

## La ética de los incentivos

«En el lugar de lo que tiene un precio puede ser colocado algo equivalente. En cambio, lo que se halla por encima de todo precio y no se presta a equivalencia alguna, eso posee una dignidad.»

IMMANUEL KANT (1724-1804)

En el pasillo de un centro de salud se encontraron un médico de familia y un directivo de un servicio de salud, viejos amigos, y entablaron la siguiente conversación:

- Médico de familia (MF) al directivo (D). Me han encargado un editorial sobre la «ética de los incentivos». Creo que es un tema interesante y complejo y, seguramente, nuestras visiones pueden ser complementarias. ¿Te animas a redactarlo al alimón?
- D. ¡Intentémoslo! A pesar de que en el mundo de la gestión abundan los estudios publicados sobre los incentivos, sus modelos y las tácticas de incentivación, ¿crees que es posible decir algo sensato sin caer en los tópicos habituales?
- MF. Como dice el Eclesiastés, seguramente «no hay nada nuevo bajo el sol»; hay mucha seudoinnovación o, como tú dirías, altos costes de oportunidad. Dadas las limitaciones de espacio que tenemos, más que encontrar nuevas respuestas a viejas preguntas, intentemos formular nuevas preguntas sobre viejos problemas.
- D. Tú que has reflexionado sobre el tema, ¿qué entiendes por ética profesional?
- MF. La ética tiene por objeto determinar lo que debe o no debe hacerse, se basa en el análisis del bien y el mal, define el marco donde operan las prácticas profesionales específicas, y fija las pautas a las que éstas deben ajustarse. Por tanto, tiene que ver con la praxis. No describe los actos humanos como son, sino como deben ser. La medicina, en tanto que profesión, tiene una ética que se ocupa de lo que el profesional debe o no debe hacer. Los códigos éticos establecen las «reglas de juego» desde el punto de vista moral en la práctica médica.
- D. En este sentido, ¿opinas que existe un riesgo real de actuaciones profesionales poco éticas como respuesta a la aplicación de incentivos?
- MF. Como dice Martín<sup>1</sup>, las personas no son ni unos egoístas amorales ni unos altruistas puros deseosos de ayudar a los demás de forma desinteresada. Además, el peculiar mercado sanitario en que «el que decide no consume, el que

consume no decide ni paga y el que paga no decide ni consume», desata constantes conflictos de intereses en nuestra profesión. Wynia et al<sup>2</sup> sintetizan esta situación de una forma muy expresiva: «se ha producido una creciente perversión de la relación clínica por los incentivos en un entorno en el cual el médico se halla poco y mal equipado para enfrentarse a esta situación».

– MF. ¿Crees que los incentivos dirigidos a fomentar determinados tipos de comportamiento pueden generar problemas éticos?

– D. Cuando los incentivos son exclusivamente económicos y sólo premian objetivos pactados, el sistema en conjunto tiene una pérdida neta: paga más para que se haga lo mínimo acordado, lo que no se conseguiría en ausencia del incentivo. Por el contrario, para el que trabaja la ganancia es neta: por hacer lo mínimo a lo que se comprometió antes de que se instaurara el incentivo, ahora, con él, percibe algo más. En esas circunstancias nada infrecuentes, los incentivos se convierten en una hipocresía concertada: «si, a pesar del contrato aceptado, no cumples con tus obligaciones, te concederé unos incentivos para que lo hagas». Además, con el tiempo y con salarios bajos, la perversidad del modelo aumenta porque su modus operandi se asume como canon. Como ponerlo en entredicho algunos lo perciben como amenaza, se consolida el modelo de incentivación y se mantiene la morosidad del modelo.

– MF. Entonces, ¿podemos decir que los incentivos son ese «oscuro objeto de deseo»?

– D. En las circunstancias frecuentes señaladas, los incentivos tienen un lado pernicioso: su efecto putativo se desvanece y entonces el incentivado desciende a cotas de rendimiento previas a la incentivación y pide más para volver a cumplir. Cuando sólo se incentiva el cumplimiento de objetivos acordados de la actividad asistencial habitual, los incentivos se convierten en una superchería pactada. Algunos mantienen el estajanovismo y encubren, conscientes o no de ello, la incuria y la dejación. Con este modelo heredado, el incentivo eclipsa el retraso cultural del cual seguimos siendo cautivos. Así instituidos, los modelos de incentivación no inciden en la raíz cultural del problema y apagan el interés por mejorar, porque nublan la percepción de esa deficiencia. La responsabilidad, el compromiso, al afán de superación y el amor propio quedan adormecidos por el efecto narcótico que en ellos ejerce ese tipo de incentivación,

cuya inercia aumenta cuando los sueldos bajos coexisten con alternativas tales como las peonadas o la posibilidad de compaginar la práctica pública con la privada.

- D. En definitiva, tenemos un problema.

- MF. Salvo honrosas excepciones, estamos sometidos a un sistema de incentivos inverso y perverso: al que trabaja mucho y bien le damos más trabajo, y al que hace poco y mal se le tolera. Ícaro consiguió escapar del laberinto de Creta volando con unas alas hechas con plumas y cera, pero al aproximarse al sol sus alas se derritieron y se desplomó. ¿No crees que, al igual que Ícaro, nuestro error ha sido intentar volar demasiado alto con incentivos de cera y plumas?

Tras este diálogo, los dos amigos escribieron en una servilleta de papel en un bar próximo al centro de salud, y de mutuo acuerdo, las siguientes consideraciones:

1. Antes de seudoinnovar: buscar, probablemente otros ya innovaron antes. Existen excelentes textos sobre ética, incentivos y motivación profesional, que conviene revisar antes de replicar ideas supuestamente novedosas<sup>3-5</sup>.

2. Empresa y profesionales: juntos pero no revueltos. Milton Friedman (defensor del libre mercado) afirmó que los empleados de una empresa tienen la obligación moral de maximizar el valor para los accionistas. En el polo opuesto, Jacob Marschak (economista próximo a las tesis marxistas) sugirió que una organización debe ser diseñada de tal manera que las metas de cada uno de sus miembros sirvan a los objetivos de la organización. En estos momentos estamos en un punto indeterminado entre ambas tesis, donde los objetivos e incentivos profesionales no están en sintonía con los empresariales. Por tanto, hay que tratar como desigual a lo distinto.

3. Nuevo profesionalismo: al poder. Debemos situar los incentivos en un renovado contrato de la profesión médica con la sociedad, en el contexto de lo que se conoce como nuevo profesionalismo, que pretende la correcta realización, a ser posible excelente, de la actividad profesional<sup>6,7</sup>. La maduración cultural conduce a ello, pero tarda mucho en producirse.

4. Preguntar antes de aplicar, para poder personalizar. Es un error frecuente aplicar directamente a nuestros profesionales esquemas de incentivos de forma vertical, desde la cúpula de la organización, sin indagar sus preferencias, presuponiendo su universalidad e ignorando que la sensibilidad a determinados incentivos es específica, no sólo del grupo, sino de la persona. En este sentido, debemos huir del «café para todos» y discriminar en función de los intereses y las capacidades personales: la pregunta ¿qué motiva? es absurda si no respondemos previamente ¿a quién?

5. Entornos profesionales con amplia autonomía de gestión suelen ser muy motivadores<sup>8,9</sup>. Si no intentamos conseguir unos márgenes de autonomía sensiblemente superiores a los actuales, nos podemos encontrar en una

situación como la relatada por Jorge Valdano: «es como si me contrata un equipo, no tengo posibilidad de hacer fichajes ni alineaciones, no puedo pagar primas y, además, me exigen que quede campeón».

6. En la gestión de los incentivos también existe el botulismo. Los sistemas de incentivos, como las latas de conservas, caducan. Ante su consumo imprudente, corremos el riesgo de contraer un botulismo (síntomas *princeps*: debilidad y parálisis). Los incentivos trasnochados son ciertamente peligrosos; pueden provocar un «botulismo de gestión», entidad que también cursa con debilidad y parálisis.

7. Incentivos: arma de doble filo. La aplicación de esquemas de incentivación no adecuados y en momentos inopportunos, a profesionales insensibles, puede tener importantes efectos secundarios<sup>3</sup>. Debemos ser escépticos frente a fórmulas mágicas propuestas como solución inmediata a la desmotivación profesional<sup>1</sup>. Tengamos en cuenta que «por cada persona inteligente que se molesta en crear un plan de incentivos, existe un ejército de gente, inteligente o no, que inevitablemente invertirá aún más tiempo en tratar de burlarlos»<sup>10</sup>.

8. Mientras tanto, seguimos con el «mix ponderado de incentivos»<sup>3,11</sup>.

**Gaspar Tamborero Cao<sup>a</sup> y Carlos Campillo Artero<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud del Coll d'en Rebassa. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears (ib-salut). Palma de Mallorca. Islas Baleares. España.

<sup>b</sup>Subdirector de Evaluación Asistencial. Servei de Salut de les Illes Balears (ib-salut). Palma de Mallorca. Islas Baleares. España.

## Bibliografía

1. Martín JJ. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit. 2005;3:111-30.
2. Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel LL. Medical professionalism in society. N Engl J Med. 1999;341:1612-6.
3. Ortún V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. Rev Calidad Asistencial. 2007;2:1-6.
4. Gervas J, Ortún V. Propuesta de incentivos para una medicina general por cuenta ajena. Gac Sanit. 1996;10:34-9.
5. Martín JJ, López MP. Incentivos e instituciones sanitarias públicas. Documentos Técnicos 5. Granada: Junta de Andalucía-Escuela Andaluza de Salud Pública; 1994.
6. Oriol A, Pardell H, Gual A. Ser médico, hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2006.
7. Gracia D. Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto? Rev Esp Salud Pública. 2006;80:457-67.
8. Tamborero G, Pomar JM, Pareja A, Fuster J. Descentralización de la gestión y motivación profesional. Cuadernos de Gestión. 1996;2:177.
9. Tamborero G, Pomar JM, Pareja A, Pou J, Llobet J, Fuster J. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de Atención Primaria de Mallorca. Aten Primaria. 1997;19:301-6.
10. Levitt SD, Dubner S. Freakonomics. 1.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ediciones B; 2006.
11. Tamborero G. Incentivos para mejorar la práctica profesional en Atención Primaria. Cuadernos de Gestión. 1997;3:16-26.