

Incentivos a los médicos, vía de mejora de los servicios sanitarios

VICENTE ORTÚN*

RESUMEN¹

Los sistemas sanitarios de cualquier país del mundo funcionarán en la medida en que quienes asignan los recursos, fundamentalmente los profesionales clínicos, cuenten, además de con formación e información adecuadas, con incentivos apropiados. Ahora bien, el dinero constituye la forma más cara de motivar a las personas. Por lo demás, muchas normas sociales y profesionales no pueden sustituirse por reglas de mercado. Este artículo parte de la existencia de tres planos de incentivación: la social, la organizativa y la individual. En él se recogen una serie de reflexiones sobre las formas de incentivar a los médicos para mejorar la oferta de las prestaciones sanitarias y se plantean algunas propuestas en este sentido.

Los sistemas sanitarios tendrán un buen desempeño en la medida en que los profesionales, particularmente los clínicos, que asignan los recursos tengan la información y los incentivos adecuados para tomar decisiones coste-efectivas. Los incentivos, definidos como cualquier factor que proporciona un motivo para una acción u omisión y explica que se prefiera la opción elegida a sus alternativas, se analizan y entienden mejor en tres niveles: el primer nivel es el de las reglas sociales de juego; el segundo, el de las formas organizati-

* Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona (vicente.ortun@upf.edu).

¹ Este artículo se ha beneficiado de los debates del Foro de Innovación en Atención Primaria, que se ha reunido en Madrid bajo la dirección de Juan Gervas, así como también de los trabajos en curso del Grupo Asesor para la Mejora de la Atención Primaria en Galicia, coordinado por el autor, y de la asesoría realizada al Consejo de la Profesión Médica de Cataluña (Ortún *et al.*, 2008).

vas y el grado de competencia entre las mismas; y el tercero, el de los incentivos individuales, o de grupo, bajo la forma de promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción, dinero, etcétera.

Este artículo se organiza en cinco apartados. Los tres centrales están dedicados a cada uno de los niveles de incentivos señalados; el apartado que sigue a este traza unos apuntes teóricos sobre los incentivos (cuyo conocimiento científico está aumentando rápidamente en estos inicios del siglo XXI), y el quinto y último resume los principales argumentos y sugiere algunos elementos de consenso.

1. INCENTIVOS: EL ESTUDIO CIENTÍFICO DEL COMPORTAMIENTO

Una relación entre patrón y empleados, una relación entre accionistas y gerentes, o una relación entre paciente y médico puede conceptualizarse como relación de agencia, con unos problemas derivados de los diferentes intereses entre las partes. Entre las múltiples soluciones al problema de agencia se cuentan los contratos de incentivos (hacer al agente partícipe del resultado, al coste de transferirle el riesgo derivado de la oscilación en resultados) o las opciones de compra sobre acciones para directivos, que tan desastrosos resultados tuvieron en la década de los noventa. En la actualidad se reconoce el énfasis excesivo otorgado a los incentivos explícitos para resolver los problemas de agencia y la necesidad de incorporar los incentivos implícitos derivados de los contextos legal, social, profesional y de mercado (Casadesús y Spulber, 2007).

Sabemos que existen “individuos aprovechados”, “reciprocadores estrictos”, así como también “castigadores altruistas”, personas que están dispuestas a sacrificar utilidad personal para conseguir justicia y cumplimiento de las normas sociales (Fehr y Gächter, 2002). Obviamente, la evolución humana conoció etapas en las que se salvaba todo el grupo o no se salvaba nadie. Si los problemas encontrados hubieran sido siempre del tipo “ponte las deportivas para correr más que tu compañero”, no tendríamos castigadores altruistas entre nosotros.

La mente utiliza mecanismos instintivos, incluidas las emociones, para resolver los problemas más relevantes, es decir, los más relacionados con la supervivencia y la reproducción. Nuestra mente ha evolucionado durante los últimos dos millones de años en un entorno de cazadores-recolectores, por lo que, tanto en su dimensión de cooperación instintiva como de racionalidad limitada, está mal adaptada a un entorno globalizado caracterizado por la cooperación “con extraños” (Camerer y Fehr, 2006).

Las implicaciones prácticas de estos desarrollos suponen: (1) considerar necesariamente las preferencias individuales por cómo están los demás, por la propia aprobación social o el trabajo interesante (la aprobación social modifica la conducta, no únicamente porque genera beneficios futuros, sino por las emociones que suscita); (2) reconocer la cooperación voluntaria y constatar que esta cooperación puede afectarse, en cualquier sentido, por el uso de incentivos explícitos (en particular, una percepción hostil de los incentivos explícitos lleva a una disminución de la cooperación voluntaria, pero conviene tener muy en cuenta que la introducción de incentivos explícitos puede destruir la motivación intrínseca, el mismo gusto por el trabajo bien hecho); (3) insistir en la conveniencia de no sustituir las normas sociales y profesionales por transacciones de mercado. Es bien sabido que el dinero constituye la manera más cara de motivar a las personas y que nada puede sustituir el ‘profesar’ con honestidad (por tanto, los juramentos hipocráticos no están obsoletos).

instituciones son tanto las reglas de juego de una sociedad como sus mecanismos de salvaguarda. Pueden ser formales –como la Constitución, las leyes, los derechos de propiedad o los códigos deontológicos– e informales –como las costumbres, las tradiciones o las pautas de conducta esperadas en un grupo profesional–. Las instituciones deseables son las que mejor reconcilian el interés individual con el interés social.

En sanidad, además de las reglas de juego establecidas por el Estado y, secundariamente, el mercado, tres instituciones tienen particular importancia: (a) las normas clínicas, (b) las relaciones medicina-industria farmacéutica, y (c) la configuración del Estado del Bienestar.

Las normas profesionales clínicas

La acción prescriptora, por ejemplo, implica, junto al aspecto sanitario, un aspecto económico. El médico es también un ordenador de pagos, sin que su mandamiento requiera una intervención o fiscalización previa, tal como acontece con la mayor parte de los gastos de las administraciones públicas. No cabe olvidar la gran discrecionalidad de los profesionales sanitarios, ni seguramente hace falta recordar la obviedad de que son ellos quienes realmente asignan la mayor parte de los recursos sanitarios. Estos profesionales pertenecen a un colectivo que se rige por unas normas clínicas. Las normas profesionales clínicas comprenden tanto el conjunto de comportamientos que la profesión estima aceptables (y que sanciona con prestigio, ostracismo...) como el conjunto de valores y expectativas compartidos por el grupo profesional de referencia.

Estas normas clínicas vienen influidas, además de por el Estado y el mercado, por la cultura poblacional. En España, concretamente, nos movemos en una acendrada cultura del medicamento que hipertrofia sus beneficios hasta crear incluso dependencias injustificadas, al tiempo que minusvalora formas más racionales de tratamiento o prevención.

2. EL ENTORNO INSTITUCIONAL, PRIMER NIVEL DE INCENTIVOS

Cada sociedad tiene sus reglas de juego: sus instituciones. Estas instituciones se definen como las restricciones creadas por el hombre para estructurar la interacción política, económica y social. Las

Las relaciones medicina-industria farmacéutica

Existe amplia evidencia de cómo la industria farmacéutica afecta al comportamiento prescriptor de los médicos, en bastantes ocasiones en sentido negativo. La formación continua de los médicos, el desarrollo de sus investigaciones, la asistencia a congresos, incluso la organización del ocio, dependen

de forma abrumadora de la industria farmacéutica. No parece de recibo que los visitantes médicos sean la fuente principal de la información sobre medicamentos, ni que se vigile pobremente el cumplimiento de la regulación existente sobre publicidad de medicamentos de uso humano.

La investigación también está muy mediada por los intereses, legítimos, de la industria farmacéutica: cláusulas contractuales de reserva de derechos de publicación, selección inicial de investigadores y temas, posición dominante de empresas especializadas en la realización de ensayos clínicos (en detrimento de los centros académicos) representan sólo algunos ejemplos. Se produce, con frecuencia, un conflicto de intereses que se podría expresar con el binomio "bienestar social/bienestar particular" y que no necesariamente supone fraude ni mala praxis, pero que conviene hacer público –explicitando fuentes de financiación, por ejemplo– para que los usuarios de la investigación tengan todos los elementos necesarios de juicio para valorarla.

Dadas estas circunstancias, parece conveniente: (i) establecer un código de buenas prácticas para la promoción de medicamentos; un código que aclare la relación entre industria y médicos, con el ánimo de mejorar la calidad de la prescripción, especialmente cuando empieza a existir evidencia del favorable impacto que la actuación basada en la evidencia científica puede tener en la adecuación de la prescripción; (ii) declarar los conflictos de interés cuando se produzcan; (iii) vigilar el grado de dependencia de la medicina respecto a la industria farmacéutica combinando lo mejor de la intervención pública con lo mejor de los mecanismos del mercado (Cervera *et al.*, 2004).

En la prescripción, como en el resto de la gestión clínica, se trata de dotar a los médicos –decisiones clave del sistema sanitario– con los incentivos, la información y la infraestructura precisas para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva. Una adecuada selección de personal, centrada no sólo en aptitudes sino también en actitudes, puede compensar la debilidad de los incentivos característica del sector sanitario. Este enfoque de la selección como solución organizativa alternativa a los incentivos adquiere particular relieve en el sector público, necesitado de una ética profesional y de servicio público.

Diversas razones avalan la necesidad del incentivo individual en la prescripción (independencia profesional, variabilidad en estilos de prác-

tica, interiorización del coste de oportunidad...). Ahora bien, en la medida en que, por una parte, en sanidad se dan condiciones técnicas de trabajo en equipo, y, por otra parte, el *input* prescripción es bastante sustituible por otros *input* del proceso asistencial, los presupuestos para prescripción deberían incluirse en presupuestos globales.

La reorientación del Estado del bienestar

La auténtica sostenibilidad de la componente sanitaria del Estado del bienestar pasa por garantizar la deseabilidad, expresada en disposición social a pagar, de aquellas innovaciones con impacto positivo en el bienestar social. El reto estriba en evitar la dualización de la sociedad, conjugando responsabilidad individual y responsabilidad social. Un Estado del bienestar ha de controlar los desincentivos tanto por el lado de la financiación como de las prestaciones, rehusando las tentaciones proteccionistas –aunque se disfracen de responsabilidad social corporativa o ecologismo– y acatando la disciplina que imponga la competencia internacional (propia de las economías abiertas). Por el lado de la financiación, los impuestos han de favorecer el crecimiento, lo que puede introducir una suave regresividad. Por el lado de las prestaciones, hay que evitar la pasividad del paciente e introducir el principio del beneficio –copago y primas complementarias controladas (¿por qué no?) públicamente– allá donde lo relevante sea la preferencia individual y no la necesidad desde una perspectiva social.

En la economía sumergida (que incluye la criminal), estimada en más de un 20 por cien del PIB, tiene el sistema fiscal español un margen importante de actuación. La lucha contra el fraude necesita reformas legales en las figuras impositivas y en los procedimientos tributarios para cerrar las vías de evasión fiscal, así como también precisa de una administración tributaria con el convencimiento necesario para aplicarlas. Este tipo de reformas exigen un consenso parlamentario, tanto más difícil de obtener cuanto más progresivo sea el planteamiento de las mismas. Otras reformas parecen también necesarias: por ejemplo, retrasar la edad efectiva de jubilación se percibe como la respuesta lógica al espectacular aumento de la esperanza de vida. Por otra parte, la expansión de los servicios sociales como consecuencia del compromiso de atender los problemas de dependencia se compadece mal con la reducción o supresión de determinados impuestos, como los aplicables a las sucesiones o al patrimonio.

Entre otros cambios que afectan al funcionamiento de nuestro sistema de bienestar, también convendría considerar la introducción de incentivos a los usuarios. España tiene un copago sobre medicamentos pequeño, y en disminución, en relación a otros países con Estados del bienestar consolidados. Nuestro sistema de copago no es ni eficiente ni equitativo y podría reformarse de tal manera que los copagos, aunque de importe reducido, permitieran al usuario cobrar mayor conciencia del coste de los fármacos y desincentivaran el sobreconsumo (¡y quejas como las de que las nuevas pastillas recetadas ya no flotan en el water!). Cabría asimismo diseñar un copago fijo obligatorio por receta, con límite máximo mensual, neutral presupuestariamente. Podrían incluso aplicarse de forma paralela dos copagos: el obligatorio de baja intensidad y otro, evitable, relacionado con la efectividad de los medicamentos (Puig-Junoy, 2004). El primer nivel de copago sería aportado por toda la población con dos exenciones: insuficiencia de ingresos y techo fijo. El segundo nivel de copago, independiente del primero, sería evitable según preferencias individuales y dependería de la efectividad de los tratamientos (su aplicación requiere, por cierto, un sistema de precios de referencia, diferente del actual, basado en la equivalencia farmacológica o terapéutica).

Una nota sobre el papel de los sindicatos de clase en el Sistema Nacional de Salud

Tanto el nacimiento de los sindicatos de clase en el siglo XIX, como el desarrollo de instrumentos y armas para la defensa de sus intereses, tales como la negociación colectiva o la huelga, tenían un claro sentido justificado en la propia supervivencia del entonces denominado proletariado frente a la opresión de la clase dominante en un contexto histórico de inhibición por parte del Estado en relación a la situación de los trabajadores. Tras la segunda Guerra Mundial, superada la amenaza totalitaria, muchas constituciones europeas recogieron la protección del trabajo y del trabajador como una conquista histórica de los trabajadores, convirtiendo al Estado Social en el garante de las libertades y los derechos de los trabajadores.

Claro está que los medios otorgados por el Estado a los trabajadores no persiguen la defensa de la justicia (para la que existen otros cauces legales e institucionales) ni la del interés social, sino la de los intereses económicos y las reivindi-

caciones laborales de determinados grupos de trabajadores. La actividad sanitaria muestra mejor que ninguna otra los efectos perniciosos que pueden traer consigo los instrumentos de presión (paros o huelgas) en contextos en los que el interés colectivo de la salud debería ser siempre prioritario. En España podría darse una sobreprotección de las posiciones sindicales –posible herencia de unos sindicatos estatalmente controlados durante la dictadura franquista y muy exitosos como interlocutores durante la transición democrática–, que puede ejemplificarse en el hecho de que el derecho de huelga de los trabajadores goza actualmente de mayor protección jurídico-constitucional que el derecho a la salud de los ciudadanos (Pérez Camarero, 2006).

El hecho de que la actividad sanitaria se sustente esencialmente en la prestación de servicios de naturaleza personal hace difícil pensar en el éxito de cualquier reforma organizativa que no cuente con el apoyo y la colaboración de quienes prestan tales servicios. Todos los métodos de gestión de los servicios de salud dependen en última instancia de las capacidades, la motivación y el rendimiento de los trabajadores de la salud. De la crucial importancia de este apoyo derivan, de un lado, la dificultad o el elevado coste de regular y limitar el ejercicio del poder sindical y corporativo en el contexto de los servicios públicos y, de otro lado, la propia tibieza con que los legisladores han afrontado en España reformas necesarias en el régimen estatutario de los funcionarios públicos o la propia regulación de instrumentos sindicales como la huelga que, en los servicios públicos sanitarios (como también en otros), puede suscitar una colisión frontal entre el interés general de los ciudadanos y el de algunos colectivos de trabajadores.

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, bastante más sindicalizados que el resto de la población laboral. Ello puede dificultar la capacidad de las administraciones públicas para implantar cambios y reformas en unas estructuras ya bastante rígidas por el régimen administrativo y estatutario.

3. LAS FORMAS ORGANIZATIVAS Y LA COMPETENCIA ENTRE ELLAS, EL SEGUNDO NIVEL DE INCENTIVOS

Tanto el tipo de organización (pública o privada, por cuenta propia o por cuenta ajena...) como el grado de competencia y cooperación entre las organizaciones del sector sanitario determinan la fuerza y adecuación de los incentivos. Entre las organizaciones públicas puras (en las que la apropiación del excedente es pública, como también lo son los derechos residuales de decisión) y las organizaciones privadas puras (apropiación privada del excedente y derechos residuales de decisión privados) existen bastantes posibilidades intermedias (por ejemplo, las oficinas de farmacia, que combinan apropiación privada del excedente y derechos residuales de decisión públicos).

En la sanidad española predominan las burocracias públicas, siendo poco prevalentes las organizaciones sin finalidad lucrativa, las de finalidad lucrativa y las cooperativas de profesionales. Ante las dificultades para mejorar la gestión de las burocracias públicas, se ha experimentado con formas organizativas alternativas. Las escasas evaluaciones sobre el impacto de las nuevas formas organizativas en el funcionamiento del sistema sanitario no permiten conclusiones rotundas: ni la de la Fundación Avedis Donabedian (2002), comparando (para Cataluña) los equipos autogestionados de asistencia primaria tanto con el Instituto Catalán de Salud como con las mutuas, ni la de Arias *et al.* (2007) para hospitales (que concluye afirmando que los hospitales que cuentan con instrumentos de gestión menos burocratizados y más flexibles muestran una mayor eficiencia en los indicadores más consolidados en el sector –estancia media y coste ajustados–, pero la misma calidad asistencial medida a través de indicadores cuantitativos ajustados por riesgo, como mortalidad, complicaciones y readmisiones).

La necesaria redistribución de funciones entre los miembros de los equipos sanitarios y la conveniente autonomía de gestión

La funcionarizada organización sanitaria ha permanecido en gran medida ajena a los cambios, pretendiendo incluso que sea la sociedad quien se adapte a sus servicios. La persistencia de las listas

de espera para acceder a la consulta y, derivado de ella, el incremento de las “urgencias” es sólo un ejemplo de esta realidad. Resulta necesario un giro copernicano de la organización de los servicios que se adapte a la realidad de las demandas/necesidades de la sociedad.

Ciertamente, la cultura de la inmediatez, el “todo es posible”, se traduce en la creencia de que los servicios sanitarios deben dar y van a dar respuesta a cualquier mínima circunstancia que altere el “perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social”. La intolerancia a la incomodidad y las enfermedades imaginarias alcanzan altas cotas de prevalencia (Gérvás y Pérez-Fernández, 2006) y la “obsesión” por la salud se convierte en el factor patógeno predominante. La necesidad sentida de inmediatez y el creciente hábito consumista de disponer de todos los servicios 24 horas al día conducen a que cualquier incipiente molestia se convierta en motivo de consulta que requiere rápida atención (Sen, 2002), impidiendo que la resolución espontánea pueda ser la vía de solución natural.

Sin embargo, los dispositivos sanitarios, y en concreto la atención primaria como punto de entrada al sistema, no han seguido una evolución paralela para adaptarse a los cambios experimentados por la sociedad y sus demandas. Así, a la necesidad de inmediatez y accesibilidad se ha “contraatacado” con un sistema de cita previa que deja fuera de los circuitos normalizados una buena parte de las demandas; a la “obsesión por la salud” se ha dado respuesta con consultas programadas (evaluación de factores de riesgo y seguimiento de programas tales como el del “niño sano”), que acaban incrementando la dependencia de los individuos hacia el sistema. Todo ello sucede en el marco de una organización estructuralmente rígida y culturalmente funcionarizada que no acaba de saber cómo salir del casi cronificado lamento ante una situación que no alcanza a controlar.

En este contexto de discusión, conviene distinguir dos tipos de poblaciones que solicitan servicios de atención primaria. Por una parte hay que contar con los pacientes usuarios habituales de los servicios (por distintas circunstancias), que priorizan la atención por su médico o enfermera, en general, sin que haya un motivo urgente de consulta, y que, por tanto, priorizan la longitudinalidad. Por otra parte existe un volumen importante de población que utiliza los servicios sólo ocasionalmente y que requiere inmediatez y un horario amplio, por encima de qué profesional va a aten-

derle; es decir, priorizan la accesibilidad. Los servicios de atención primaria deben organizarse de forma que puedan dar respuesta a estos dos tipos de demanda (Murray, 2003).

En otro orden de cosas, es preciso revisar los contenidos de las consultas, eliminar todo lo que no aporta un valor añadido, “liberar” a los pacientes “cronificados” y revisar el papel de los diferentes profesionales, de modo que cada cual asuma niveles más altos de competencia en su actividad diaria (Casajuana, 2005a). Por ejemplo, sería conveniente que las actividades administrativas (partes de confirmación, recetas de crónicos) se realizaran fuera de las consultas; que las actividades autogeneradas, básicamente controles de crónicos (incluyendo el niño “crónicamente sano”) se compartieran con otros profesionales (enfermería, oficina de farmacia...), modernizándose con el uso –como mínimo– del teléfono; que las actividades asistenciales en relación con las enfermedades agudas también pudieran compartirse con la enfermería². De este modo se liberaría una buena parte del tiempo de consulta, que serviría para poder dar respuesta a todo aquello que corresponde a la atención primaria y que está, a menudo, abandonado en manos de los especialistas, como, por ejemplo, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, la osteoporosis, el manejo de anticoagulantes orales o la hiperplasia benigna de próstata.

Las actuaciones de los profesionales deben ir dirigidas a incrementar la autonomía del individuo, no su dependencia; a ajustar las expectativas de omnipotencia de los facultativos a la realidad de la incertidumbre, de los riesgos y de la iatrogenia (los efectos indeseados de la actividad médica). Y la población diana de este “ajuste de expectativas” no debe circunscribirse a los ciudadanos, sino también incluir a los propios profesionales, que parecen haber olvidado las bondades del “esperar y ver” que preconizaba Hipócrates con su “primum non nocere” [en primer lugar, no perjudicar] (Casajuana, 2005b).

En resumen, los servicios de atención primaria no se han ajustado a la evolución de la sociedad,

² Se han documentado abundantes experiencias que muestran que la enfermería obtiene unos altos índices de resolución en estas patologías, con mayor satisfacción de los pacientes (Horrocks *et al.*, 2002). En el Reino Unido hay centros de urgencias atendidos exclusivamente por personal de enfermería (Salisbury y Munro, 2003). También en Cataluña se han desarrollado iniciativas de asistencia compartida, entre médicos y enfermeros, a enfermos agudos.

a la diversificación del perfil de las demandas; es más, algunos de los cambios realizados han actuado justamente en sentido contrario. Los equipos de atención primaria deben disponer de una autonomía de gestión que les permita poder definir su propia estructura y organización, repercutiendo en ellos el resultado (positivo o negativo) de su gestión. Este es un paso fundamental para que la organización tienda a adaptarse a las necesidades y demandas de los ciudadanos. Estos, a su vez, deben adquirir conciencia de las limitaciones tanto de la ciencia médica como de los recursos disponibles.

Esta autonomía de gestión puede llegar hasta la personalidad jurídica propia (en forma de entidades de base asociativa [EBA], esto es, empresas privadas en propiedad de los profesionales que atienden un área de atención primaria), efectuando, eso sí, una mayor profilaxis de los cortocircuitos que el incentivo de lucro puede introducir³ y un seguimiento de su impacto en resultados –efectos secundarios incluidos–, satisfacción y beneficio en salud cuando sea posible.

Entre monopolios cabe la competencia por comparación

El monopolio constituye un caso específico de economías de escala, ya que pueden producirse los servicios requeridos por un mercado geográficamente establecido a menor coste y mayor calidad cuando hay un solo proveedor en lugar de dos o más. Pero los monopolios resultan perjudiciales para el bienestar social; de ahí que la política deba evitar su aparición o, como mínimo, su inamovilidad temporal. La política de una empresa, en cambio, se dirige a conseguir tanto “poder de mercado” como pueda, a parecerse lo más posible a un monopolio.

La aplicación de estos criterios a los países desarrollados nos muestra cómo –excepto en las zonas de alta densidad demográfica– los proveedores sanitarios bien son monopolio, bien radican en ámbitos/mercados muy concentrados (con pocos proveedores). Ello explica que se hayan propuesto diversas formas atenuadas de competencia. Y aquí conviene recordar un resultado derivado de la comparación de diversas formas organizativas en sanidad y en otros sectores (privadas, con y sin finalidad lucrativa, y públicas): el grado de competencia

³ Petición desatendida cuando Ortún y Gervas (1996) la formularon con anterioridad a la primera regulación de las EBAs.

en el mercado de servicios afecta más al comportamiento de una organización que la naturaleza, pública o privada, lucrativa o no, de su propiedad. Con otras palabras, la bondad y capacidad innovadora de cualquier organización depende más de los estímulos que reciba –o de los obstáculos que deba superar– que de quiénes ostenten su propiedad (Callejón y Ortún, 2002).

Por muy monopolio que sea una organización sanitaria, nunca lo será más que la Agencia Tributaria, y nada impide a esta última comparar la eficiencia recaudatoria de sus inspectores ajustando por sus respectivas bases impositivas. Alguien que se sabe comparado (por supuesto, siempre tomando en consideración las variables que él no controla) estará más cercano al grado de competencia socialmente saludable que el inimpugnable vitalicio.

4. LOS INCENTIVOS INDIVIDUALES, TERCER NIVEL DE INCENTIVOS

Se conocen y están evaluados los distintos instrumentos que mejoran la actuación profesional, destacando entre ellos las denominadas “intervenciones multi-componente”, es decir, las que tienen en cuenta la educación, las auditorías clínicas, la informatización, la gestión de la calidad, los estímulos financieros, etcétera.

A la hora de analizar los incentivos financieros sobre el desempeño profesional, tanto los experimentos naturales (por ejemplo, Japón) como la “literatura de toda la vida” (Bernard Shaw, Jules Romains, Mark Twain) resultan más útiles que la “Colaboración Cochrane” (de acuerdo con la cual las formas de pago no son neutras) para disponer de pruebas razonables sobre la potencia –no lineal y a menudo excesivamente valorada– de este tipo de incentivos⁴. Salario, capitación y acto son las tres peores formas de compensación conocidas; como se indicará a continuación, cada una de ellas tiene sus indicaciones e inconvenientes, por lo que suele resultar útil combinarlas en sistemas mixtos.

⁴ La Colaboración Cochrane es una iniciativa cuyo fin consiste en mejorar la adopción de decisiones en materia sanitaria a través de la revisión sistemática de los efectos de las intervenciones sanitarias. Estas bases de datos basadas en la evidencia forman parte de la Biblioteca Cochrane (www.cochrane.org/index.htm).

Se obtiene aquello por lo que se paga: del pagar por “ser” al pagar por resultado, pasando por el pagar por “hacer”

What gets measured gets managed [lo que se mide, se consigue]. ¿Y qué medimos en nuestros sistemas sanitarios? En primer lugar, aquello que se presupuesta o compra; en el mejor de los supuestos, medimos actividad, que también puede denominarse “producto intermedio” si quiere resaltarse el carácter instrumental de los servicios sanitarios como otro factor más de la producción de salud. Cuando falta todavía mucho para llegar a medidas satisfactorias de actividad, curiosamente sabemos que ese no es el destino. En una sociedad de enfermos crónicos (diabéticos, EPOC [afectados por enfermedad pulmonar obstructiva crónica], insuficientes cardíacos...), un mayor frenesí asistencial no suele ser indicio de mejor calidad, sino todo lo contrario: cuanto más (comas, ingresos no programados, etc.), peor.

¿Por qué financiamos públicamente los servicios sanitarios? Por su impacto en la salud. Pensemos, pues, en pagar por él. De acuerdo, muchas son las variables que influyen en el estado de salud y resulta muy difícil establecer el porcentaje atribuible a la intervención sanitaria. Remontémonos un poco en el tiempo, hasta antes de nacer; si supiéramos que seremos diabéticos o que tendremos un cáncer digestivo, ¿en qué país del mundo nos gustaría vivir? Evidentemente, en el país que mejor controlara la diabetes –medible a través de la hemoglobina glicosilada– o en el que se registrara mayor supervivencia tras cáncer –aproximable, por ejemplo, por el porcentaje de cánceres digestivos diagnosticados en las urgencias hospitalarias–. Por tanto, algo puede ya decirse sobre los resultados que realmente importan a los ciudadanos.

Muchos de los contratos con los profesionales sanitarios han sido diseñados para influir sobre los incentivos e inducir de este modo determinados niveles de esfuerzo, así como un comportamiento adecuado en el trabajo. Los diferentes sistemas retributivos tienen ventajas e inconvenientes: así, los pagos “por capitación” (la unidad de pago es la persona inscrita bajo la responsabilidad sanitaria de un proveedor) incentivan al médico a reducir costes, pero también a evitar tratar a aquellos pacientes que sean muy costosos y a reducir la calidad de los servicios prestados; los pagos “por acto” pueden resolver los problemas de “escaqueo”, pero, a cambio, conducir a una prestación de servicios excesiva; por último, los salarios no incentivan ni una

prestación de servicios en exceso ni tampoco la selección de riesgos, pero precisamente por no estar vinculados con los resultados pueden generar que los médicos pongan poco esfuerzo en su trabajo⁵. En general, existe un consenso bastante generalizado entre los expertos de que, si se quieren equilibrar óptimamente los objetivos de reducción de costes y garantizar unos estándares de calidad, es necesario combinar pagos puramente prospectivos con un reembolso parcial de los costes; en definitiva, debe emplearse un sistema de pagos mixto (Newhouse, 1996).

El pago por desempeño o calidad (la actual moda del *pay per performance*, P4P)

La dificultad estriba en que, pese a que conviene reivindicar tanto una política como una gestión sanitarias basadas en pruebas, los hermanos Wright nunca hubieran volado basándose en las pruebas. La innovación institucional y organizativa, especialmente cuando no cuenta con la sanción de la competencia de mercado, debe proceder por ensayo y error, guiada a lo sumo por principios y apriorismos teóricos, así como por comparaciones internacionales. Esto último es válido tanto para orientar un sistema hacia la asistencia primaria como para variar incentivos.

El pago por calidad en sanidad se remonta, como mínimo, al 1600 a.C. y ha conocido muchas encarnaciones a lo largo de estos últimos milenios. Su última resurrección se produce cuando se liberan los secretos militares de la Segunda Guerra Mundial y tanto la dirección por objetivos como el pago por resultados se generalizan en la industria o el ejército. Cabe recordar que ya el Código de Hammurabi (creado en el siglo XVII a.C.) establecía el pago según resultados en las intervenciones. Por ejemplo, por una intervención ocular exitosa se cobraban diez monedas de plata a las capas altas, cinco a las capas medias y dos a los esclavos; en caso de fracaso, el cirujano podía perder la mano (Spiegel *et al.*, 1997). Se observa, por tanto, que la valoración de la vida ganada dependía de la persona afectada –tanto tienes tanto vales– y cabe sos-

⁵ Los salarios pueden corregirse mediante mecanismos como la *resource-value scale*, incorporando la carrera profesional, la forma de promoción horizontal más adecuada en entornos profesionales y que requiere una mezcla de evaluación objetiva y subjetiva, así como una distinción entre atributos del profesional y atributos del puesto desempeñado.

pechar que los cirujanos babilónicos tendrían la misma habilidad para seleccionar pacientes que la mostrada por los médicos generales ingleses a la hora de influir en los denominadores de pacientes elegibles de cara a conseguir el 97 por cien de todos los puntos posibles en el esquema de pago por calidad durante el primer año de implantación de este último, 2004-2005⁶.

En este contexto, cabe también evocar el caso de McNamara, quien, tras aplicar con gran éxito durante su época en la empresa automovilística Ford el pago por resultados, fue nombrado Ministro de Defensa en 1962. Antes de cesar en 1968 por discrepancias con el entonces presidente Johnson en relación a la escalada en Vietnam, tuvo ocasión de trasladar al ejército algunas de las innovaciones que habían funcionado en Ford. Fracasó particularmente en el pago por resultados, pues el éxito de las misiones se medía a través del recuento de cadáveres (supuestamente de vietcongs). Y cuando se paga por cadáveres, se tienen cadáveres, aunque sean de civiles indefensos.

En una enfermedad cardiovascular de origen metabólico, como la diabetes, la calidad de un sistema sanitario no se mide por “ser” (equipos sofisticados) ni por “hacer” (visitas, ingresos), sino por la evitación de las complicaciones macro y microvasculares de la diabetes. De ahí que un parámetro como el de la hemoglobina glicosada, indicativo del grado de control de la enfermedad, constituya una buena aproximación al resultado/calidad de la atención, muy en la línea de Hammurabi y sin los estragos que la conocida potencia de los incentivos causó en Vietnam por una mala definición del resultado a conseguir.

Se han publicado pocos ensayos clínicos aleatorios sobre los beneficios del “pay per performance” (P4P). Según Peiró (2008), ninguno arroja resultados aplicables, ni siquiera en Estados Unidos, ya que todos los trabajos se refieren a un único indicador o a un sólo aspecto de la atención. Una revisión de Petersen (2006) refiere 17 trabajos, no necesariamente ensayos clínicos aleatorios. Sus conclusiones son muy variadas: mejoras en la documentación, selección adversa, mejoras más significativas en quienes estaban peor (sin llegar a los niveles de bienestar de otros), etcétera. En conjunto, la evidencia es inconsistente y poco genera-

⁶ Según Doran *et al.* (2006), cada médico consiguió, en promedio, 40.000 dólares adicionales tras lograr cubrir el 97 por cien de los 146 criterios establecidos como indicadores de desempeño de alta calidad.

lizable. El problema de todos estos trabajos reside en que el investigador no elige casualmente una modalidad de P4P (ni una medida de desempeño asociada), sino que ha seleccionado aquellas intervenciones que estimaba mejores en un contexto concreto. Y esto limita enormemente la capacidad de generalizar los resultados.

5. SUGERENCIAS PARA CONSTRUIR CONSENSOS

Mejorar la sanidad pasa por alcanzar una serie de consensos sobre los mejores modos de incentivar a los facultativos. En este artículo se han planteado algunas reflexiones y algunas propuestas en torno a esta cuestión. Es importante subrayar que la discusión de las retribuciones no debe hacerse sin abordar al mismo tiempo la cantidad y la calidad del desempeño profesional. Por otra parte, no puede cambiarse todo al mismo tiempo. Hay que abrir brechas sobre frentes clave, acotados y que puedan extenderse por un proceso de innovación-difusión. Parece claro que los frentes sanitarios con mayores espacios de mejora se encuentran en las enfermedades crónicas y en la atención primaria de salud.

Debe asimismo quedar claro que las prácticas gestoras no pueden destruir realidades fructíferas que se producen por la presencia de "reciprocadores altruistas", por el interés que entre los médicos suscita el trabajo bien hecho y por su búsqueda de aprobación social; que la retribución no consiste únicamente en dinero ni es tan sólo individual, ni debe plantearse únicamente a corto plazo; que, en tanto las medidas de calidad no puedan ser aplicadas al "producto final" (el estado de salud), conviene aplicarlas al "producto intermedio" (actividad) ajustando por aquellas variables que el evaluado no controla. Es preciso tanto evitar la parálisis que pueden provocar los análisis, siempre parciales e inconclusos, como la tendencia a contraer compromisos imprudentes.

Mejores resultados cabe también seguramente conseguir utilizando la negociación individual de las condiciones de trabajo para abordar los déficits (geográficos, por especialidades, por franjas horarias, por funciones...), flexibilizando las condiciones de trabajo (en particular, los horarios) y fomentando las dedicaciones parciales (aspecto importantísimo para una profesión feminizada). El sistema de incentivos para los médicos debe asi-

mismo incorporar una adecuada consideración de los diferentes elementos de composición de las carreras profesionales (asistencia, docencia, investigación y gestión según puestos desempeñados).

En particular, respecto a la atención primaria, parece conveniente descargar a los médicos de algunas de sus funciones actuales (tareas administrativas, auto-generadas y asistenciales sobre agudos transferibles), insistiendo en la mayor autonomía de gestión, con responsabilidad y compensación. Esta autonomía podría alcanzar incluso forma jurídica independiente, con el incentivo del lucro atado corto. La remuneración en la prestación de servicios de atención primaria debería diseñarse teniendo la capitación como base, a la que podría añadirse un complemento salarial y ocasionalmente pagando por acto; en todo caso, debería contemplar remuneraciones sustancialmente más elevadas para quienes asuman funciones directivas (bajo el supuesto razonable de que las mejoras provienen de líderes clínicos). En cambio, la remuneración de los servicios prestados en atención especializada debería tener como eje una base salarial y ser sensible a la calidad y al grado de articulación con otros niveles asistenciales.

Por último, aunque en este artículo se han tratado fundamentalmente los incentivos a médicos, conviene no dejar de lado los incentivos a los usuarios. La accesibilidad desbocada al sistema sanitario puede convertirse en un problema. Es preciso atajar el deterioro de la calidad de los servicios sanitarios que se produce como consecuencia de la trivialización de las consultas y que desvirtúa el ejercicio profesional. Para contener este desarrollo pueden resultar de interés la creación de filtros técnicos de acceso (igual que existe un médico de puertas en urgencias, puede haber un filtro de enfermería en atención primaria), la introducción de copagos evitables (aquellos por encima de los precios de referencia), la definición clara de la cartera de servicios (lo cual ayudaría al sector privado a definirse como complementario, substitutivo o suplementario, y al sector público a evitar automatismos poco serios), y el fomento de la estandarización de instrumentos de ayuda a la decisión compartida médico-paciente.

BIBLIOGRAFÍA

ARIAS, A.; ILLA, C.; SAIS, C. y M. CASAS (2007), "Evaluación de la eficiencia y calidad científico-técnica de los hospitales en España según su modelo de gestión", *Gaceta Sanitaria*, 21 (1): 11.

CALLEJÓN, M. y V. ORTÚN (2002), "Empresa privada en Sanidad: Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias", en LÓPEZ, G. (ed.), *El interfaz público-privado en Sanidad*, Barcelona, Masson: 103-121.

CAMERER, C. y E. FEHR (2006), "When does «economic man» dominate social behavior?", *Science*, 311: 47-52.

CASADESÚS, R. y D. SPULBER (2007), *Agency revisited*, Madrid, Fundación BBVA (Documentos de trabajo # 3).

CASAJUANA, J. (2005a), "En búsqueda de la eficiencia: Dejar de hacer para poder hacer", *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 12: 579-581.

– (2005b), "Los médicos son superfluos", *Actualización en Medicina de Familia*, 1: 176-178.

CERVERA, P.; RUIZ, V.; PEIRÓ, S. y V. GOSALBES (2004), "La promoción farmacéutica, entre la confusión y la tergiversación. A propósito de la promoción de la doxazosina en el tratamiento combinado de la hipertensión", *Farmacia de Atención Primaria*, 2 (2): 40-46.

DORAN, T. et al. (2006), "Pay for performance in family practices in the United Kingdom", *New England Journal of Medicine*, 355: 375-384.

FEHR, E. y S. GÄCHTER (2002), "Altruistic punishment in humans", *Nature*, 415: 137-140.

FUNDACIÓN AVEDIS DONABEDIAN (2002), *Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de serveis*, Barcelona.

GÉRVAS, J. y M. PÉREZ-FERNÁNDEZ (2006), "El auge de las enfermedades imaginarias", *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 13: 109-111.

GÉRVAS, J.; ORTÚN, V.; PALOMO, L. y M. A. RIPOLL (2007), "Incentivos en atención primaria: De la contención del gasto a la salud de la población", *Revista Española de Salud Pública*, 81 (6): 589-596.

HORROCKS, S.; ANDERSON, E. y C. SALISBURY (2003), "Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors", *British Medical Journal*, 326: 84-89 (comentado en *Gestión Clínica y Sanitaria*, 5 [1]: 8).

NEWHOUSE, J. (1996), "Reimbursing health plans and health providers: Selection versus efficiency in production", *Journal of Economic Literature*, 34: 1236-1263.

ORTÚN, V. y J. GÉRVAS (1996), "Las asociaciones de profesionales en medicina general", *Atención Primaria*, 17 (4): 300-302.

ORTÚN, V.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. y P. BARBER (2008), "Determinantes y manejo de las retribuciones médicas", *Medicina Clínica* (en prensa).

PEIRÓ, S. (2008), "Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos", *Gaceta Sanitaria*, 22 (1): 144-156.

PÉREZ CAMARERO, S. (2006), "Relaciones laborales en la sanidad. ¿Cuál es el papel de los sindicatos en el sector de la salud?", en HIDALGO, A. (ed.), *Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora*, Barcelona, Elsevier-Masson: 77-88.

PETERSEN, L. A. et al. (2006), "Does Pay-for-Performance improve the quality of health care?", *Annals of Internal Medicine*, 145: 265-272.

PUIG-JUNOY, J. (2004), "La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado)", *Gestión Clínica y Sanitaria*, 6 (4): 133-140 (www.iiss.es/gcs/).

SALISBURY, C. y J. MUNRO (2003), "Walk-in centres in primary care: a review of the international literature", *British Journal of General Practice*, 53: 53-59.

SEN, A. (2002), "Health: perception versus observation", *British Medical Journal*, 324: 860-861.

SPIEGEL, A. y C. SPRINGER (1997), "Babylonian medicine, managed care and Codex Hammurabi circa 1700", *Journal of Community Health*, 22 (1): 69-89.