
Coordinación sanitaria. Recursos humanos del sistema sanitario

Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

La regulación y el alcance de la intervención pública sobre los recursos humanos en sanidad, particularmente sobre los profesionales, son muy intensos y de amplio espectro, desde la formación en todas sus etapas hasta el empleo, pasando por la acreditación profesional y la homologación de títulos extranjeros.

Sin embargo, la mayor parte de las decisiones en ese ámbito son compartidas entre las Administraciones central y autonómica, entre distintos departamentos de la Administración (educación y sanidad) y entre ésta y las asociaciones profesionales (sociedades científicas y colegios profesionales).

Paradójicamente, la sociedad civil –asociaciones, sociedades y colegios profesionales– contribuye quizá más a la coordinación, en el sentido de comunicación que traspasa fronteras entre Comunidades Autónomas, de los profesionales sanitarios en España

que la propia Administración Pública, pero lo hace de forma segmentada y en función de los intereses particulares, más que del interés general.

Aunque formalmente se reconoce que la planificación es necesaria, la fuerza de los mercados se impone en la asignación de recursos. La planificación no suele superar horizontes temporales cortos. Los cambios –de *numerus clausus* en Medicina, de número de plazas de médico interno residente (MIR) en cada especialidad– suelen ser los resultantes de presiones “cortoplacistas” de procedencia diversa más que del conocimiento preciso de causas y consecuencias. Haciendo un símil con la ejecución musical se planifica “de oído”, sin partitura.

La Administración central conserva una gran parte de las competencias de formación, acreditación y homologación de los profesionales sanitarios y la planificación global del Sistema Nacional de Salud (SNS), mientras que

las Comunidades Autónomas, en tanto que gestoras de sus respectivos servicios de salud, ejercen las competencias de empleo. Las tensiones entre Comunidades Autónomas y Administración central son un reflejo de los desajustes entre los mercados educativo y laboral.

Algunos dirigentes de los servicios regionales de salud persiguen un oasis de autonomía, independencia y autosuficiencia en la planificación y gestión de sus recursos humanos. Ese oasis es un espejismo, el de mercados profesionales totalmente segmentados y aislados. Piensan que las plazas de Medicina que deberían ofertarse en las Universidades de la región han de ser para formar a los futuros médicos que ejercerán allí, y que el número de plazas MIR a convocar cada año son para cubrir las necesidades de especialistas en la región. Algunos incluso limitan esas necesidades a las de la propia red pública.

Ese planteamiento corto de miras, además de tener mucho de espejismo, alimenta el déficit. Por ejemplo, dos de las especialidades más cotizadas en la elección MIR, Dermatología y Cirugía plástica, tienen excelentes expectativas de demanda privada, y precisamente ese es el motivo por el que

las preferencias de los médicos jóvenes se orientan hacia ellas. Las plazas de formación deben cubrir las necesidades de especialistas en el conjunto del sistema de salud, incluyendo los centros públicos, pero también los privados. En caso contrario la competencia entre ambas redes, pública y privada, por contratar a los escasos especialistas, agravará los déficits, aumentará los salarios de mercado y terminará descapitalizando la red pública.

El principal cuello de botella se produce en el tránsito entre la licenciatura en Medicina y la especialización MIR. Miremos las grandes cifras: cada año terminan la licenciatura unos 4.200 médicos y se convocan unas 6.000 plazas MIR. Por tanto, habría una plaza de especialización MIR para cada médico recién graduado y aún sobrarían unas 1.800 plazas (equivalentes al 42% del total de nuevos licenciados). ¿Cómo se resuelve este desequilibrio? De tres formas: primera, quedan plazas sin cubrir (la primera vez que ocurrió esto fue en 2006; en la convocatoria de 2007 el fenómeno se agudizó, habiendo quedado más de 200 vacantes); segunda, mediante la “recirculación” de residentes que se examinan de nuevo para cambiar de

especialidad, dejando tras de sí una nueva vacante. Esto es un despilfarro de recursos y conlleva una pérdida de bienestar social, pero no necesariamente implica que haya que restringir o prohibir la “recirculación”, sino más bien orientar los incentivos de forma que no compense practicarla; tercero, mediante la importación de médicos extranjeros. España ha pasado a ser un país formador de especialistas médicos, como lo eran desde hace décadas EE.UU. o el Reino Unido. La pregunta es dónde ejercerán esos especialistas extranjeros formados en España.

La segmentación geográfica de los mercados de médicos en España es muy acusada y va en aumento. Las elecciones de plazas MIR son un síntoma evidente de este fenómeno. En torno al 70 o 75% de los candidatos se quedan en su Comunidad Autónoma, y muchos de los desplazados son forzados. La descentralización de la sanidad es sin duda una causa subyacente de la segmentación. En nuestro país la movilidad laboral es reducida, en general, en todos los sectores, y con la fractura del “mercado único” de funcionarios y trabajadores públicos en 17 mercados escasamente conectados el fenómeno se ha agudizado.

Los mercados de profesionales sanitarios, por muy regulados que estén, son mercados, y como tales están sujetos a las fuerzas de la oferta y de la demanda. Hay un mercado para cada tipo de profesional —cardiólogos, médicos de familia, enfermeras de quirófano—. A corto plazo la oferta es bastante inelástica, porque no se puede aumentar sobre la marcha el número de profesionales disponibles. Formar a un especialista lleva más de una década, e importar médicos requiere trámites de homologación. Una oferta inelástica no es capaz de reaccionar aumentando o disminuyendo el número de profesionales activos para acomodarse a los cambios en la demanda o la necesidad. Cuanto más estrechos sean los mercados, más rígida será la oferta de profesionales a corto plazo, y más difícil será alcanzar los equilibrios.

La segmentación geográfica y la segmentación profesional —subespecialidades estanco— restan elasticidad a esa función de oferta. La movilidad internacional y la apertura de los mercados al exterior, por el contrario, la flexibilizan, dándole capacidad de adaptación a las condiciones del momento.

Lo que ocurrió en España en los últimos años fue que se produjo un

fuerte shock de demanda procedente de tres fuentes confluyentes. Aumentó sensiblemente la demanda de médicos por parte del sector privado, muy dinámico, en fase alcista para cubrir las demandas de una población progresivamente enriquecida y medicalizada. Al mismo tiempo, algunos países europeos ejercieron presión atractora sobre nuestros profesionales. Por otra parte, las Comunidades Autónomas que recibieron las transferencias sanitarias en 2002 acometieron simultáneamente ambiciosos planes de inversión: nuevos hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, centros de salud, ampliando su cartera de servicios y en último término demandando más médicos y enfermeras.

Por el lado de la oferta, en cambio, las entradas a la profesión se mantenían estancadas. El *numerus clausus* en Medicina no aumentó hasta el curso pasado, y el de plazas MIR convocadas iba creciendo lenta y desigualmente según las especialidades. El total de efectivos en activo –la oferta total– de cada mercado profesional se mantenía más o menos estable, o con tendencia positiva apenas perceptible, muy inferior al ritmo de crecimiento de las respecti-

vas demandas. La entrada de médicos extranjeros contribuyó a aliviar el problema del déficit, pero también creó nuevos problemas.

Los déficits de recursos humanos surgen por dos posibles causas relacionadas con el control de precios (salarios y rentas de los profesionales) y con el control de cantidades (barreras de entrada a la profesión y a la movilidad internacional). Los déficits de profesionales sanitarios en España, que son selectivos y muy desiguales entre especialidades, obedecen a ambas causas¹.

Con ofertas inelásticas el mercado busca su nuevo equilibrio como reacción al shock de demanda, aumentando los salarios y las rentas que perciben los profesionales. Sin embargo, las redes públicas de salud renuncian a utilizar ese instrumento para atraer a los profesionales (incentivar con mejores pagas y condiciones laborales a los perfiles profesionales más escasos), bajo el paradigma de una supuesta equidad retributiva que, desde el punto de vista del análisis económico, no se justifica.

Siendo los salarios de la red pública más o menos fijos –independientes de la gravedad del déficit y del grado de atractivo de los puestos de

trabajo— no es de extrañar que se cubran primero los puestos con mayor atractivo profesional y del entorno: en los grandes hospitales docentes con tecnología avanzada antes que en pequeños hospitales comarcales; en las ciudades más que en los pueblos remotos. Las islas y las zonas rurales aisladas del interior tienen problemas muy serios de recursos humanos, que se agravan por la auto-restricción de la “igualdad” salarial. La única forma de captar recursos escasos, por parte de demandantes en competencia, es ofreciendo mejores condiciones económicas y laborales, mediante incentivos a la captación y retención de profesionales: prestigio y reconocimiento profesional, dinero, condiciones laborales y de vida.

La ilusión de autosuficiencia de algunos dirigentes autonómicos que comentamos más arriba es falsa, porque a pesar de la tendencia a la segmentación geográfica de los mercados lo que ocurra en otras Comunidades Autónomas les condiciona en gran medida, no sólo porque compiten por los recursos humanos escasos, sino también porque están sometidos a las presiones de la emulación. Si una Comunidad Autónoma amplía su car-

tera de servicios, las demás tenderán a hacer lo mismo. Los salarios están sometidos a una espiral inflacionista, dado que el objetivo es igualar en máximos. Por definición, es imposible que cada Comunidad consiga su objetivo de “estar por encima de la media”, a no ser que esa media vaya aumentando. Así que las mejoras de una Comunidad se contagian a las demás.

Este es el panorama. El Ministerio de Sanidad conserva bastantes competencias en materia de recursos humanos, básicamente de acreditación y formación, mientras que las Comunidades Autónomas, principales demandantes de profesionales sanitarios, sufren los desequilibrios de los mercados laborales y culpan de ello a los fallos de planificación del Ministerio de Sanidad.

La coordinación no es fácil. Las rivalidades políticas meten ruido y las organizaciones encargadas de coordinar el sistema son muy débiles en cuanto a capacidad resolutoria. El voluntarismo no es suficiente para coordinar un sistema de salud complejo, fragmentado y altamente descentralizado. La ficción de una mesa redonda con 17 “caballeros” no resuelve los problemas del mundo real, en el que algunos de esos caballeros

apenas tienen un par de cientos de miles de habitantes en sus reinos, mientras que otros cuentan 6 y hasta 8 millones. El principio implícito de la toma de decisiones basada en la coordinación *inter pares* choca con el de la democracia moderna —un hombre, un voto—, así que se evita tener que llegar a la votación. El Consejo Interterritorial del SNS y los demás organismos de coordinación del sistema, aun derrochando mucha energía, carecen de la necesaria capacidad ejecutiva de decisión.

No creo que haya soluciones mágicas para ese Reino de Avalón, pero algo se puede hacer. El registro de profesionales sanitarios que el Ministerio de Sanidad y Consumo está poniendo en marcha es un primer paso necesario. También lo es su liderazgo en iniciativas de movilidad internacional de profesionales, estudiando las posibilidades de atracción y retención de

médicos bien formados en universidades seleccionadas de Latinoamérica y Europa, agilizando la homologación en esos títulos por vía rápida, firmando convenios marco internacionales bilaterales para la movilidad de profesionales, flexibilizando las fronteras entre especialidades y potenciando los incentivos a la apertura de los mercados laborales de las Comunidades Autónomas. No obstante, la capacidad real del gobierno central es muy limitada. Este Rey Arturo, que debe poder ejercer como tal, necesita que los “caballeros” de la mesa redonda reconozcan su liderazgo y articulen nuevas reglas del juego para el gobierno ejecutivo de la sanidad.

El problema de fondo de la coordinación del SNS no se resuelve en dos días ni con pequeños cambios, requiere una refundación del SNS y un cambio más radical de las reglas del juego del gobierno de la sanidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio sobre necesidades de especialistas en España. 2007. Disponible en: www.msc.es