertar niveles altos de esfuerzo (véase M. Rama, 1989).

Por su interés, y por venir expresada en gran medida en línea de lo argumentado en el punto anterior se comenta, a continuación, la propuesta relativa a la elaboración de una estrategia de reforma en las políticas de promoción en el empleo público del sector sanitario<sup>8</sup>. Esta puede resumirse en los puntos siguientes:

1. Parece en general aconsejable la idea de definir una serie de escalones dentro de la categoría correspondiente a cada grupo de profesionales. El ascenso en ellos puede darse de modo semiautomático por antigüedad —en caso de no mediar expediente disciplinario en contra del facultativo. Parece conveniente, en

<sup>8</sup> Dicha propuesta aparece incluida en el Informe elaborado por la Dirección General de Recursos Humanos del INSALUD, antes referido.

este extremo, aumentar la frecuencia con la que se utilizan dichos expedientes —tal como permite la actual legislación, por ejemplo, en relación a faltas graves—, y vinculando dichas faltas (tres simples equivalen hoy a una grave) en mayor medida a comportamientos poco respetuosos con la variable *actitud* dentro del servicio). Cada uno de dichos escalones se asociaría a una variación retributiva distinta.

2. En términos similares la anterior política de promoción podría establecerse para distintas categorías, desde la inicial a la que se accede hasta la de emérito, correspondiente a la categoría superior que se posea en el momento de jubilación.

3. En todo caso, el número de plazas en promoción dentro de cada categoría quedaría limitado en términos porcentuales (se postulan en un 5%, 20%, 35% y 40% en orden inverso al grado de la categoría). Ello supondría una manera implícita de limitar los ascensos, contra posibles rutinas. La discusión de cuál deba ser el ámbito de competencia para la aplicación de dicha política debería depender de la actividad en concreto de que se trate (por ejemplo, según la actividad esté limitada al Área sanitaria, sector, servicio clínico, centro o conjunto de los centros del sistema sanitario).

4. Para la selección de ascensos se podría requerir un mínimo de tiempo en cada categoría. De modo similar para el recorrido completo (por ejemplo, se postulan 5 años para la categoría inicial, 7 para la segunda y tercera y 1 ó 2 para la superior y, en consecuencia, 20 años para el conjunto de ellas).

5. Otros elementos constitutivos de dicha política de reforma de la carrera profesional podrían ser, por ejemplo, a) la mejora de la permeabilidad de acceso desde fuera del sistema, ofreciendo entrada a categorías superiores a las iniciales, en favor de determinados profesionales con especiales méritos. La cuali-

ficación específica del opositor «entrante» no debiera de condicionar nunca la plaza, sino viceversa, a la vista del perfil concreto de la tarea que se inserta en la actividad de la organización, y, finalmente, b) se debería tender a la sustitución selectiva del sistema de concurso-oposición para determinadas plazas de responsabilidad dentro de los servicios sanitarios, por un sistema de libre designación tras concurso público.

## BIBLIOGRAFIA

- García Cestona, M. A.** (1992): «Optimal Market Structure: A dual sourcing approach». Ponencia de las VIII Jornadas de Economía Industrial, Madrid, sept., Fundación Empresa Pública (mimeo).
- García Cestona, M. A.** (1992): «Vertical Market Structure: A Dual Sourcing Approach», *Working Paper Graduate School of Business*. Stanford. Sept.
- Instituto Nacional de la Salud** (1992): Dirección General de Recursos Humanos del INSALUD, Madrid (documento interno).
- Lobo Félix** (1991): «Las reformas en marcha en el Sistema Nacional de Salud Español», ponencia presentada en el II Seminario sobre Análisis Comparado de Sistemas y Política de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marzo, Madrid.
- López Casanovas, G.** (1992): «Las Formas Organizativas son importantes». *Información Comercial Española*, n.º 708-709, agosto-sept.
- López Casanovas, G.** (1991): «La revisión del papel del Sector Público en la economía», *Economía*, Confederación Gral. de Colegios de Economistas de España, n.º 9.
- López Casanovas, G.** (1985): «Gasto público y proceso presupuestario: El caso de la financiación de los Hospitales». *Presupuesto y Gasto Público*, n.º 25 IEF. Madrid.
- Puig Junoy, J.** (1991): «La provisió de Serveis Sanitaris. Creixement, Ocupació i Tecnologia en el Sector Hospitalari Espanyol (1974-1985)», tesis doctoral Univ. Autònoma de Barcelona, marzo (mimeo).
- Rama Martín** (1989): «El esfuerzo de los empleados públicos. Un análisis en términos de salarios de eficiencia». *Suma* 4(7), Montevideo, octubre.
- Sandier, S.** (1989): «Health Services Utilization and Physician Income Trends», *Health Care Financing Review*, annual supl.
- Stiglitz, J.** (1992): «Rethinking the role of the State in the Economy». *Lección de Economía de la Fac. de C. Económicas de la Univ. Pompeu Fabra*, Barcelona, noviembre (mimeo).

## APENDICE:

### Cuadro I-A

OCDE COUNTRIES	BEDS PER THOU	PHYS. PER THOU	PHYSIC. CONTAC. PER THOU	ADMISION /POPUL.	LIFE EXPECT.	EXPEND. DRUGS PER CAP. (ppa-GDP)	TOT HEALTH EXPEND. PER CAP. (ppa)
AUSTRALIA .....	9.9	2.0	8.4		76.7	92	939
AUSTRIA .....	10.7	2.0	5.8	22.8	75.6	121	982
BELGIUM .....	8.3	3.3	7.5	15.8	74.8	161	879
CANADA .....	6.9	2.2	6.6	14.5	76.8	175	1483
DENMARK .....	6.1	2.7	5.2	20.9	75.1	78	792
FINLAND .....	13.5	1.9	3.7	22.8	74.9	95	949
FRANCE .....	10.2	2.6	7.1	22.3	77.1	196	1105
GERMANY .....	10.9	2.9	11.5	21.5	75.9	258	1093
GREECE .....	5.2	3.2	5.3	12.1	76.2	90	337
ISLAND .....	14.8	2.7	4.9	27.5	77.2	174	1241
IRELAND .....	6.4	1.5	6.6	15.2	74.4	68	561
ITALY .....	7.5	1.3	11.0	16.6	76.0	179	841
JAPAN .....	15.6	1.6	12.9	7.8	78.7	179	915
LUXEMBURG .....	12.5	1.9	-	19.0	74.6	178	1050
NETHERLANDS .....	11.7	2.4	5.1	10.9	77.1	103	1041
NEW ZEALAND .....	9.0	1.9	3.8	13.0	74.5	115	733
NORWAY .....	15.3	2.5	5.7	16.7	76.2	65	1149
PORTUGAL .....	4.7	2.7	2.7	9.6	74.1	60	386
SPAIN .....	4.4	3.6	4.0	9.4	76.4	106	521
SWEDEN .....	13.3	2.9	2.8	20.0	77.2	89	1233
SWITZERLAND .....	9.9	2.9	6.0	16.6	77.6	159	1225
TURKEY .....	2.1	0.8	2.0	5.0	75.4		148
UK .....	6.5	1.4	4.5	15.9	75.9	88	758
USA .....	5.1	2.3	5.3	13.8	75.0	182	2051

Fuente: OECD Health Data File, 1989 Paris.

### Cuadro 2-A

Estimación de posibles necesidades de médicos en el SNS, según las hipótesis aplicadas a la población de 1983 (Las hipótesis se expresan entre paréntesis)

Asistencia Primaria .....	30.793 (42,8%)		
Médicos Generales (población > 7 a. - 1/2.000 hb.) .....		16.242	(22,5%)*
Pediatras (población ≤ 7 a. - 1/1.500 hb.) .....		3.732	(5,2%)
Médicos de urgencias (n.º actual con incremento del 15% por ampliación de cobertura poblacional) .....		2.311	(3,2%)
Médicos de servicio diagnóstico (n.º actual con incremento del 15% por ampliación poblacional). .....		681	(0,9%)
Psiquiatras (población total - 1/40.000 hb.) .....		952	(1,3%)
Odontólogos-estomatólogos (población total - 1/10.000 hb.) .....		3.808	(5,3%)
En formación (300 plazas/año-promedio de años de especialización) .....		900	(1,2%)
Asistencia Hospitalaria .....	38.359 (53,2%)		
Especialistas (4 camas/médico - 3,5 camas totales/1.000 hb.) .....		33.859	(47,0%)
En formación (1.500 plazas/año-promedio de 3 a. especialización) .....		4.500	(6,2%)
Otras actividades .....	2.861 (4,0%)		
Salud pública (epidemiología, administración, gestión, inspección) (población total - 1/20.000 hb.) .....		1.904	(2,6%)
Otros (forense, M. Justicia...) N.º actual con Δ 15%) .....		957	(10%)
<b>TOTAL</b> .....		<b>72.004</b>	<b>(100%) MEDICOS</b>

\* Si se considera la población de > 14 años, los médicos generales serían 14.158 y de ≤ 14 a., los pediatras serían 6.500: lo cual representa 700 médicos más del total, un 1% de variación.  
Fuente: CAPS (1986).

### Cuadro 3-A

DETERIORO DE LAS RENTAS DE LOS MEDICOS (RELATIVAS A LAS MEDIAS DE LOS EMPLEADOS) 1970-1981	DETERIORO DE LAS RENTAS DE LOS MEDICOS (RELATIVAS A LAS MEDIAS DE LOS EMPLEADOS) 1970-1981	VARIACION EN EL N. DE MEDICOS POR MIL HABITANTES (1978-1980)	VARIACION DE LA ACTIVIDAD MEDICA DE AMBULATORIOS ENTRE 1970-80	VARIACION EN EL N. DE PRESCRIPCIONES PER CAPITA (% ANUAL DE INCREMENTO ENTRE 1970-1980)
Grandes países .....	↓			
Finlandia .....	3,5/2,8 = 20%	58%	↑ 20%	3,5
Francia .....	↓	220%	↑ 45%	1,9
Alemania .....	4,8/3,3 = 30%	69%	↑ 32%	6
Italia .....	6,4/4,9 = ↓25%	33%	nd	2,3
Canadá .....	1,4/1,1 = ↓15%	86%	↑ 23%	13,9
Noruega .....	↓	27%	nd	-
Grecia .....	5,1/4,1 = 20%	43%	nd	-
España (*) .....	↓	56%	nd	-
EE.UU. ....	3,7/2,1 = 40%	200%	-	-
	↓	19%	-	-
	5,4/5,1 = -			

Fuente: OCDE (1987). Excepto para España, calculado según evolución total de los honorarios de médicos (Profesión Médica, 30 de enero de 1985).

**Cuadro 4-A**  
**Variaciones salariales e IPC por categorías**

AÑOS	JEFE DE DPTO.	JEFE DE SERV.	JEFE DE SECCIO.	MEDICO ADJUNT.	IPC MED. ANUAL	CRECIMIENTO EN MODULO GUARDIA
1974	10,22	10,23	10,13	10,03		49,15
1975	17,32	17,33	17,17	17,02	17,6	0,00
1976	10,65	10,80	11,31	12,07	24,5	33,52
1977	9,87	10,50	12,53	15,50	19,8	112,77
1978	13,26	13,51	14,32	15,45	15,7	0,00
1979	10,88	10,87	10,85	10,82	15,5	11,00
1980	12,38	9,82	14,42	12,32	14,6	12,43
1981	12,50	15,11	10,46	12,50	14,4	12,66
1982	9,00	9,00	9,00	9,00	12,2	8,96
1983	11,00	11,00	11,00	11,00	11,3	10,97
1984	6,00	6,00	24,96	6,00	8,8	6,47
1985	5,90	5,90	10,17	5,90	8,8	6,52
1986	7,20	7,20	7,20	7,20	5,3	34,13
1987	11,17	11,48	12,50	13,96	4,8	5,03
1988	3,72	3,74	3,73	3,69	6,8	3,39
1989	-1,51	-1,80	-2,69	3,89	6,7	3,99
1990	6,00	7,39	7,62	7,93	5,9	

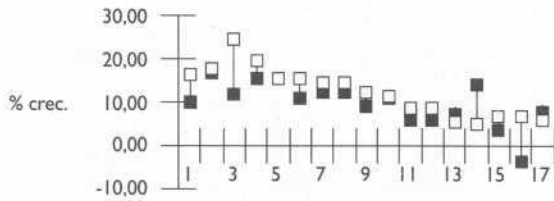
Nota: A partir de 1987 sin compl. Especifico.

AÑOS	CON COMPLEMENTO			
1987	20,21	20,45	22,75	25,87
1988	3,83	3,82	3,80	3,77
1989	-0,23	-0,39	-1,01	-1,82
1990	6,00	7,04	7,19	7,39

Nota: Se trata de totales anuales. Excluye remuneraciones de tipo personal (trienios), o no periódicas y variables en función de los servicios prestados –complemento de atención continuada (guardias, nocturnidad, turnos, días festivos) o productividad variable.  
Fuente: Elaboración propia a partir de INSALUD, Informes de la Dirección General de Recursos Humanos sobre Política de Recursos Humanos, Madrid, 1992.

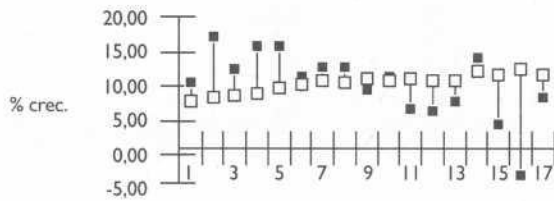
## Gráfico 2-A

Diferencial salarial de médico adjunto sin complemento específico e IPC



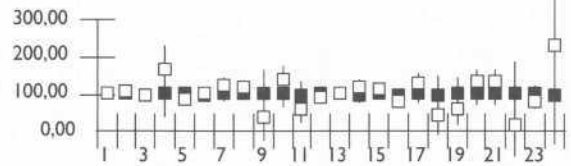
Periodo 1974-1990

Diferencial salarial médico adjunto- PIB nominal



Periodo 1974-1990

Diferencial entre ratio de la esperanza media de vida al nacer del país respecto de la media OCDE y gasto sanitario per cápita de cada país respecto de la media no ponderada de la OCDE ajustado por capacidad de compra (1987)



Fuente: Elaboración propia











**FUNDACION BBV**

Gran Vía, 12 - 48001 BILBAO  
Alcalá, 16 - 28014 MADRID