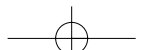
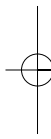


**RECURSOS HUMANOS
PARA LA SALUD:
SUFICIENCIA, ADECUACIÓN Y MEJORA**



COLECCIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD Y GESTIÓN SANITARIA

Dirigida por **Vicente Ortún**

Títulos publicados

- 84-070-0192-9 **P. Ibern** (1999)
Incentivos y contratos en los servicios de salud
- 84-070-0233-X **M. Buglioli y V. Ortún** (2001)
Decisión clínica. Cómo entenderla y mejorarla
- 84-070-0235-6 **J. Puig-Junoy, J.L. Pinto y E. Dalmau** (2001)
El valor monetario de la salud
- 84-070-0236-4 **G. López-Casasnovas, A. García y L. Pellisé** (2001)
El control del gasto sanitario. Participación de profesionales y usuarios
- 84-070-0234-8 **J.L. Pinto, G. López-Casasnovas y V. Ortún** (2001)
Economic evaluation. From theory to practice
- 84-070-0247-X **G. López-Casasnovas y B. Jönsson** (2001)
Reference pricing and pharmaceutical policy. Perspectives on economics and innovation
- 84-070-1196-7 **J. Puig-Junoy** (2002)
Análisis económico de la financiación pública de medicamentos
- 84-458-1217-3 **R. Meneu** (2002)
Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones
- 84-458-1286-6 **G. López-Casasnovas** (2002)
El interfaz público-privado en sanidad
- 84-458-1308-0 **V. Ortún Rubio** (2003)
Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta
- 84-458-1362-5 **J.L. Pinto, M.X. Vázquez, A. Lázaro y J.E. Martínez** (2003)
Análisis coste-beneficio en la salud. Métodos de valoración y aplicaciones
- 84-458-1430-3 **R. Meneu y S. Peiró** (2004)
Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica
- 84-458-1432-X **J. Puig-Junoy (dir.), G. López-Casasnovas y V. Ortún Rubio** (2004)
¿Más recursos para la Salud?
- 84-458-1447-8 **J.L. Pinto, J.M. Abellán y F. I. Sánchez** (2004)
Incorporación de las preferencias de los pacientes en las decisiones clínicas
- 84-458-1525-3 **B. González López-Valcárcel** (2005)
Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas
- 84-458-1530-X **R. Meneu, V. Ortún Rubio y F. Rodríguez Artalejo** (2005)
Innovaciones en gestión clínica y sanitaria
- 84-458-1578-4 **P. Ibern Regàs** (2005)
Integración asistencial. Fundamentos, experiencias y vías de avance
- 84-458-1721-3 **D. Casado Marín** (2006)
Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico
- 84-458-1731-0 **A. Hidalgo Vega, J. del Llano Señarís, S. Pérez Camarero** (2006)
Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora

RECURSOS HUMANOS
PARA LA SALUD:
SUFICIENCIA, ADECUACIÓN
Y MEJORA

ÁLVARO HIDALGO VEGA

Profesor Titular, Departamento de Teoría Económica y Finanzas,
Universidad de Castilla-La Mancha

JUAN DEL LLANO SEÑARÍS

Director General, Fundación Gaspar Casal, Madrid

SANTIAGO PÉREZ CAMARERO

Director del Instituto Max Weber

 **MASSON**

Una compañía ELSEVIER

Barcelona Madrid México Amsterdam Beijing Boston Filadelfia Londres
Milán Múnich Orlando París Sidney Tokio Toronto

Índice de capítulos

AUTORES	IX
PRESENTACIÓN	XI
CAPÍTULO 1	
Planificación y formación de médicos en España. Una perspectiva europea	1
<i>B. González López-Valcárcel y P. Barber Pérez</i>	
Introducción	1
El difícil reto de planificar los recursos humanos profesionales en sanidad	2
Métodos de planificación	3
Planificación y desequilibrios de profesionales sanitarios en España.	
La herencia del pasado y los retos de futuro	4
Cambios en la profesión de médico y cambios en la formación	5
La reforma de la formación de grado, muy avanzada	6
El acceso a medicina. La rigidez del <i>numerus clausus</i>	8
La reforma del sistema MIR, una reforma que debe empezar	10
Claves para la comparación internacional de la formación de especialistas médicos	10
La formación continuada, una reforma por diseñar	15
Síntesis, conclusiones y recomendaciones	17
CAPÍTULO 2	
Movilidad de los profesionales sanitarios: flujos, tendencias y consecuencias en la Unión Europea	21
<i>M. A. García Pérez y C. Amaya Pombo</i>	
La protección de la salud en la Europa de los ciudadanos	21
Disponibilidad de profesionales sanitarios en la Unión Europea	23
Número de profesionales	23
Algunos ejemplos concretos	29
En resumen	31
El derecho a la libre circulación de los profesionales sanitarios en la Unión Europea	33

Flujos y tendencias en la movilidad de profesionales sanitarios en la Unión Europea	35
Estadísticas del Reino Unido	37
Irlanda	40
Alemania	42
Austria, Portugal y Hungría	44
Italia	44
España	45
Polonia	46
Otros países	47
En resumen	47
Mirando al futuro	49
CAPÍTULO 3	
Comportamiento de los profesionales sanitarios en la Unión Europea: reformas existentes y desafíos pendientes	57
<i>A. García-Prado y P. González Rodríguez</i>	
Introducción	57
Incertidumbre en la provisión de servicios sanitarios	58
Comportamiento de los profesionales sanitarios	59
Comportamientos oportunistas de los profesionales sanitarios	60
El fenómeno del pluriempleo entre los profesionales sanitarios	64
Algunas reflexiones	66
Incentivos a los profesionales sanitarios en la Unión Europea	67
Desafíos pendientes	71
CAPÍTULO 4	
Relaciones laborales en la sanidad. ¿Cuál es el papel de los sindicatos en el sector de la salud?	77
<i>S. Pérez Camarero</i>	
Introducción. Los sindicatos de clase	77
Papel de los sindicatos en el Sistema Nacional de Salud	78
Reforma, gestión organizativa y diálogo en el ámbito sanitario	81
A modo de resumen	86
CAPÍTULO 5	
Reforma del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra y su repercusión en los recursos humanos del sector	89
<i>C. Ham</i>	
Introducción	89
Financiación y organización del SNS	89
La reforma del SNS: 1997-2005	93
Ejemplos de mejoras del SNS	96
La próxima fase de reforma	97
La plantilla del SNS	100
Resumen	106

CAPÍTULO 6

Gestión de la asistencia sanitaria y cambios en el ámbito médico 109*R. M. Scheffler y J. D. Agnew*

Definición de la gestión de asistencia sanitaria 109

Precusores de la gestión de la asistencia sanitaria y el pago por servicio 111

Crecimiento de la atención médica gestionada y el cambio de la práctica médica 114

CAPÍTULO 7

Incentivos y recursos humanos: la aplicación del *personnel economics* en sanidad 123*J. del Llano Señarís, E. Antón de las Heras y C. Polanco Sánchez*

Recursos humanos para la salud: situación actual, desafíos y futuro 123

Incentivos en las profesiones sanitarias 124

Personnel economics: cerrar la brecha entre las teorías económicas de la producción y la agencia 128

Conclusiones 138

CAPÍTULO 8

Equipos de trabajo y eficacia de equipo en la asistencia sanitaria 141*J. A. Marsteller y S. M. Shortell*

Equipos de trabajo y eficacia de equipo en la asistencia sanitaria 141

Tipos de equipos de trabajo 142

Un modelo de rendimiento del equipo 143

Rasgos y procesos de grupo 150

Consecuencias en materia de gestión 156

Autores

JONATHAN D. AGNEW, PHD	Consultor Senior de Políticas, British Columbia Medical Association, Vancouver (Canadá)
CARLOS AMAYA POMBO	Doctor en Medicina; Médico Especialista en Neurocirugía; Secretario General de la CESH (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos) y de la Federación Europea de Médicos Asalariados; Secretario de la Fundación CESH
ENRIQUE ANTÓN DE LAS HERAS	Profesor Asociado, Departamento de Economía, Universidad Carlos III, Madrid
PATRICIA BARBER PÉREZ	Profesora Titular, Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
JUAN DEL LLANO SEÑARÍS	Director General, Fundación Gaspar Casal, Madrid
MIGUEL ÁNGEL GARCÍA PÉREZ	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Máster en Bioética y Derecho; Coordinador de estudios de la Fundación CESH (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos)
ARIADNA GARCÍA-PRADO	Health Economist, Human Development Department, The World Bank, Washington DC (Estados Unidos)
PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	Profesora Contratada Doctora, Departamento de Economía, Métodos Cuantitativos e Historia Económica, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla

BEATRIZ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL	Catedrática de Universidad, Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
CHRIS HAM	Profesor de Gestión y Política de Salud, Centro de Gestión de Servicios de Salud, Universidad de Birmingham (Gran Bretaña)
JILL A. MARSTELLER, PHD, MPP	Profesor Ayudante de Política y Gestión Sanitaria, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore (Estados Unidos)
SANTIAGO PÉREZ CAMARERO	Director del Instituto Max Weber
CARLOS POLANCO SÁNCHEZ	Analista de Farmaeconomía, Health Outcomes Research Europe - A Unit of IMS
RICHARD M. SCHEFFLER, PHD	Catedrático de Economía de la Salud y Política Pública; Director de The Nicholas C. Petris Center on Health Care Markets & Consumer Welfare; Director de The Global Center for Health and Economic Policy Research, Universidad de California, Berkeley (Estados Unidos)
STEPHEN M. SHORTELL, PHD	Decano, School of Public Health, University of California, Berkeley (Estados Unidos)

Presentación

El libro que presentamos a continuación nos fue sugerido por el director de la colección Vicente Ortún hace más de un año. Aceptamos con agrado la invitación a pesar de que aventurábamos la dificultad de la tarea. Sin embargo, nos pareció que el tema era tan pertinente y necesario de ser abordado con una perspectiva amplia, que nos pusimos a ello. El texto no trata de políticas de personal ni de cálculos de necesidades de personal, sino que incluye aspectos de prospectiva y planificación de profesionales en España y en países de la Unión Europea (UE); de mercados y su segmentación geográfica, regional, nacional y supranacional, además de la segmentación profesional y por especialización; del impacto de las reformas de sistemas sanitarios como el del Reino Unido o de Estados Unidos en los recursos humanos; de la existencia de peculiaridades con idiosincrasia mediterránea, o de los sindicatos y el marco de relaciones laborales en la UE. Finalmente se abordan aspectos más instrumentales, como los incentivos, el liderazgo, la motivación y el trabajo en equipo.

Los 6 primeros capítulos cubren los aspectos de macroanálisis, política, planificación y regulación de recursos humanos, sin limitarse sólo a España sino explorando experiencias cercanas como la del Reino Unido y otras más alejadas pero de elevado interés como las que están aconteciendo en Estados Unidos. La UE es nuestro mapa de referencia por razones que todos conocemos en lo externo: movilidad, directivas, libre circulación, etc., pero que acaso no están suficientemente internalizadas, aunque muchos de sus efectos empiezan a ser reconocidos, como ya se apunta en los 2 primeros capítulos.

En el primero de ellos, titulado «Planificación y formación de médicos en España. Una perspectiva europea», Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez concluyen que la escasez de profesionales sanitarios, bien como consecuencia de una planificación deficiente, bien por barreras de entrada a la profesión forzadas por los intereses corporativos, parece ser un problema común en los países de la OCDE.

En España hay un déficit selectivo de médicos en determinadas especialidades y zonas, que tenderá a agravarse en los próximos años por causas bien predecibles. Conviene aumentar las plazas de medicina. El actual *numerus clausus*, además de rígido, no se correlaciona con variables de necesidad. Generalmente, el déficit se afronta aceptando el aumento de oferta por la vía de la inmigración de médicos de los nuevos países europeos y de Latinoamérica.

La solución del mercado a los desequilibrios entre oferta y demanda es ajustar precios (y/o salarios). Los salarios de los médicos asalariados del sistema público de salud están actualmente por debajo del nivel de equilibrio del mercado, y el diferencial se acrecentará a medida que el déficit se vaya agravando, a menos que se recurra masivamente a la inmigración, buscando activamente profesionales extranjeros procedentes de países de bajos salarios.

En el segundo capítulo, que lleva por título «Movilidad de los profesionales sanitarios: flujos, tendencias y consecuencias en la Unión Europea», Miguel Ángel García Pérez y Carlos Amaya Pombo nos señalan que la globalización y los espacios de libre circulación de la UE con la libre movilidad de profesionales no hace sino seguir el flujo de las fuerzas de mercado: los países con una demanda sanitaria importante y con capacidad para financiar la misma atraen profesionales, lo que les permite alcanzar una mejor cobertura de sus necesidades asistenciales independientemente de su esfuerzo en formar un número adecuado de dichos profesionales. Mientras tanto, otros países peor situados con demandas sanitarias iguales o superiores, pero sin capacidad económica para financiarlas, ven emigrar a los profesionales que, en muchos casos, con tanto esfuerzo han formado. Por otra parte, la distorsión que supone, por ejemplo, la movilidad transfronteriza de pacientes puede hacer recomendable que dicho derecho se restrinja a los casos de inexistencia de servicios o de retrasos inaceptables en el país de origen.

Apuntan que la competencia exclusiva de los Estados miembros en el campo de la atención sanitaria hace difícil pensar en una planificación a nivel europeo de los recursos humanos necesarios. Sin embargo, con el objetivo de garantizar el más alto nivel de protección de la salud de los ciudadanos, se deben diseñar políticas que coordinen, a nivel europeo (el nivel al que se regula la libre movilidad de ciudadanos y profesionales), las estrategias a medio y largo plazo en cuanto a recursos humanos profesionales se refiere, integrando tanto el análisis de las necesidades de atención que puedan existir en el futuro como la formación de los profesionales que deberán hacer frente a las mismas. Pero, como requisito imprescindible, para ello se debe realizar una planificación en cada uno de los Estados miembros, de forma que se pueda construir una política europea de recursos humanos en función de las necesidades y las capacidades nacionales.

En el tercer capítulo, «Comportamiento de los profesionales sanitarios en la Unión Europea: reformas existentes y desafíos pendientes», Ariadna García-Prado y Paula González Rodríguez describen la «compatibilización» desde un empleo público del trabajo en el ámbito privado, situación común en Grecia, Portugal y España. Analizan las razones de existencia y proponen medidas de mejora.

Muchas reformas que se han puesto en práctica han sido, generalmente, reformas estructurales y, por tanto, han prestado poca atención a la fuerza de trabajo. Por otro lado, la experiencia europea evidencia que los incentivos incluidos en los contratos con los profesionales sanitarios parecen no ser suficientes para paliar la existencia de comportamientos oportunistas. Los sistemas sanitarios europeos se enfrentan, por tanto, al desafío de acometer reformas más específicas en el área de los recursos humanos. Son varios los obstáculos que pueden frenar los esfuerzos realizados por los gobiernos en esta línea. En muchos casos, son los propios colectivos de profesionales médicos los que ofrecen gran resistencia a las reformas para proteger sus cuotas de poder, como ha ocurrido en el Reino Unido. En otros casos, estos colectivos pueden mostrarse reacios a los cambios si perciben que la búsqueda de una mayor eficiencia financiera no coincide con una mayor eficacia y calidad de los servicios prestados. Así, por ejemplo, una encuesta revela que en Portugal la

mayoría de los médicos no considera ético restringir la adopción de tecnología o eliminar la financiación basada en el reembolso de costes. Finalmente, en ocasiones, un exceso de prudencia o la práctica de una medicina defensiva es lo que dificulta disciplinar a los médicos en lo que se refiere, por ejemplo, a una excesiva prescripción de medicamentos, ingresos hospitalarios o pruebas innecesarias.

La evidencia presentada en el capítulo muestra que la mayor parte de los incentivos que actualmente existen en los sistemas de salud europeos son puramente monetarios, pero la experiencia ha puesto de manifiesto que los incentivos económicos no siempre son suficientes para disciplinar determinadas conductas. Es necesario también el desarrollo de una cultura organizativa dentro de las instituciones públicas que fomente el profesionalismo y el buen hacer entre el personal sanitario que trabaja en las mismas, reconozca a los buenos profesionales y no olvide incorporar los mecanismos necesarios para poder sancionar a aquellos que se comporten de modo oportunista. La problemática de las conductas inapropiadas del personal sanitario genera gran controversia social pero, al mismo tiempo, es de gran importancia dada la repercusión de dichas prácticas sobre el buen funcionamiento de las instituciones sanitarias públicas.

En el cuarto capítulo, «Relaciones laborales en la sanidad. ¿Cuál es el papel de los sindicatos en el sector de la salud?», Santiago Pérez Camarero apunta que a lo largo de casi 2 siglos de existencia la mayoría de los sindicatos han evolucionado al ritmo de la historia, desde un sindicalismo fuertemente politizado hacia un sindicalismo de carácter profesional centrado en la defensa de los intereses propios de los trabajadores y profesionales de unos u otros sectores. En esta andadura no todas las asociaciones y sindicatos han sabido acompañar su marcha al viento de los tiempos.

Sugiere que frente a esta realidad social y laboral, algunas administraciones públicas estatales mantienen presencias importantes de los sindicatos en instituciones y órganos de carácter consultivo o de diálogo social en aspectos que exceden el marco estrictamente laboral. El recelo de muchos gobiernos a enfrentamientos con los sindicatos o las huelgas de éstos, con el posible coste en votos e imagen ante la opinión pública, hace que muchos de estos poderes públicos sean especialmente sensibles y también débiles frente a las demandas de los empleados públicos, al estar más sindicalizados que el resto de la población laboral. Ello dificulta la capacidad de las administraciones públicas para implantar cambios y reformas en unas estructuras ya rígidas en sí mismas por el régimen administrativo y estatutario.

Aunque las instituciones comunitarias de la UE intentan diseñar esquemas de diálogo multilateral que posibiliten la integración de intereses de diversa entidad, existe un desajuste de principio y de fondo cuando se enfrentan en la misma plataforma intereses generales e intereses de una parte. Aunque en tales circunstancias debiera imponerse siempre el interés general, el carácter político de la actuación sindical y la rigidez de las propias organizaciones publicosanitarias, esencialmente controladas por los propios profesionales, hace que el control efectivo sea obtenido con frecuencia por estos últimos o sus organizaciones.

En el quinto capítulo, «Reforma del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra y su repercusión en los recursos humanos del sector», Chris Ham describe con suma claridad que la decisión del Gobierno de mantener los impuestos como principal forma de financiación, así como la de elevar el presupuesto del Servicio Nacional de Salud (SNS) a un ritmo sin precedentes, da fe tanto del alcance de los problemas que afectan al SNS, como de la urgencia con que se abordan actualmente tales dificultades. Aunque el programa de reformas es

incompleto, la combinación de inversión y reforma comienza a funcionar. Mucho más discutible es la orientación futura del SNS, sobre todo cuando finalicen los aumentos de la financiación previstos hasta 2008. ¿Se habrá puesto el SNS a la altura de otros países en la fecha mencionada y, en tal caso, podrán sostenerse los altos niveles de rendimiento con los menores aumentos anuales del gasto previstos para después de dicha fecha?

Entretanto, el SNS se enfrenta al reto de continuar avanzando en cuanto a la reducción de las listas de espera, y de otorgar mayor prioridad a las enfermedades crónicas, mientras financia la ejecución de los marcos de servicio nacionales, las directrices del National Institute for Clinical Excellence (NICE) y los nuevos contratos del personal, y soporta otras presiones. Con más del 50% del presupuesto del SNS asignado a los gastos de personal, la gestión del déficit puede exigir la congelación de nuevas contrataciones y, en algunos casos, las reducciones de plantilla con el fin de alcanzar un equilibrio financiero.

El modo en que se resolverán estas cuestiones se verá influido por los acontecimientos que se produzcan fuera del Reino Unido, tanto en la UE como en otras regiones. Dada la existencia de un mercado de trabajo global para el personal dedicado a los servicios sanitarios, la contratación internacional y la retención de los miembros de la plantilla seguirán brindando oportunidades y planteando dificultades para el SNS. También será importante la repercusión de la acción de la UE en aspectos como la directiva sobre la ordenación del tiempo de trabajo o la capacidad del personal formado en un país para trabajar en otros países. Como país demandante de médicos, personal de enfermería y otros profesionales del sector, el Reino Unido se ha beneficiado del libre movimiento de trabajadores en la UE. En el futuro aguardan retos derivados de una situación en la que el aumento de las plazas docentes da lugar a la obtención de más personal formado en el Reino Unido, y las presiones presupuestarias limitan la capacidad de los empleadores de los servicios de salud para ampliar sus plantillas. La perspectiva de futuro derivada de tal evolución consiste en la existencia de excedentes de personal en algunos grupos clave, y el aumento de la competencia por los puestos disponibles.

En el sexto capítulo, Richard M. Scheffler y Jonathan D. Agnew, titulado «Gestión de la asistencia sanitaria y cambios en el ámbito médico», analizan algunas respuestas a la cuestión relativa al modo en que la atención médica gestionada ha modificado el ejercicio de la medicina y la organización de la profesión médica. Los facultativos deben justificar tanto su estilo de ejercicio, como la calidad de la asistencia que prestan. Los sueldos, la libertad clínica y la práctica en solitario están controlados por las organizaciones de atención médica gestionada. Los médicos han respondido de manera estratégica para proteger sus intereses: la organización en grupos cada vez mayores para utilizar su poder frente a la atención médica gestionada.

En cualquier caso, la lucha entre estos intereses en el campo de la asistencia sanitaria dista mucho de haber concluido. Algunos pueden argumentar que los médicos respondieron con lentitud a la amenaza de la atención médica gestionada, organizándose bastante después de la implantación de este sistema. Sea o no cierto, la opinión pública actual se sitúa junto a los médicos en su descontento con la atención médica gestionada. De hecho, los médicos se encuentran en una buena posición para inclinar la opinión pública hacia su lado. La simple comunicación al paciente de su incapacidad para ejercer la medicina como les gustaría suscita inquietudes inmediatas acerca de la calidad de la asistencia. Los pacientes, aunque en su mayoría no tienen claras las diferencias organizativas entre las distintas formas de atención médica gestionada, sí comprenden que la vinculación entre el sueldo de su médico y la cantidad de atención que reciben podría no redundar en su beneficio.

Los dos últimos capítulos abordan aspectos más micro pero de extraordinario interés para conocer de qué herramientas disponemos para que las personas que dan servicio a otras personas lo hagan mejor en términos de efectividad, calidad y costes.

En el séptimo capítulo «Incentivos y recursos humanos: la aplicación del *personnel economics* en sanidad», Juan del Llano Señarís, Enrique Antón de las Heras y Carlos Polanco Sánchez abordan, en el ámbito de la actividad sanitaria intensiva en mano de obra, el papel que desempeñan las personas en la consecución de los objetivos clave. Sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios repercute la formación, la carrera, las competencias y los sistemas de rendición de cuentas. La gestión de los recursos humanos es un aspecto crítico en las reformas de los sistemas sanitarios europeos.

Consideraciones tales como la compatibilidad de incentivos entre los distintos agentes del sistema, el desajuste histórico en España entre oferta y demanda de médicos y la falta de consenso e interlocutores válidos en la negociación y la valoración de los incentivos hacen que estemos en una situación crítica por la falta de estímulos. Se distinguen 3 categorías de incentivos para los médicos: los materiales (dinero), los psicológicos (desafío intelectual) y los sociales (prestigio), y 3 modelos de compensación por el trabajo prestado: pago por servicio, capitación y salario. En términos generales, el pago por servicio puede inducir al profesional a generar un volumen de atención excesivo, mientras que los sistemas de pago fijo (salario y capitación) pueden poner en peligro la calidad y la igualdad de acceso. En este sentido, la aplicación de un sistema de incentivos mixto acorde con los objetivos generales del sistema sanitario y con la participación de los profesionales en su diseño ayudaría a motivar a los médicos y, en consecuencia, a que éstos fueran más productivos. El desarrollo de un modelo de carrera profesional es una herramienta fundamental que podría ayudar a mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios.

El enfoque *personnel economics* determina que los sistemas óptimos de retribución deben generar eficiencia en 2 aspectos: deben inducir a un determinado trabajador a realizar el nivel apropiado de esfuerzo y, a la vez, deben atraer a los trabajadores idóneos a la organización. En cualquier situación existirá un mecanismo de compensación apropiado que logre que los trabajadores realicen el esfuerzo óptimo en términos tanto de cantidad como de calidad.

Finalmente, Jill A. Marsteller y Stephen M. Shortell, en el octavo capítulo «Equipos de trabajo y eficacia de equipo en la asistencia sanitaria» señalan las muchas acciones que pueden emprender los gestores para promover la eficacia de sus equipos. Entre ellas sobresalen: prestar atención a la composición de los miembros seleccionados para el equipo, la prestación del apoyo y las recompensas apropiados para el rendimiento del equipo, la gestión de la dinámica de grupo asociada al funcionamiento del equipo, garantizar la asunción de responsabilidades, y procurar la existencia de una cultura organizativa global que propicie un trabajo de equipo eficaz.

Los gestores deben garantizar que la organización recompense los logros de los equipos, así como el rendimiento individual; asegurarse de que la tarea del equipo quede clara para todos los interesados; tomar conciencia del modo en que los miembros de los equipos se comunican entre sí, tanto dentro como fuera del entorno del equipo; tener claro las diferencias de estatus y el modo en que éstas pueden afectar a la participación individual, la toma de decisiones colectiva y la productividad; asegurarse de que cada miembro comprende las aportaciones específicas que se esperan de cada uno, y ser consciente de la etapa de desarrollo del equipo en cuanto a su experiencia de colaboración.

En lo que atañe a la fase de desarrollo del equipo, los estudios realizados han puesto de relieve que los equipos necesitan tiempo para elaborar normas cooperativas y prácticas de puesta en común de la información. Es probable que los miembros de los equipos pongan más empeño en llevarse bien si son conscientes de que tienen que trabajar juntos durante un plazo prolongado. La introducción de nuevos miembros en un equipo puede generar ideas creativas y, además, la participación de miembros del equipo a tiempo parcial puede promover la innovación.

Cada vez más, el rendimiento de las organizaciones de asistencia sanitaria dependerá del desempeño de los equipos que las componen. Tal situación se verá propiciada no sólo por el aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas, sino también por la incorporación de nuevas tecnologías de tratamiento y, en particular, el incremento de las exigencias en cuanto a la asunción de responsabilidades respecto a los resultados, tanto de costes como de calidad. Tal evolución, a su vez, se verá reforzada por el uso de incentivos financieros para la mejora del rendimiento organizativo y de los equipos. El estado actual del conocimiento basado en la investigación, tanto dentro como fuera del sector de la asistencia sanitaria, constituye una base de gran riqueza a disposición de médicos y gestores en su labor de mejora de la atención sanitaria para todos.

A nadie se le escapa que los recursos humanos están en crisis en el sector de la salud tanto en países desarrollados como en desarrollo. Tim Evans, alto funcionario de la Organización Mundial de la Salud, declaraba recientemente: «Décadas de anemia inversora en formación, remuneración, condiciones de trabajo y gestión de profesionales [...] han provocado una grave carencia de personal con conocimientos clave y un nivel creciente de cambios profesionales, jubilaciones anticipadas y migraciones nacionales (a áreas urbanas) e internacionales (a países ricos)». El Informe Mundial de la OMS de este año añade: «Muchos sistemas nacionales de salud son, por las razones antes mencionadas, débiles, no equitativos, irresponsables e inseguros. Las amenazas epidemiológicas y las aptitudes de los profesionales disponibles no suelen encajar las necesidades sanitarias de la población local. La prioridad es pues muy alta y de carácter internacional».

Se van tomando algunas medidas, como la expansión de la plantilla del SNS de 1997 a 2005, que sólo para Inglaterra se vio incrementada de 300.000 a 1.370.000 trabajadores totales, con crecimientos de casi el 80% en el número de gestores, del 50% en médicos hospitalarios (*consultants*) y de cerca del 20% en médicos generales (GP). Posiblemente esta inversión en personal no sólo no se pueda mantener en el tiempo sino que puede caer algo por los nuevos imperativos de mejora de eficiencia que se están reclamando al SNS. Lo importante es centrarse en la buena administración de las funciones que realmente importan en los servicios sanitarios: el *front-line staff*, que requiere de un *back-line staff* eficaz.

En España hay aproximadamente un médico colegiado por cada 300 habitantes, por lo que el problema no es de cantidad sino de su distribución por especialidades, funciones y territorios. No sabemos qué parte —ni aquí ni en ningún sitio— del trabajo de los sanitarios se traduce en mejoras reales de salud de la población, por lo que se precisaría una reorientación del sector basada más en actividades de salud pública que den respuesta a las necesidades de salud de la población, que en la mera expansión de estructuras asistenciales.

Esperamos que disfruten de la lectura del texto, que les resulte útil y que nos hagan llegar sus comentarios.