

# 4

## ***Hay que modernizar el régimen de personal***

La implantación de medidas que permitan una gestión eficaz de los recursos humanos va a ser una de las reformas clave, incluyendo la adaptación de los horarios a las necesidades asistenciales, evitando los horarios sólo “de mañana”.

La implicación de los profesionales en la implantación de reformas es crítica y esto no será posible si no se aboga por la introducción de elementos de diferenciación y reconocimiento del mérito individual y colectivo.

Entre estos elementos se señala como clave el impulso de sistemas de retribución variable, no ligados únicamente a indicadores de actividad, y el pago por *performance*.

Sólo de esta forma se estimulará la atracción y la retención de talento en el sistema.

Existe un cierto consenso en que el actual sistema estatutario se ha convertido en una limitación a la implantación de medidas en este sentido.

Por ello se propone, sin perjuicio de agotar las posibilidades de mejorar la gestión bajo el régimen estatutario y respetando los derechos adquiridos, que las nuevas incorporaciones tiendan a realizarse preferentemente en régimen laboral.

*El régimen estatutario, cada vez más percibido como limitación para el aumento del dinamismo y flexibilidad necesarios en la actividad sanitaria*

La actual aplicación del régimen estatutario, mayoritario en nuestro sistema de salud, requeriría una reflexión y flexibilización, que hiciese hincapié en aquellos elementos que están limitando el aumento de la eficiencia del sistema y la retención de talento en el mismo.

El régimen estatutario está sustentado en elementos más propios de antaño que de los sistemas sanitarios modernos, más preocupados por la flexibilidad, la corresponsabilidad y la introducción de elementos que contribuyan a la atractividad del sistema para el profesional.

*Elementos más negativos del régimen estatutario*

Entre los elementos del régimen estatutario que estarían limitando la modernización del sistema podrían incluirse:

- la existencia de plazas en propiedad
- la extremada rigidez, en la práctica, para la adaptación de los horarios y las dedicaciones a las necesidades asistenciales
- un sistema disciplinario ineficaz
- y, sobre todo, las limitaciones para la diferenciación y el reconocimiento del mérito individual y colectivo

*Nuevos ingresos: régimen laboral*

Es por lo que, respetando los derechos adquiridos, esto es, sin desposeer a nadie de la condición de estatutario, el sistema debe avanzar **hacia su modernización**.

Y esto pasaría porque las nuevas incorporaciones se realicen bajo el régimen laboral. En la Tabla 5 se recogen, de forma resumida, los principales elementos de modernización del sistema de gestión de personal propuestos.

En ese marco, hay que avanzar hacia modelos que permitan la diferenciación y el reconocimiento individual y colectivo, impulsando sistemas de retribución variable que permitan valorar la calidad del desempeño (avanzando hacia modelos de **pago por performance**), y huyendo así del pago por actividad, de tan nefastas consecuencias en sanidad.

Estos cambios actuarían además como palanca de cambio para el resto de reformas propuestas, dado que para lograr un alto grado de adhesión de los profesionales a los compromisos y objetivos de incremento de calidad del sistema, es necesario contar con un sistema que permita “premiar” niveles mayores de compromiso con los objetivos propuestos.

Por tanto, una gestión eficaz de los recursos humanos es uno de los componentes esenciales de las reformas, para lograr una mayor involucración de los profesionales en la consecución de los objetivos generales de mejora de la calidad.

*El pago por performance, no por actividad, una necesidad*

Tabla 5.  
**Posibles elementos de modernización sistema de gestión de personal.**

- 1** Implantación de modelos de retribución variable, más completos no únicamente basado en pago por actividad
- 2** Modelos de pago por *performance*
- 3** Mayor flexibilidad y penalización de comportamientos de no compromiso
- 4** Nuevas incorporaciones preferentemente en régimen laboral

Fuente: Elaboración propia.

*Elementos de modernización de la gestión de personal*

Las **políticas de pago por performance (Pay for performance o P4P)** se vienen aplicando, de forma cada vez más extendida, como política de remuneración a profesionales del ámbito privado como público. Sus principales características se recogen en la Tabla 6. En EE.UU., se calcula que en torno al 30% de las aseguradoras sanitarias privadas han implementado algún tipo de pago por desempeño.

En Europa, las iniciativas pioneras han surgido del sector público, donde ha sido

especialmente relevante por su envergadura y alcance, el modelo implantado en el **NHS británico**, que introdujo el pago por desempeño en 2004 (las principales características del modelo se recogen en la Tabla 7). El modelo del NHS utiliza cuatro tipos de parámetros en función de los cuales se establecen los incentivos económicos de sus médicos (parámetros de calidad asistencial, de organización, de satisfacción del cliente y un bloque de otros criterios que incluye varios parámetros de calidad). El modelo se ha

*El NHS, pionero en Europa en las políticas de pago por performance*

Tabla 6.  
**Características generales de los modelos de pago por performance (P4P).**

Aspira a discriminar y premiar las prácticas médicas y los resultados excelentes respecto a los que no lo son, previo acuerdo contractual entre los financiadores y los proveedores.	Está orientado a la mejora del desempeño profesional que se mide en función de los resultados alcanzados en diferentes dimensiones.
Constituye un instrumento de gestión por incentivos, constituido por un conjunto de medidas e indicadores que afectan al modelo de compensación o retribución de los profesionales médicos.	El compromiso se manifiesta mediante la vinculación al riesgo financiero del aumento o disminución de los objetivos negociados, que es asumido, en parte o totalmente, por los propios médicos.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7.  
**Modelo retributivo de pago por desempeño del NHS.**

**A quién se dirige** Médicos de Atención Primaria

**Sistema de puntuación**

- Se basa en un sistema de indicadores consensuados con profesionales y organizaciones profesionales que miden el desempeño profesional mediante un sistema de puntos.
- Sistema de puntuación basado en cuatro grupos de criterios:
  - **Parámetro de calidad asistencial:** el desempeño de los profesionales. *Supone 550 puntos (52% del total).*
  - **Parámetros de organización:** *Supone 184 puntos (17% del total).*
  - **Parámetros de satisfacción del cliente:** Se mide a través de encuestas. *Supone 100 puntos (10% del total).*
  - **Otros criterios:** incluyendo vacunación infantil, medidas anticonceptivas, Test papanicolau (36 puntos), estándares de calidad (50 puntos) y 130 puntos si califican con altas puntuaciones en todas las áreas. *Suponen 216 puntos (21% del total).*
- Puntuación máxima 1.050 puntos

Fuente: Elaboración propia.

aplicado a todos los médicos de Atención Primaria del país como un instrumento contractual, lo que ha conllevado un importante esfuerzo de consenso con los profesionales, así como el aval del conocimiento científico.

Kaiser Permanente, en EE.UU., también cuenta con un modelo de retribución variable por consecución de objetivos centrado en la calidad asistencial, satisfacción del paciente y contribución del profesional a los objetivos de la compañía. El sistema prevé bonus en caso de cumplimiento de los criterios propuestos y penalizaciones en caso de incumplimiento.

Medicare Australia, el sistema universal de salud, perteneciente a la agencia nacional australiana, cuenta con un

programa de incentivos basados en el pago por resultados, en el que una parte del bonus se liga a la mejora del estado de salud de los pacientes. El sistema prevé también penalizaciones para médicos que no cumplan con determinados requisitos del modelo. El modelo se sustenta en siete áreas (sistemas de información, asistencia fuera de la jornada laboral, cuidados en enfermedades crónicas, salud mental, práctica en los cuidados, uso responsable de medicamentos y enseñanza).

La implementación de sistemas de pago por “performance” no es tarea sencilla. La definición consensuada de lo que se considera buen desempeño, la definición de los indicadores y mecanismos de medida más adecuados, y la definición

*La implantación de modelos de pago por performance en sanidad no es tarea sencilla*



de los mejores niveles de atención para su implantación, son algunos de los aspectos a considerar para una implantación eficaz (Tabla 8).

En España, el modelo retributivo está contemplado en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco de personal sanitario de los servicios de salud. El modelo incluye retribuciones fijas, que son competencia del Estado (sueldo, trienios y pagas extraordinarias) y retribuciones complementarias, subdivididas en fijas y variables, que son competencia de las Comunidades Autónomas y que tienen una implantación progresiva. En las retribuciones complementarias, se incluye el **complemento por productividad**, remuneración basada

en el rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas. En algunos casos, esta retribución ha contemplado una parte fija por efecto de armonización retributiva, perdiendo en estos casos el objetivo que perseguía.

Como ejemplo de modelo de complemento de productividad aplicable al personal estatutario, el Servicio Andaluz de Salud se basa para su aplicación en la evaluación del cumplimiento por el profesional de los objetivos previamente establecidos para la Unidad de Gestión Clínica, Servicio o Unidad de Protección de la Salud en el que se encuentre integrado.

Tabla 8.

**Resumen de aspectos a considerar y recomendaciones para el diseño e implementación de Programas de Pago por Performance (P4P)**

<p><b>1. La definición de buen performance no está claramente definida</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe cierto desacuerdo entre el posible objetivo del pago por performance, si los P4P deben restringirse a medidas de calidad o deben incluir también medidas de eficiencia y volumen actividad.</li> <li>• Se debe preparar el entorno antes de implementar medidas de pago por performance.</li> </ul>
<p><b>2. Falta de consenso sobre el tipo de medidas que se requieren para el soporte de estos sistemas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las medidas deben de ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a diferentes entornos, en función de la especialidad etc.</li> </ul>
<p><b>3. La mayoría de los sistemas de información no están adaptados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requiere una actualización de los sistemas de información para la implantación de sistemas P4P.</li> </ul>
<p><b>4. Requieren costes de inicio (start up costs)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiriendo la reorganización de los mecanismo de pago existentes.</li> <li>• Se requiere decisión sobre la forma en que se financian los costes iniciales.</li> </ul>
<p><b>5. En el modelo del NHS hasta el 30% de los salarios de médicos de Atención Primaria corresponden a sistema P4P</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es de más difícil implantación en hospitales, donde las responsabilidades por performance son más complejas.</li> <li>• A nivel de hospital los programas P4P deberían ofrecer incentivos por unidad de negocio para fomentar la participación.</li> </ul>
<p><b>6. Los incentivos económicos no son la única vía, deben considerarse también otros drivers</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benchmarking y publicación de resultados y capacidad de elección de los pacientes son otros drivers de calidad a considerar.</li> </ul>
<p><b>7. La coexistencia de múltiples drivers de calidad pueden conducir a la perversión de los incentivos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario el alineamiento de los esquemas de incentivos de manera que ninguno sea favorecido frente a otros.</li> <li>• Deben evaluarse los riesgos y anticiparse a su aparición para evitar la existencia de incentivos perversos.</li> </ul>

Fuente: Paying for Performance. Incentives and the English Health System. PwC. Health Research Institute. 2008

Por ello, los elementos clave de este sistema son la definición de objetivos y la evaluación del grado de consecución de los mismos, de los que dependerá tanto la distribución de los incentivos fijados como de los remanentes que se hayan podido generar con las cuantías no distribuidas por cumplimiento parcial de los objetivos fijados.

En definitiva, es necesario un sistema que estimule y retenga el talento en el sistema, motivando a los profesionales, evitando el igualitarismo e incentive la calidad, el esfuerzo, el compromiso y el sentido de pertenencia a la organización, la eficiencia y la excelencia.

Existe un cierto consenso de que el régimen estatutario puede estar ejerciendo de freno en el proceso de avance hacia un nuevo modelo retributivo “vinculado con los resultados y a la mejor práctica clínica”.

En este sentido, algunas Comunidades Autónomas, como Cataluña, desde 1981 no han impulsado la construcción de hospitales por el sistema tradicional, para facilitar la autonomía de gestión y contar con personal laboral en las nuevas instituciones.

Otras iniciativas dirigidas a dotar de una mayor autonomía de gestión a los profesionales son las **Entidades de Base Asociativa (EBAs)**, empresas (sociedades limitadas) constituidas total o parcialmente por profesionales sanitarios que establecen una relación contractual con el servicio público de salud para ofrecer servicios sanitarios a cambio de una financiación capitativa. En Cataluña, por ejemplo, existen varias EBAs de médicos de familia y enfermeras para la autogestión de centros de atención primaria y una de pediatras para la autogestión de la atención integral (primaria-hospitalaria). En la Comunidad Valenciana se ha propuesto también la

creación de EBAs en Atención Primaria, en lo que supone un modelo de “autogestión”.

Por tanto, se trataría de no continuar creciendo bajo modelos que frenen las reformas que se consideran necesarias para la gestión del personal sanitario.

La propuesta de reforma pasaría por tanto, sin perjuicio de agotar las posibilidades de mejora de la gestión bajo el régimen estatutario y, por supuesto, de respetar los derechos adquiridos, evolucionar hacia un modelo de contratación en régimen laboral que facilite la implantación de sistemas de retribución variable ligados a desempeño como herramienta para la mejora de la calidad y eficiencia del sistema.

Sin embargo, la coexistencia de ambos regímenes (estatutario y laboral) sería inevitable por lo que resulta necesario profundizar en medidas que permitan mejorar la eficacia, optimizar los costes y, en consecuencia, la eficiencia de los recursos humanos garantizando el nivel de calidad asistencial.

No obstante, todos estos cambios no son fáciles de realizar, dada la situación de partida caracterizada por: a) la falta de flexibilidad en la gestión de recursos humanos; b) insuficiencias en los sistemas de información; c) alto nivel de absentismo y escaso control del uso fraudulento de la baja por incapacidad temporal; d) déficits conceptuales en cuanto a las formas de reconocimiento y diferenciación de los profesionales; e) problemas culturales con los sindicatos, hasta ahora grandes defensores de los sistemas de uniformización, frente a la diferenciación y el reconocimiento; y f) la existencia de formas inadecuadas de incentivar la actividad.

Todo ello no debe ser una barrera para evolucionar hacia un modelo de retribución variable que penalice el

*Las Entidades de Base Asociativa, iniciativas para impulsar la autonomía responsable de los profesionales*

absentismo, defina los procesos y equilibre las cargas de trabajo y module las reivindicaciones de los colectivos, con el único fin de promover el desarrollo e incentivación de los profesionales y como consecuencia el aumento de su rendimiento.

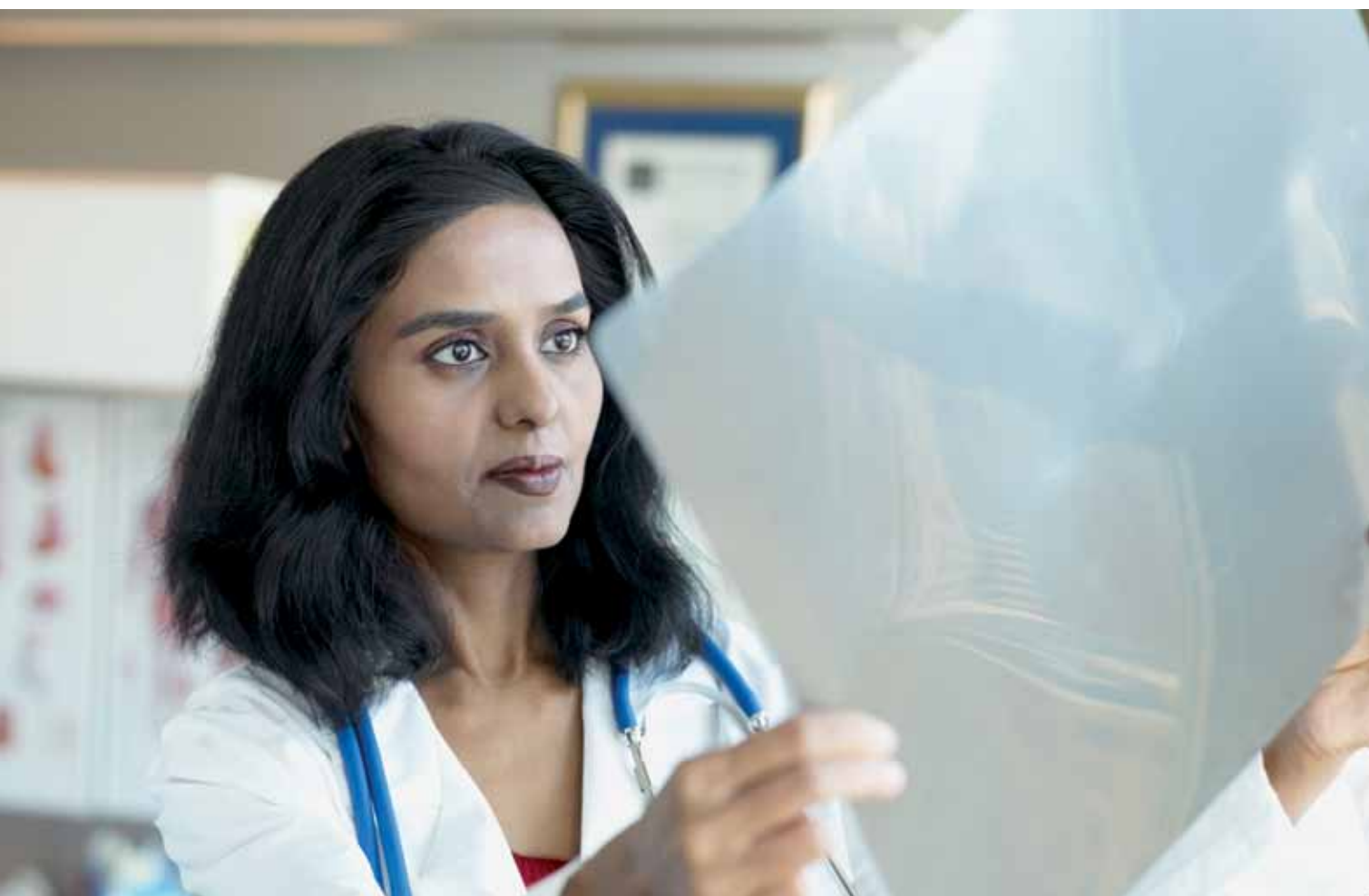
En este cambio de modelo el papel de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud será fundamental.

Estos cambios en el modelo deberán tener su reflejo en la **carrera profesional** donde la evaluación de las competencias debe ser el eje de medición fundamental. Además deberán tener en cuenta el **derecho de movilidad** de los

profesionales recogida en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, es preciso además incrementar el nivel de profesionalización de la gestión. El avance en la profesionalización de los gestores sanitarios es un tema pendiente y uno de los graves “debes” del SNS. Debe impulsarse la existencia de una masa crítica de gestores profesionales bien formados, evitando caer en la situación francesa de crear un cuerpo funcional, lo que añadiría rigidez al sistema, pero sí fijando ciertos requisitos para el acceso a determinados cargos, así como los criterios de formación continuada y evaluación de estos profesionales.

*La profesionalización de la gestión, lamentablemente, todavía una tarea pendiente*



*Los temas de personal, los más importantes en el presente y para el futuro*

En definitiva, sacar a la función directiva en los centros e instituciones sanitarias de la sospecha de politización.

No obstante, todo lo relativo al régimen de personal requiere una visión amplia de la organización, del proceso de trabajo en salud, los actores (trabajadores y profesionales de salud), los resultados para los pacientes y la ciudadanía en general.

Es importante señalar también la importancia de la educación continua, la

evaluación periódica de las competencias (recertificación) y de otros mecanismos de motivación y beneficios asociados al trabajo.

Posiblemente, la cuestión del personal sea la más importante del sistema sanitario, en el presente y futuro a medio y largo plazo.

Solamente un sistema de recursos humanos dinámico, productivo, y bien gestionado puede dar respuestas a las demandas, cuestiones y retos del sistema sanitario.

## **Implicaciones**

- *La mejora de la gestión del personal es una de las reformas que deben abordarse de manera prioritaria.*
- *El modelo debe primar la corresponsabilidad de los profesionales y permitir la incentiación de la diferenciación y la consecución de resultados de salud óptimos.*
- *Entre los frenos a su implantación se identifica el actual modelo estatutario. Sin perjuicio de agotar las posibilidades de mejora que permite la gestión bajo el régimen estatutario y, por supuesto, respetando los derechos adquiridos, se plantea la necesidad de que las nuevas incorporaciones se realicen mayoritariamente bajo régimen laboral frente al actual sistema.*