
Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud

José Jesús Martín Martín

Universidad de Granada.

Introducción

Un elemento clave en la efectividad y eficiencia del trabajo en Atención Primaria es la motivación de los profesionales y más particularmente del médico de Atención Primaria. No es de extrañar, por tanto, que continuamente y de forma recurrente tanto políticos como gestores, sindicalistas y profesionales sanitarios busquen o reclamen soluciones para “motivar” e incentivar a los trabajadores de forma adecuada. Sin embargo, cada cual propone una interpretación del término no sólo diferente, sino frecuentemente contradictoria. Las diferencias suelen concretarse a la hora de valorar y diseñar los instrumentos disponibles para modificar y cambiar la conducta de los profesionales: sistema retributivo, carrera profesional, seguridad en el empleo, autonomía de gestión, papel de las prácticas profesionales y los códigos éticos, etc.

Lamentablemente, no es previsible que en un futuro cercano las distintas ideas sobre cómo motivar e incentivar al profesional en Atención Primaria puedan confluir en un diagnóstico y tratamiento común. Dos ideas al menos abonan esta creencia. En primer lugar, la existencia de conflictos de intereses entre los distintos actores del sistema sanitario. Los objetivos de los médicos de Atención Primaria pueden ser diferentes de los pacientes (disponibilidad horaria, orientación a actividades con poco “valor añadido clínico”, etc.) y los contribuyentes (cualquier incremento retributivo implica *ceteris paribus* o mayor pago de impuestos), o bien la percepción de qué es lo que constituyen las políticas de personal y retributivas “motivadoras” puede ser radicalmente diferente desde la perspectiva del político o el gestor sanitario de la del sindicalista o profesional (importancia del pago per cápita o de los

incentivos económicos, características de la carrera profesional, riesgos y autonomía asumidos, movilidad, estabilidad laboral, etc.).

En segundo lugar, apenas estamos empezando a entender los complejos mecanismos que rigen la conducta humana, y por tanto estamos muy lejos de poder tener una comprensión científica cabal, tanto de la motivación de los profesionales y médicos de Atención Primaria como de las complejas relaciones existentes entre motivación, incentivos, estructuras retributivas y marcos organizativos e institucionales. Se impone por tanto la prudencia, el estímulo del diálogo entre los distintos agentes del sector sanitario y la sistemática evaluación y comparación de las distintas fórmulas de motivación, retribución e incentivos que se vayan desarrollando.

El primer epígrafe traza unas breves reflexiones sobre los complejos conceptos de motivación e incentivos en el ámbito de la sanidad. El segundo sintetiza la literatura económica sobre retribuciones de los médicos. El tercero enuncia algunos principios que pueden resultar de utilidad en el diseño de estructuras retributivas y de incentivos para los profesionales sanitarios. Finalmente, el último epígrafe plantea algunos de los principales problemas y retos del futuro de las polí-

ticas laborales y retributivas en el Sistema Nacional de Salud.

Motivación e incentivos en Atención Primaria

Gestionar una organización es básicamente coordinar y motivar a las personas para conseguir los objetivos de la organización. “Motivación”, según el diccionario de la Real Academia, es el ‘ensayo mental preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla con interés y diligencia’. El término incentivo, por su parte, significa todo aquello que mueve o excita a desear o hacer una cosa. En sentido más restringido se refiere al estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía para elevar la producción.

La motivación de los profesionales sanitarios ha constituido tradicionalmente un tema clave tanto de la agenda política como de la agenda de investigación de las ciencias sociales interesadas por el sector sanitario. En España, el sector sanitario es sin duda el ámbito de la administración pública más activo a la hora de proponer e incorporar los modelos de motivación y esquemas de incentivación que surgen del sector privado.

Así ha sucedido por ejemplo con las aproximaciones clásicas a la motivación

de la literatura de organización. Tanto las teorías de contenido: la jerarquía de necesidades de A. H. Maslow, la teoría de ERG de C. P. Aldefer, la teoría de los dos tipos de factores de F. Herzberg y la teoría de las necesidades adquiridas de D. C. McClelland; las de proceso del comportamiento: teoría de la equidad de J. S. Adams, teoría de las expectativas de V. Vroom y teoría de la fijación de objetivos; así como las basadas en la modificación del comportamiento: condicionamiento operante de B. F. Skinner o las leyes del aprendizaje de E. L. Thorndike; han sido propuestas, con más o menos fortuna, como modelos explicativos útiles para entender y comprender los mecanismos de motivación de los profesionales sanitarios.

En la última década ha hecho fortuna y se ha extendido en el sector una clasificación basada en tres tipos puros de motivaciones: la motivación extrínseca, intrínseca y trascendente. La motivación extrínseca supone que el sujeto actúa en función de las consecuencias que espera alcanzar debido a la relación del entorno. Por ejemplo, un mayor esfuerzo del médico de Atención Primaria en la realización de programas preventivos sería la consecuencia de la posibilidad de cobrar incentivos financieros. La motivación intrínseca supone que el sujeto realiza ac-

ciones en función del grado de satisfacción del trabajo bien hecho. Finalmente, la motivación trascendente engloba un conjunto complejo de conceptos vinculado a los valores: aprecio del trabajo bien hecho, amistad, prestigio, así como elementos motivacionales de tipo altruista.

Con independencia de la utilidad intuitiva que puedan proporcionar estos enfoques de la motivación, difícilmente pueden ser consideradas como teorías que puedan explicar las claves de la conducta humana, y mucho menos ser utilizadas como instrumentos operativos para resolver en la práctica los problemas motivacionales y de incentivos de los profesionales sanitarios.

Por su parte, la teoría económica, en particular la aproximación neoclásica (paradigma de la elección racional), no ofrece necesariamente mejores perspectivas¹ al concebir la conducta humana de forma excesivamente mecanicista y rígida, y considerar casi exclusivamente a las personas como egoístas racionales sin emociones ni sentimientos.

Conviene resaltar, no obstante, que la economía de la salud comprendió tempranamente la importancia de considerar motivaciones no exclusivamente egoístas en sus modelos de comportamiento de los médicos. Feldstein² propuso una

función de utilidad del médico que depende de su renta, su ocio, y las características de su trabajo. Zweifel³ intentó operativizar el concepto de ética médica proponiendo que el médico trata de mejorar las posibilidades de supervivencia de todos los individuos que pueda (aunque no los conozca) y maximizar la salud de los pacientes que ha aceptado tratar. Evans (1984) ha propuesto que el médico tiene una idea de cuál es la práctica correcta incorporando en su función de utilidad el bienestar del paciente a través de una preocupación por no proporcionarle servicios innecesarios. Dionne y Contandriopoulos⁴ suponen una función de utilidad compuesta por 4 argumentos: renta neta, ocio, prestigio y preocupación ética. Woodward y Warren-Boulton (1984) proponen que el médico, considerado como profesional autónomo, maximiza una utilidad que depende del ocio y la adecuación de su actividad a lo considerado profesionalmente correcto, dadas unas restricciones de tiempo y renta.

Todos estos modelos suponen un rechazo de la racionalidad concebida en términos egoístas y proponen un regateo o compromiso (*trade-off*) entre objetivos éticos y objetivos egoístas (renta, ocio, etc.), de forma que los actos altruistas aumentarán o disminuirán en función de las variaciones de su coste marginal.

Volviendo al ámbito más amplio de la motivación humana, durante los últimos años se están produciendo importantes aportaciones de las neurociencias, la economía experimental y las nuevas aproximaciones de la psicología social y cognitiva. Los estudios de los economistas experimentales y psicólogos han demostrado que las personas no son ni los egoístas amorales que prescribe la teoría económica neoclásica, ni unos altruistas puros deseosos de ayudar a los demás y de trabajar en equipo de forma desinteresada, como postularon Gaulin y McBurney en 2001⁵ además de otros autores^{6,7}.

Las bases motivacionales de la conducta humana son un problema complejo que no admite propuestas o soluciones simples, y que sólo ahora estamos empezando a comprender. Sabemos que la motivación de cada persona tiene sólidas predisposiciones genéticas. Por ejemplo, la sensación de bienestar o de felicidad tiende a permanecer constante a lo largo de la vida, sin que en general las circunstancias en el trabajo o la vida cotidiana la alteren sino de forma pasajera^{8,9}: ser despedido o ascendido pierde su efecto sobre el nivel de felicidad en menos de tres meses, y los cambios recientes en la retribución de una persona predicen la satisfacción laboral, pero los niveles de retribución general no.

Naturalmente, la predisposición genética no implica determinismo. Las reglas de juego tanto formales como informales de la sociedad y la organización, en donde interactúan las personas son igualmente elementos fundamentales para buscar claves explicativas de la conducta humana, en la medida en que operan como restricciones a la misma. Sin embargo, carecemos de una teoría de la motivación humana que integre de forma consistente todos los elementos. Nos queda como conclusión fundamental la prudencia y la cautela, la necesidad de experimentar y evaluar sistemáticamente las propuestas motivacionales y los esquemas de incentivos que se apliquen en las organizaciones sanitarias, y el escepticismo frente a fórmulas simples y mágicas que se proponen como solución inmediata y no conflictiva a la desmotivación profesional. Desmotivación profesional, que, por otro lado, parece ser una característica generalizada o al menos percibida y expresada por numerosos profesionales de Atención Primaria^{10,11}.

Sistema de retribuciones para la profesión médica

Los distintos sistemas de retribución de la profesión médica suelen analizarse en la literatura económica como contra-

tos de incentivos entre el médico y algún tipo de organización sanitaria. La perspectiva teórica frecuentemente adoptada es la teoría de agencia⁽¹⁾ desde los trabajos seminales de Blomqvist¹² y Ellis McGuire^{13,14}. En la versión más simplificada el principal (la organización sanitaria) diseña un contrato de incentivos para inducir un comportamiento óptimo del agente (médico). Los problemas abordados por esta literatura dependen de la consideración de conductas de “riesgo moral” (*moral hazard*) o de oportunismo postcontractual⁽²⁾ con información y/o acción oculta¹⁵.

Los contratos de incentivos se utilizan cuando se asume que los trabajadores son potencialmente oportunistas y pueden no actuar ni esforzarse tanto como el propietario o directivo les ha exigido contractualmente, cuando los empleados son sensibles a las recompensas financieras, y cuando otros tipos de motivadores se consideran insuficientes por sí solos⁽³⁾.

⁽¹⁾ Véase Jensen y Meckling¹⁶, Prat y Zeckhauser¹⁷, y Ricart¹⁸.

⁽²⁾ El comportamiento oportunitista se define por Williamson (1985) como la búsqueda del interés propio con *dolo*, es decir, la revelación incompleta o distorsionada de la información y la realización de esfuerzos premeditados para equivocar, distorsionar, ocultar, ofuscar y confundir.

⁽³⁾ Un contrato de incentivos de tipo lineal puede¹⁹:

$$R = R_f + b (e + x + cy)$$

siendo R la retribución total del empleado, R_f el conjunto de retribuciones fijas, e el esfuerzo del empleado.

Cualquier sistema o contrato de incentivos que vincule la retribución o carrera profesional del empleado a una o varias variables de resultado, supone inevitablemente un traslado de riesgos financieros, al convertir en aleatorias parte de las rentas presentes y futuras de los empleados.

La aleatoriedad proviene de la dificultad de medir exactamente el comportamiento o el esfuerzo del empleado, debiendo estimarlo a través de otras variables *proxy*. Por ejemplo, el pago per cápita para los médicos de Atención Primaria incorpora variables fuera de control del profesional: densidad demográfica, características de morbilidad de la población donde reside, etc. Además no mide el esfuerzo y la calidad técnica de la actuación.

Dado que los contratos de incentivos necesariamente vinculan las recompensas

Aunque no se puede medir directamente el esfuerzo puede estimarse indirectamente a través de variables *proxy* del tipo $z = e + x$, donde z puede expresar consultas realizadas, capacidad de resolución o cualquier variable que nos permita inferir el esfuerzo del médico; x es una variable aleatoria que expresa las contingencias no controladas por el empleado. La variable y no depende del esfuerzo e , y puede ser o no incorporada al sistema de incentivos, en la medida que permita reducir el ruido entre el esfuerzo e y el indicador z observado. Por ejemplo, y puede expresar la media estadística de todos los valores de z o cualquier otra medida de tendencia central. El parámetro b expresa la intensidad del incentivo. El parámetro c expresa el peso relativo otorgado a la variable y .

sas con los resultados o la actuación y éstos no pueden ser totalmente controlados por los empleados, resulta inevitable trasladar riesgos a los trabajadores en cualquier contrato o sistema de incentivos. Si suponemos que los empleados son adversos al riesgo preferirán una renta cierta R , a una renta aleatoria con un idéntico valor R . Cualquier contrato de incentivos implica por tanto una prima por el inevitable traslado de riesgos financieros. La magnitud de esta prima de riesgo estará en función tanto del riesgo de la renta como del grado de aversión al riesgo del empleado.

Una de las razones para optar por retribuciones fijas independientes de cualquier medida de actuación o resultados es el menor coste que esto le supone a la organización al ahorrarse las primas de riesgo, concentrando todos los riesgos financieros en ella, y evitando que sus empleados soporten riesgos⁽⁴⁾. El coste de estas políticas de retribución fija es la pérdida de un poderoso instrumento para armonizar los objetivos de los empleados con los de los directivos o propietarios, y propiciar un mayor esfuerzo

(4) Desde la perspectiva de una distribución eficiente de los riesgos exclusivamente, y obviando los problemas de incentivos, si suponemos que la organización es neutral al riesgo, la solución óptima es transferir la totalidad de los riesgos a la organización, ya que ésta no soporta ningún coste por asumirlos.

e interés de los trabajadores. La búsqueda de contratos de incentivos óptimos consiste, por tanto, en encontrar soluciones de equilibrio entre el mayor coste que supone trasladar riesgos a los empleados y la necesidad de incentivarlos para maximizar su esfuerzo y orientarlo en la dirección deseada.

El diseño de un sistema de compensación óptimo para el agente depende de las características específicas de las transacciones y actividades que realice éste. En particular la mayor o menor dificultad de medir y evaluar la actividad del agente, el grado en que éste es adverso al riesgo, si el agente realiza una o múltiples tareas, y en qué medida es necesaria la cooperación entre varios agentes para obtener el resultado o actividad deseada (tecnologías de equipo)^{20,21}.

Todas estas características se dan en la actividad de la profesión médica, y con mayor énfasis si cabe en el ámbito de la Atención Primaria donde las características específicas de su actividad: primer contacto, filtro para el nivel especializado, trabajo en equipo, longitudinalidad y continuidad condicionan el contrato de agencia.

El médico ostenta un importante control informativo sobre las actividades que realiza, resultándole difícil tanto al paciente (un principal) como al asegurador

u organización sanitaria (otro principal) estimar el esfuerzo del médico. El médico tiene una notable influencia en la determinación del diagnóstico y el tratamiento, y por tanto en los costes y la calidad del proceso asistencial. La actividad profesional del médico por su propia naturaleza es multitarea, y con frecuencia el resultado obtenido es producto de la colaboración con otros múltiples agentes. Todas estas características complican la obtención de sistemas de compensación y retribuciones que permitan vincular la compensación obtenida por el médico con su esfuerzo realizado^{22,23}.

La literatura económica sobre sistemas de compensación y retribuciones para el médico es muy extensa y variada; surgida gran parte de ella en el contexto institucional norteamericano, se centra en el carácter retrospectivo o prospectivo del pago, bien estudiando el efecto del tipo de retribución en la intensidad de servicios^{12-14,24-26}, bien en la selección de pacientes (*cream-skimming*)²⁷, o bien en la intensidad y el alcance del tratamiento^{28,29}.

Existen tres formas canónicas de compensación al profesional médico: el pago por acto, el pago per cápita y el salario o retribución fija. Los inconvenientes y deficiencias de cada uno de ellos son aparentemente conocidos. El pago

por acto puede dar lugar a la inducción de demanda innecesaria y comportamientos estratégicos orientados a modificar la información sobre actividades y resultados. Los sistemas de capitación desestimulan la prestación de servicios adecuados e incentivan las estrategias de selección de pacientes que potencialmente consuman mucho tiempo (enfermos crónicos, por ejemplo). Finalmente la retribución fija disocia la renta monetaria del médico de su esfuerzo para lograr los objetivos de la organización sanitaria. En contextos organizativos de jerarquías públicas jerarquizadas como son los Servicios Regionales de Salud (SRS) del Estado español caracterizados por la seguridad en el empleo y la dificultad de aplicar sanciones, la retribución fija puede propiciar la conducta del “mínimo esfuerzo” y la mentalidad burocrática³⁰. Estas dificultades han estimulado el estudio y aplicación de fórmulas mixtas que combinen de distinta forma y composición los distintos sistemas, sin que hasta el momento pueda afirmarse que se ha encontrado una solución general³¹.

En el ámbito específico de la Atención Primaria los estudios, evaluando distintos sistemas de pago a los médicos, son limitados, ambiguos y a veces contradictorios.

Algunos estudios clásicos comparando sistemas salariales y de capitación en Estados Unidos^{32,33} han encontrado mayor tiempo de duración de las consultas bajo el esquema salarial. Sin embargo, un reciente estudio en Inglaterra (Gosden et al, en el 2003) apunta resultados en dirección contraria.

Los estudios comparando el impacto sobre la calidad de sistemas salariales y de pago per cápita varían ampliamente en la definición y medición de la calidad, lo que dificulta comparar resultados. Vohlonen, Pekurinen y Saltman³⁴ en un estudio efectuado en Finlandia encontraron que los médicos retribuidos por salario dedican menos tiempo a la preparación de la consulta y son menos amables con los pacientes, pero tienen mejores o similares niveles de competencia clínica y empatía que los médicos retribuidos per cápita. Otros estudios realizados en Estados Unidos⁰ han encontrado similares niveles de confianza por parte de los pacientes en los médicos con independencia de que sean retribuidos mediante salario o pagos per cápita.

La literatura económica también ha estudiado las implicaciones del carácter multitarea de los agentes, como es el caso del médico en Atención Primaria. Holmstrom y Milgrom en 1991 estudia-

ron las situaciones en que el agente realiza varias tareas, entre las cuales debe distribuir su atención. Los incentivos que reciba determinarán la atención prestada a cada una de estas tareas. Si las tareas son sustitutivas los incentivos para realizar unas disminuirán los incentivos para llevar a cabo otras. Dado que la intensidad de éstos para una tarea disminuye con la dificultad de medir los niveles de cumplimiento de las otras, puede darse la situación de que el contrato de compensación óptimo sea no dar incentivos al agente. Este es un argumento a favor de los sistemas burocráticos que pueden ser adecuados cuando entre las actividades que debe realizar un agente hay algunas que es imposible controlar, y que proporciona una explicación intuitiva de la predominancia de estructuras retributivas fijas en los médicos de Atención Primaria de los servicios regionales de salud del Estado español.

En este contexto un elemento importante a considerar es si se prohíbe o no al agente que realice tareas externas (dedicación exclusiva o no). Esta decisión depende de la influencia que las tareas externas tengan sobre las que se realizan para el principal. Las actividades externas deben ser evitadas cuando la productividad del agente en las tareas internas es difícil de medir. En el ámbito sanitario

estas actividades externas pueden interpretarse como consulta privada del médico que puede propiciar inducción de demanda y selección de tareas y/o pacientes rentables hacia el ámbito privado, dado que los beneficios en su actividad privada repercuten exclusivamente en él. La principal ventaja de esta práctica es un pago menor para el médico por parte de la organización sanitaria.

La recompensa monetaria es sólo uno de los mecanismos que utilizan las organizaciones sanitarias para obtener el comportamiento deseado del médico, los sistemas de selección de personal, de promoción interna (carrera profesional), de sanciones y expulsión de la organización, así como la estructura organizativa formal e informal (cultura de la organización), deben asimismo ser considerados como elementos en sentido amplio de la búsqueda de un contrato de agencia óptimo³⁷.

Principios de diseño de incentivos

El diseño de políticas retributivas y de sistemas de incentivos para los profesionales de Atención Primaria puede utilizar como soporte de ayuda y orientación un conjunto de reglas o principios que faciliten la toma de decisiones^{23,30}.

1. El principio de información. Según este criterio deben seleccionarse como factores determinantes de la remuneración toda medición del desempeño que permita reducir el error con que se estima el esfuerzo del empleado. Por lo tanto, las medidas de desempeño que incrementen el error de estimación del esfuerzo deben excluirse como factores determinantes de la remuneración, por ejemplo, las que reflejen factores aleatorios fuera del control del agente. Este principio supone que debe remunerarse al empleado en función de variables controladas al máximo por éste.

2. El principio de intensidad del incentivo. La intensidad óptima de los incentivos depende:

– Del incremento del beneficio creado por el esfuerzo adicional. No tendría sentido primar esfuerzos adicionales que no se tradujeran en algún tipo de beneficio para la organización.

– De la precisión con que se evalúan las actividades deseadas. En situaciones de escasa precisión en las variables de actuación que medimos deben utilizarse incentivos débiles. En las organizaciones sanitarias públicas, dado el carácter complejo de la definición de las medidas de resultados constituye uno de los principales problemas para diseñar contratos de incentivos con alta intensidad.

– Del grado de aversión al riesgo del agente. A mayor grado de aversión al riesgo los incentivos utilizados deberían ser de menor intensidad. Este criterio es también relevante en el diseño de contratos de incentivos en las organizaciones sanitarias públicas. Si suponemos que los profesionales del sector sanitario público español han tenido, a la hora de incorporarse a la organización sanitaria, una preferencia por la seguridad (empleo estable) frente a un mayor nivel de ingresos (ser propietario o trabajar en una clínica privada), podemos inferir que el grado de aversión al riesgo será superior a otros profesionales o trabajadores del sector privado. En este caso, incentivos de alta intensidad podrían ser conflictivos e incluso estériles. Sin embargo, esta argumentación debe ser matizada. En primer lugar, la mayor parte de los profesionales sólo pueden incorporarse a su actividad profesional en las organizaciones sanitarias públicas. En segundo lugar, es posible compatibilizar la actividad pública con la actividad privada por parte de los profesionales que puedan y lo deseen, sin que la organización disponga de penalizaciones efectivas.

– De la capacidad de respuesta del agente a los incentivos. A mayor capacidad de decisión autónoma por parte del agente sobre las actividades que tiene

encomendadas, la intensidad de los incentivos debe ser mayor. Este criterio es un factor claramente favorable al diseño de contratos de incentivos en los equipos de Atención Primaria. La enorme autonomía de que gozan los profesionales de Atención Primaria implica que si estos son sensibles a estímulos monetarios, incentivos de alta intensidad serán adecuados, dado que su capacidad de respuesta es muy alta.

3. El principio de la intensidad de la vigilancia. Según este principio, cuando se planee que la remuneración del agente sea muy sensible a su actuación, la intensidad de la vigilancia debe ser mayor. Un sistema de incentivos de alta intensidad debe estar asociado a sistemas de información, auditoría y control desarrollados, etc. En definitiva, los costes de transacción deben aumentar cuando aumenta la intensidad del incentivo. Es rentable medir cuidadosamente únicamente cuando los sistemas de incentivos son intensos. El diseño de contratos de incentivos de alta intensidad debe complementarse con sistemas de intensidad de la vigilancia igualmente potentes; emprender una de ellas tiende a hacer rentable a la otra.

4. El principio de igualdad de las compensaciones. Según este criterio si la asignación del tiempo o la atención de un

empleado a dos actividades diferentes no puede ser vigilada y controlada, entonces la actividad con el menor rendimiento marginal no recibirá tiempo o atención alguna. Este principio es una severa limitación a la utilización de contratos de incentivos en los médicos de Atención Primaria. Dada la multiplicidad de actividades que realizan la mayor parte de los profesionales sanitarios, aquellas que no sean primadas en el contrato tenderán a no recibir tiempo o atención alguna. Este problema puede resultar particularmente acuciante en aspectos relacionados con la calidad técnica asistencial o programas de prevención y promoción de la salud difícilmente cuantificables. No obstante, la opción de una retribución fija no supone en sí misma una solución. En este caso, los profesionales distribuirán su tiempo laboral efectivo en las actividades que mayor rendimiento marginal les produzcan, con absoluta independencia de los objetivos del responsable de la organización.

5. Incentivos intertemporales: el efecto Rachet. Se define como la tendencia a incrementar los objetivos a lo largo del tiempo. Si un trabajador obtiene un resultado alto en un período, en el período siguiente, basándose en el principio de información se le exigirá un resultado alto, ya que la intensidad

del incentivo es mayor si se incluye en el modelo de retribución la información del ejercicio anterior. Por ejemplo, si un centro de salud consigue ahorrar sobre el objetivo propuesto en motivación e incentivos en Atención Primaria (gastos de personal), al ejercicio siguiente podría recibir un objetivo más ajustado, es decir, menos presupuesto para dicha acción.

Así, los empleados son obligados a incrementar su esfuerzo cada vez más con el tiempo. Esto no es óptimo en caso de que sea el mismo trabajador el que ocupa el puesto cada período; los empleados anticipan la estrategia de los directivos y disminuyen sus resultados para no tener que aumentar constantemente su esfuerzo.

La raíz del problema es la dificultad que los modelos de incentivos tienen para determinar el estándar del desempeño; fijar el estándar demasiado alto lleva a bajos niveles de remuneración, y quizás a una pérdida de moral y a renuncias. Si se fija bajo existen mayores remuneraciones con menos beneficios netos de los que serían posibles.

Este problema es un ejemplo de compromiso imperfecto. Podría resolverse si las partes pudieran comprometerse a mantener los incentivos sin utilizar los resultados del primer período para ajustarlos.

tar los estándares de actuación del segundo. Debe establecerse por tanto un contrato que exija el mismo nivel de esfuerzo cada período.

6. Compromiso y reputación. La capacidad que tenga la dirección de una organización para implicarse y adquirir compromisos creíbles en relación al sistema de incentivos es fundamental para el éxito de cualquier modelo que se desarrolle. Con frecuencia surgen problemas de compromiso derivados de la falta o pérdida de reputación de la dirección en relación con la aplicación del modelo de incentivos. El desarrollo de cualquier modelo de incentivos económicos con el correspondiente proceso de descentralización o delegación de derechos residuales de decisión que implica supone una limitación de la capacidad discrecional de la dirección. Esta limitación es doble, tanto referida a los derechos residuales de decisión delegados (no inmiscuirse), como al respeto al conjunto de reglas que configuran el sistema de incentivos establecido.

Los incentivos de la dirección para romper las limitaciones a su discrecionalidad implícitas en cualquier modelo de incentivos son intensos y multicausales. Por un lado, la dirección de la organización puede creer que los resultados del sistema desarrollado no coinciden con la

percepción que tiene de la bondad o excelencia de la actuación de los profesionales que evalúa. Esta disonancia puede inducir a comportamientos oportunistas contractuales, que hagan que la dirección altere o manipule los resultados del sistema de incentivos para adecuarlos a su visión. Por otro lado, actividades de influencia e interferencia pueden asimismo incidir en la dirección para una alteración del contrato de incentivos establecido.

Si los profesionales perciben una falta de reputación o credibilidad por parte de la dirección en la aplicación del modelo de incentivos desarrollado, tenderán a centrar su esfuerzo no en los objetivos y metas especificados en el contrato de incentivos, sino en aquellos elementos que perciban que valora realmente la dirección.

7. Amenazas y sanciones creíbles. Las primas económicas asociadas a un mayor esfuerzo pueden no motivar a determinados individuos a mejorar su rendimiento. Si la organización no dispone de mecanismos eficaces para identificar comportamientos oportunistas y aplicar sanciones incluyendo el despido, el desarrollo óptimo de un sistema de incentivos explícito puede verse seriamente afectado. El marco institucional de los SRS, y especialmente su regulación labo-

ral de tipo estatutario es eminentemente rígido, sin que apenas existan posibilidades reales de sanción y despido, lo que puede dificultar el desarrollo de sistemas de incentivos intensos.

Relacionar la renta de un profesional con un comportamiento eficiente implica inevitablemente un traslado de riesgos de la organización al profesional, dada la imposibilidad de aislarlo totalmente de variables no controlables por él. Diseñar un buen sistema de incentivos para profesionales supone, entre otras cosas, ajustar lo más posible el riesgo trasladado, de forma que los profesionales perciban claramente la relación entre su esfuerzo y los resultados obtenidos y resulte menos costoso vencer la aversión al riesgo característico de todo ser humano. Los sistemas de incentivos eficientes son aquellos que equilibran los costes de trasladar el riesgo con las ganancias derivadas del aumento del esfuerzo de los profesionales en obtener los resultados deseados.

El conjunto de reglas de diseño de incentivos que se han planteado en este epígrafe sólo pretenden servir de orientación y brújula para no perderse en una cuestión tan compleja y conflictiva como las políticas laborales, retributivas y de incentivos para profesionales de Atención Primaria.

Retribuciones e incentivos en el Sistema Nacional de Salud

Las políticas laborales y retributivas en el Sistema Nacional de Salud que afectan de forma directa a la motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria y de los profesionales en general, han sido modificadas recientemente como consecuencia de la generalización del proceso de transferencias acaecida a finales del año 2001, y la aprobación de importantes leyes como son el nuevo modelo de financiación autonómica, la Ley de Coordinación y Calidad del SNS, el nuevo Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias. A continuación se enumera de forma sintética alguno de los retos y problemas que el nuevo marco institucional plantea³⁷.

En el nivel macroeconómico la evolución que se está produciendo de las retribuciones brutas anuales de los facultativos, y en general de los trabajadores del sector sanitario público, están provocando tensiones financieras en las Comunidades Autónomas. El escenario dinámico es cuando menos preocupante, y si se mantienen las tendencias podemos asistir a una dinámica inflacionaria donde cada Comunidad Autónoma se vea presionada a incrementar las retribuciones

de sus trabajadores sanitarios en general y de los médicos en particular. Es necesario coordinar de forma efectiva las políticas laborales y retributivas de los distintos SRS de salud si no queremos vernos abocados a un escenario financieramente no sostenible a largo plazo.

Los sistemas de retribuciones de los médicos de Atención Primaria en los distintos SRS son básicamente salariales, aunque con componentes per cápita y un esfuerzo consolidado por introducir incentivos económicos de tipo variable asociados al cumplimiento de determinados objetivos o resultados. Como se ha mostrado en las páginas precedentes no existe un sistema retributivo que pueda definirse como óptimo y estamos obligados a realizar modificaciones lo más consensuadas posibles, que sean evaluadas de forma sistemática e independiente, a fin de obtener la mayor evidencia posible.

No obstante, parece deseable en un contexto de funcionarizado de la Atención Primaria, con la consiguiente rigidez que conlleva, reforzar los componentes per cápita y los incentivos asociados a la obtención de resultados. Sin embargo, los hechos parecen desmentir esta política. Los acuerdos suscritos por las distintas Comunidades Autónomas se han orientado fundamentalmente a una subida de los componentes fijos, básicamente

te salariales de la retribución del profesional médico y no han sido aprovechados para articular un nuevo modelo retributivo más orientado a favorecer la eficiencia y la calidad.

Uno de los elementos clave que van a condicionar las políticas laborales y retributivas en los próximos años es el desarrollo, definición y contenidos de la carrera profesional en Atención Primaria en las distintas Comunidades Autónomas. Algunas de las claves que determinarán en qué medida la carrera profesional puede considerarse como un incentivo a largo plazo o no son: elitismo, reversibilidad, valoración de méritos, compatibilidad e impacto económico en las retribuciones.

Una carrera profesional elitista implica el establecimiento de números *clausus* en los niveles superiores. La reversibilidad supone la evaluación continua y la posibilidad de disminuir de nivel obtenido o alcanzado con anterioridad. La valoración de méritos implica mecanismos de acreditación objetivos y no manipulables. La compatibilidad exige la coordinación y reconocimiento mutuo de las carreras profesionales desarrolladas en cada Comunidad Autónoma, de forma que la movilidad de profesionales de Atención Primaria sea una posibilidad real y factible en el conjunto del Sistema Nacional de

Salud. Finalmente, el impacto económico en las retribuciones de la profesión médica debe ser sustancial si se quiere que funcione efectivamente como un incentivo a largo plazo.

En la medida en que no se desarrolle una carrera profesional incentivadora existe el riesgo y la posibilidad creciente de que la carrera profesional termine convirtiéndose en una subida generalizada de las retribuciones (una antigüedad encubierta) y un incremento de la burocracia, sin consecuencias significativas sobre la calidad de las prácticas médicas y de la formación de los profesionales.

Los sistemas de incentivos financieros asociados a la obtención de resultados (productividad variable) se desarrollaron en los primeros años de la década de los noventa con las experiencias para directivos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud y el modelo de incentivos para profesionales de áreas de Atención Primaria del INSALUD, basado en el cumplimiento de la cartera de servicios y la obtención de ahorros sobre el presupuesto asignado, sobre todo del presupuesto de farmacia^{38,39}. Progresivamente se han ido generalizando, sin embargo, la inexistencia de información sobre estas políticas de incentivos en las distintas Comunidades Autónomas en la nota dominante.

Afortunadamente, hay una investigación en curso⁴⁰ que está intentando efectuar un análisis comparativo de las distintas experiencias por Comunidad Autónoma. Algunos de sus resultados provisionales señalan que las cantidades a repartir para los médicos de Atención Primaria oscilan entre los 6.000 euros anuales de Cataluña y Baleares y los 820 del País Vasco. Los sistemas utilizados son en algunos casos individuales (Cataluña, Galicia), en otros de equipo (País Vasco, Navarra, Cantabria, Madrid), y en otros de carácter mixto (Baleares, Castilla la Mancha, Extremadura, Andalucía) y pueden estar basados en ahorros (País Vasco de naturaleza no monetaria), en constitución de bolsas (Cataluña, Galicia, Navarra y Cantabria) o de carácter mixto (Castilla la Mancha, Baleares, Extremadura y Madrid).

En cualquier caso las cantidades son exigüas en relación con las retribuciones fijas totales, y previsiblemente no incrementen su porcentaje relativo en relación con las retribuciones totales en los próximos años, sobre el resto de los aspectos considerados habrá que esperar a disponer de mayor información.

En definitiva, los próximos años van a ser cruciales en lo relativo a establecer un marco laboral y retributivo para los

profesionales sanitarios. Compatibilizar la autonomía de los diferentes SRS con la necesaria coordinación a nivel estatal de políticas será sin duda el reto fundamental. Junto a ello el desarrollo e implantación de una carrera profesional basada en la excelencia, el incremento del componente per cápita en la retribución, otorgar progresivamente mayor importancia a los incentivos financieros y no financieros de la retribución frente a los componentes fijos o salariales, y establecer sistemas de información y evaluación de las distintas políticas retributivas cerraría una agenda ambiciosa pero factible; factible pero no fácil. No es de extrañar que se haga justo al revés y se mantengan sistemas retributivos poco estimulantes para favorecer el sentido de pertenencia de los médicos y su orientación al logro de resultados. En ese caso seguirá siendo cierta la aseveración formulada por Mark Twain en 1884 en su novela *Las aventuras de Huckleberry Finn*: “Y entonces –dije– ¿de qué sirve aprender a hacerlo bien, si hacerlo bien es peorado y no hay problemas por hacerlo mal y, además, la paga es la misma?”. Las consecuencias las sufriremos todos, también los médicos, particularmente, los que quieren aprender a hacerlo bien.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín JJ, López Del Amo MP. Propuestas de reforma del Sistema Nacional de Salud. Las nuevas fórmulas de personificación jurídica en las organizaciones sanitarias. Capítulo 2. En: Temes, Parra, editores. Gestión Clínica. Propuestas de reforma. Madrid: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2000.
2. Feldstein MS. "Hospital cost inflation: A study of nonprofit price dynamics". *The american economic review* 1971;LXI.(5):853-72.
3. Zweifel P. Supplier-induced demand in a model of physician behaviour. En: Van der Gaag, Perlman, editors. Health, Economics and Health Economics. Amsterdam: North Holland, 1981.
4. Dionne G, Conrandriopoulos AP. Doctors and their workshops. A review article. *Journal of Health Economics* 1985;4:21-3.
5. Gaulin SJC, McBurney DH. An evolutionary approach. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, 2001.
6. Fehr E, Gachter S. Fairness and retaliation: The economic of reciprocity. *Journal of Economic Perspectives* 2000;14:159-81.
7. Gintis H. Strong reciprocity and human sociaty. *Journal of Theoretical Biology* 2000;206:169-79.
8. Lykken D, Tellegen A. Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science* 1996;7:186-9.
9. Diener E. Subjective well-being. *American Psychologist* 2000;55:34-43.
10. Prieto MA, March JC, Gutiérrez P, Carmona G. Equipo de evaluación del programa de salud materno-infantil (PSMI). Motivación e incentivos: percepciones diferentes de gestores y profesionales. *Aten Primaria* 1988; 22:220-6.
11. Simó J, Chinchilla N. Motivación y médicos de familia (I). *Aten Primaria* 2001;28 (7):484-90.
12. Blomqvist A. The Doctor as a Double Agent: Information Asymmetry, Health Insurance, and Medical Care. *Journal of Health Economics* 1991; 10:411-32.
13. Ellis RP, McGuire TG. Optimal Payment Systems for Health Services. *Journal of Health Economics* 1990;9: 375-96.
14. Ellis RP, McGuire TG. Supply-Side and demand-side cost sharing in health

- care. *Journal of Economics Perspectives* 1993;7(4):131-51.
- 15.** McGuire TM. Physician agency. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*. Vol. I Amsterdam: Elsevier Science, 2000. p. 461-536.
- 16.** Jensen MC, Meckling WH. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics* 1976;3(4): 305-60.
- 17.** Pratt JW, Zeckhauser RJ. *Principals and agents: the structure of business*. Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1985.
- 18.** Ricart JE. Una introducción a los modelos de agencia, invitación a la teoría económica. Barcelona: Ariel (Ariel Economía); 1991;11:194-210.
- 19.** Milgrom P, Roberts P. *Economics, organization, and management*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall, 1992.
- 20.** Sappington DEM. Incentives in Principal-Agent Relationships. *Journal of Economic Perspectives* 1991;5(2): 45-66.
- 21.** Prendergast C. The provision of incentives in firms. *Journal of Economic Literature* 1999;37:7-63.
- 22.** Macho Stadler I. Incentivos en los servicios sanitarios. En *Incentivos y contratos en los servicios de salud*. En: Pere Ibern, editor Barcelona, 1999. p. 19-47.
- 23.** Martín JJ, López del Amo MP. *Innovaciones en incentivos y retribuciones en organizaciones sanitarias. Experiencias en jerarquías públicas centralizadas y Empresas Públicas Sanitarias*. En: *Motivación Saludable: los recursos humanos en el sector de la salud*. Universidad Internacional Menéndez Pelayo y Fundación SB, 1998.
- 24.** Ellis RP, McGuire TG. Provider Behavior Under Prospective Reimbursement: Cost Sharing and Supply. *Journal of Health Economics* 1986;5:129-52.
- 25.** Selden TP. A Model of Capitation. *Journal of Health Economics* 1990;9: 397-410.
- 26.** Rickman N, McGuire A. Regulating Providers Reimbursement in a Mixed Market for Health Care. *Scottish Journal of Political Economy* 1999; 46-1:53-71.
- 27.** Dranove D. Rate-setting by diagnosis related groups and hospital specialization. *Rand Journal of Economics* 1987;18-3:417-27.
- 28.** Ma CtA. Health Care Payment Systems: Costs and Quality Incentives. *Journal of Economics and Management Strategy* 1994;3-1:93-112.
- 29.** Ellis RP. Creaming, skimping and dumping: provider competition on

- the intensive and extensive margins". *Journal of Health Economics* 1998; 17:537-55.
30. Martín JJ, López del Amo MP. Incentivos e Instituciones sanitarias públicas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.
31. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. En: *The Milbank Quarterly* 2001;79(2).
32. Wolinsky F, Marder W. Spending time with patients. The impact of organizational structure on medical practice. *Medical Care* 1982;20:1051-9
33. Wolinsky F, Marder W. The organization of medical practice and primary care physician income. *American Journal of Public Health* 1983;73: 379-83.
34. Vohlonen I, Pekurinen M, Saltman R. Re-organising primary medical care in Finland: the personal doctor program. *Health Policy* 1989;13:65-79.
35. Pereira A, Pearson S. Patient attitudes toward physician financial incentives. *Archives of Internal Medicine* 2001;161:13-7.
36. Kao A, Green D, Zaslavsky A, Koplan J, Cleary P. The relationship between method of payment and patient trust. *Journal of American Medical Association* 1998;280:1708-14.
37. Jensen MC. Organization Theory and Methodology. *Accounting Review* 1983;58(2):319-39.
38. Martín JJ. Sistema de retribuciones y exclusividad de los facultativos de los hospitales públicos del Estado español. En: *El interfaz Público-privado en sanidad. Capítulo 9.* López Casasnovas G, editor. Masson S.A, 2003;p.157-75.
39. Cabasés JM, Martín JJ. Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. En: López i Casasnovas G, Rodríguez Palenzuela D, coordinadores. *La regulación de los servicios sanitarios en España.* Ed. Cívitas, 1997.
40. Martín JJ, López Del Amo MP. Innovaciones en incentivos y retribuciones en organizaciones sanitarias. Experiencias en jerarquías públicas centralizadas y Empresas Públicas Sanitarias. En: *Motivación Saludable: los recursos humanos en el sector de la salud.* Universidad Internacional Menéndez Pelayo y Fundación SB, 1999.
40. Pomar J. Estudio sobre incentivos en el sistema nacional de salud. Mimeo, 2004.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Simó J, Chinchilla N. Motivación y médicos de familia (II). Aten Primaria 2001;28 (10):668-73.
Williamson OE. The economic institutions of capitalism. New York: The

- Free Press, 1985. Existe traducción al español: Williamson OE. Las instituciones económicas del capitalismo. México: Fondo de cultura Económica, 1989.

