
Fundamentos de Economía y Gestión de la Salud

Fundamentos de Economía y Gestión de la Salud

Coordinadores:

Manel Antelo

José María Fraga

Juan Carlos Reboredo

2010

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FUNDAMENTOS de economía y gestión de la salud / coordinadores Manel Antelo, José María Fraga, Juan Carlos Reboredo. – Santiago de Compostela : Universidade, Servizo de Publicacións e Intercambio Científico, 2010. – XXIV + 498 p. ; 24 cm. – Contén índices e bibliografía. – D.L. C 3104-2010. – ISBN 978-84-9887-532-4

1. Saúde–Xestión. 2. Economía da saúde. 3. Asistencia sanitaria–Custo-eficacia. I. Antelo, Manel, coord. II. Fraga, José María, coord. III. Reboredo, Juan Carlos, coord. IV. Universidade de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacións e Intercambio Científico, ed.

330 : 61

© Universidade de Santiago de Compostela, 2010

Maquetación

Julio López Albín

Diego Rodríguez Martínez

Edita

Servizo de Publicacións

e Intercambio Científico

Campus Vida

15782 Santiago de Compostela

www.usc.es/publicacions

Imprime

Imprenta Universitaria

Campus Vida

15782 Santiago de Compostela

Dep. Legal: C 3104-2010

ISBN 978-84-9887-532-4

978-84-9887-659-8 (Edición digital PDF)



Índice general

Índice general	v
Índice de figuras	XIII
Índice de tablas	XVII
Agradecimientos	XXI
Prólogo <i>Miguel A. Asenjo</i>	XXIII
Presentación <i>Manel Antelo, José María Fraga, Juan Carlos Reboredo</i>	1
Capítulo 1 Introducción a la economía de la salud <i>Xavier Martínez-Giralt</i>	5
1. Introducción. Economía y economía de la salud	7
1.1. Características diferenciadoras del mercado de salud	20
1.2. Contenido de la economía de la salud	23
1.3. Organización del mercado sanitario	24
1.4. Estructura de un sistema de salud	27
2. Los agentes económicos	31
2.1. La demanda	32
2.2. La oferta	47
2.3. Las compañías de seguros	64

3.	El mercado y el mercado de salud	65
3.1.	El mercado perfectamente competitivo	68
3.2.	El mercado de salud	75
4.	Regulación	76
4.1.	El sector público	76
4.2.	Cómo, por qué, y para qué regular	77
4.3.	Medición del poder de monopolio	86
4.4.	Ilustración	87
4.5.	Externalidades	92
4.6.	Regulación del mercado de salud	94
5.	Bienes públicos	96
5.1.	Características de los bienes públicos	96
5.2.	Mecanismos de intervención	98
5.3.	Servicios de salud y bienes públicos	102
5.4.	Ilustración	102
6.	Organizaciones sin ánimo de lucro	103
6.1.	Causas de las ENL	104
6.2.	El hospital como ENL	107
7.	Un ejercicio de política sanitaria	120
7.1.	Introducción	120
7.2.	Medicina preventiva vs. curativa	121
8.	Incertidumbre, riesgo y seguro	128
8.1.	Incertidumbre y riesgo	128
8.2.	Comportamientos ante el riesgo	130
8.3.	El seguro de enfermedad	133
9.	Teoría de contratos	139
9.1.	Introducción	139
9.2.	Riesgo moral	145
9.3.	Selección adversa	151
9.4.	Señalización	153
9.5.	Resumen	155
9.6.	Demanda inducida por la oferta	156
	Bibliografía	161
Capítulo 2 La evaluación económica en sanidad		165
<i>Manel Antelo, Juan Carlos Reboredo</i>		
1.	Introducción	167
2.	El análisis coste beneficio	170
2.1.	Valoración de costes y beneficios	172
2.2.	El valor de la vida humana	175
2.3.	El enfoque del valor estadístico de la vida	176
2.4.	Ajustes temporales	178

2.5.	Ajustes por riesgo e incertidumbre	180
2.6.	Equidad	181
2.7.	Reglas de decisión	182
3.	Análisis de minimización de costes	183
3.1.	Cálculo de costes	185
3.2.	Cambios en los costes	186
3.3.	Otra vez la dimensión temporal y la incertidumbre	187
4.	Análisis coste efectividad	188
5.	Análisis coste utilidad	189
6.	Conclusiones	190
	Bibliografía	191
Capítulo 3 Financiación de las prestaciones sanitarias		193
	<i>Francisco Reyes</i>	
1.	Introducción	195
2.	¿Provisión pública o privada de la sanidad?	195
3.	Teoría del federalismo fiscal: gasto	197
3.1.	Eficiencia	198
3.2.	Movilidad y descentralización	199
3.3.	Equidad	200
3.4.	Estabilidad y crecimiento	200
4.	Teoría del federalismo fiscal: ingresos	201
4.1.	Impuestos	201
4.2.	Tasas y precios públicos	203
4.3.	Venta de bienes	204
4.4.	Ingresos patrimoniales	204
4.5.	Transferencias	204
4.6.	Endeudamiento	204
5.	Transferencias frente a impuestos propios	205
6.	Transferencias a los gobiernos subcentrales: justificación y clases	206
7.	La utilización de los indicadores sanitarios en la financiación descentralizada por transferencias de la sanidad	208
7.1.	Indicadores de mortalidad y morbilidad	209
7.2.	Índices de utilización de los servicios sanitarios	210
8.	Modelos implementados en otros países	211
8.1.	El RAWP británico	211
8.2.	El modelo Share de Escocia	214
8.3.	El modelo Scraw del Reino de Gales	215
8.4.	El Modelo Parr de Irlanda del Norte	215
8.5.	El modelo italiano	215
8.6.	El Modelo mexicano	216

8.7.	El modelo brasileño	216
9.	Fórmulas de participación del usuario en el coste de la sanidad . . .	218
9.1.	Copago	218
9.2.	Deducibles	219
9.3.	Coseguro	219
9.4.	Límite de cobertura	219
9.5.	Otras formas de participación en costes: descuentos y bonificaciones	219
9.6.	Catálogo de prestaciones aseguradas	221
9.7.	Implicaciones de la adopción de distintas formas de coparticipación	221
10.	Conclusiones	225
	Bibliografía	226

Capítulo 4 El sistema de información contable y sus características en organizaciones sanitarias 229

Beatriz Aibar, Cristina Aibar

1.	Introducción	231
2.	El proceso contable	232
3.	Los estados contables: definición y elementos	237
4.	La normativa contable española	242
5.	La contabilidad en las entidades públicas y sin ánimo de lucro	246
5.1.	Consideraciones iniciales respecto a la contabilidad pública .	246
5.2.	El modelo de contabilidad pública en España: el plan general de contabilidad pública	248
5.3.	El proceso presupuestario en las entidades públicas	253
6.	Normativa contable aplicable a las organizaciones sanitarias	265
6.1.	Empresas de asistencia sanitaria	265
6.2.	Hospitales gestionados directamente por la Seguridad Social	268
7.	Análisis e interpretación de los estados contables	269
7.1.	Análisis de las cuentas anuales de las organizaciones sometidas al plan general de contabilidad	270
7.2.	Análisis de las cuentas anuales de las entidades sujetas al plan general de contabilidad pública	285
	Bibliografía	294

Capítulo 5 Contabilidad de costes: conceptos básicos y problemática en organizaciones sanitarias 297

Beatriz Aibar, María Isabel Blanco

1.	Introducción	299
2.	Concepto y determinación del coste	301

3.	Clasificación de los costes	307
4.	Modelos de cálculo de costes	313
4.1.	Modelos de costes completos	314
4.2.	Modelos de costes parciales	335
4.3.	Sistemas de costes basados en las actividades	335
5.	Información para la planificación y el control en organizaciones sanitarias	338
5.1.	La planificación y el control como parte de la gestión	338
5.2.	Costes estándar	340
5.3.	El proceso de presupuestación	347
6.	Información para la toma de decisiones	350
6.1.	Clasificación de los costes en función del impacto en la decisión	350
6.2.	Análisis coste-volumen-beneficio	354
6.3.	Benchmarking	356
7.	La contabilidad analítica en la sanidad española	357
	Bibliografía	359
Capítulo 6 Información para la gestión en sanidad: del dato a la acción		361
	<i>Mercè Casas, Carles Illa, María Soler</i>	
1.	Introducción	363
2.	El punto de partida: lo que no puede medirse no puede gestionarse	365
2.1.	Primera generación de instrumentos de información	365
2.2.	Segunda generación de instrumentos de información	366
3.	Empezar por las fuentes disponibles	369
3.1.	De la métrica al conocimiento	369
3.2.	Del conocimiento a la acción	373
4.	El futuro previsible: sistemas de información orientados al conocimiento	378
	Bibliografía	379
Capítulo 7 Management para nuestros hospitales		383
	<i>Josep Albet</i>	
1.	Introducción	385
2.	El hospital como organización	386
3.	La ciencia del <i>management</i>	389
4.	La sociedad de las organizaciones y el hospital	394
5.	Sobre los hospitales y su gestión	399
	Bibliografía	403

Capítulo 8 (Nuevas) Formas de incentivación en atención primaria	405
<i>Vicente Ortún</i>	
1. Introducción	407
2. Incentivos: de las perogrulladas al <i>Nature</i> o <i>Science</i>	407
3. El entorno institucional, primer nivel de incentivos	409
3.1. Normas profesionales clínicas	410
3.2. Relaciones medicina-industria farmacéutica	410
3.3. Reorientación del Estado del bienestar	412
4. Segundo nivel de incentivos: formas organizativas y competencia entre las mismas	413
4.1. Intentos de descentralizar burocracias	415
4.2. Externalidades y organizaciones sanitarias integradas	416
4.3. Entre monopolios cabe la competencia por comparación	416
5. Tercer nivel: incentivos individuales	417
5.1. El pago por desempeño o calidad (la actual moda del P4P)	419
5.2. Profilaxis de la fascinación tecnológica	421
5.3. Incentivos grupales	421
Bibliografía	422
Capítulo 9 Diseño muestral y análisis estadístico en economía de la salud	425
<i>Pedro Juez</i>	
1. Introducción	427
2. Objetivos del estudio	427
3. Diseño de estudios en medicina	428
3.1. Tipos de estudios	428
3.2. Estudios de casos y controles	429
3.3. Estudios de cohortes	431
3.4. Estudios experimentales	433
3.5. Programas de <i>screening</i> o cribado poblacional	434
4. Análisis de los principales índices sanitarios	434
4.1. Índices epidemiológicos	434
5. Determinación del tamaño de la muestra	449
5.1. Cálculo del tamaño muestral	454
5.2. Cálculo del tamaño de la muestra	455
5.3. Muestra absoluta y muestra relativa	457
6. Estadística descriptiva	457
6.1. Distribuciones unidimensionales	458
6.2. Tipos de medidas	459
7. Intervalos de confianza	461
7.1. Cálculo de un intervalo de confianza para proporciones	462

8.	Números índices	463
8.1.	Índices de precios	465
8.2.	Obtención del IPC	467
9.	Análisis estadísticos complejos	470
10.	Contrastes de hipótesis: inferencia	471
10.1.	Nociones previas	474
10.2.	Conceptos previos	475
10.3.	Resumen de tests estadísticos	476
10.4.	Tests paramétricos	476
10.5.	Tests no paramétricos	479
11.	Regresión lineal	482
11.1.	Regresión lineal simple	483
11.2.	Regresión lineal múltiple	486
11.3.	Problemas de la regresión lineal	487
11.4.	Causalidad y correlación	487
12.	Regresión logística	488
12.1.	Introducción	488
12.2.	Etapas en la estimación del modelo: presentación del ejemplo	489
	Bibliografía	494



Índice de figuras

Capítulo 1	Introducción a la economía de la salud	5
1.	La economía	8
2.	Gasto sanitario (% del PIB) en 2004	11
3.	Gasto sanitario público (% del gasto sanitario total) en 2004	14
4.	Gasto en productos farmacéuticos	16
5.	Financiamiento de los servicios de salud	17
6.	Esperanza de vida al nacer en la OCDE	18
7.	Esperanza de vida a los 65 años en la OCDE	19
8.	Los elementos de la economía de la salud	24
9.	Los agentes del sistema de salud	25
10.	Provisión privada con y sin aseguramiento	27
11.	El modelo de reembolso	28
12.	El modelo de contrato	29
13.	El modelo integrado	30
14.	Los consumidores	32
15.	El conjunto de consumo con tres bienes	33
16.	Determinación de la cesta óptima del consumidor	34
17.	Función de demanda individual de los bienes x e y	35
18.	Función de demanda agregada del bien x	35
19.	Variaciones de demanda del bien x (1)	36
20.	Variaciones de demanda del bien x (2)	37
21.	Demanda del bien x	41
22.	Demanda del servicios de odontología	42
23.	El modelo simplificado de Grossman	46
24.	Las empresas	48

25.	Costes totales, medios y marginales	49
26.	Coste total y curvas isocoste	49
27.	La función de producción	51
28.	Producción y curvas isocuantas	52
29.	Elasticidad de sustitución	53
30.	La frontera de posibilidades de producción	54
31.	La función de oferta de la empresa	58
32.	La función de oferta agregada	58
33.	Desplazamiento de la función de oferta	59
34.	Progreso técnico y costes	60
35.	Difusión del progreso técnico	62
36.	Oferta individual y oferta agregada	63
37.	Equilibrio del mercado competitivo	71
38.	Equilibrio del mercado de bien x	72
39.	La maximización del beneficio	73
40.	La minimización del coste	74
41.	Externalidades	80
42.	Equilibrio del duopolio	83
43.	Equilibrio del monopolio	84
44.	Poder de monopolio	85
45.	Control de precios	86
46.	Patente a punto de expirar	88
47.	Medicamento con patente	89
48.	Efectos sobre el bienestar	90
49.	Patente operando en ambos mercados	91
50.	Efectos sobre el bienestar (2)	92
51.	Externalidades	93
52.	PPS y DRGs	95
53.	Equilibrio de Lindahl	100
54.	Ejemplo 2	105
55.	Demanda de servicios médicos	110
56.	Coste medio del hospital	110
57.	Equilibrio de corto plazo	111
58.	Cantidad, calidad y monotonía	112
59.	Frontera $Q - q$ y mapa de indiferencia	112
60.	Equilibrio de largo plazo	113
61.	El hospital como cooperativa	114
62.	Newhouse vs. Pauly-Redisch	116
63.	Convergencia de ambos modelos	117
64.	Derechos de propiedad	118
65.	Derechos de propiedad y EL	119
66.	Derechos de propiedad y ENL	119
67.	Actitudes ante el riesgo	131

68.	Demanda óptima de seguro	134
69.	Prima máxima	135
70.	Demanda de seguro y demanda de salud	137
71.	Demanda de salud y riesgo moral	138
72.	Información completa	141
73.	Información incompleta	142
74.	Riesgo moral	145
75.	Franquicia (1)	147
76.	Franquicia (2)	148
77.	Copago (1)	149
78.	Copago (2)	151
79.	Selección adversa	152
80.	Señalización (1)	154
81.	Señalización (2)	154
82.	Modelo básico de DIO	157
83.	El modelo de Evans	159
84.	DIO vs. publicidad	160

Capítulo 3 Financiación de las prestaciones sanitarias **193**

1.	Transferencias incondicionadas	207
2.	Transferencias condicionadas	207
3.	Deducibles	220
4.	Coseguro	220
5.	Límite de cobertura	220

Capítulo 4 El sistema de información contable y sus características en organizaciones sanitarias **229**

1.	Representación de una cuenta	234
2.	Representación de un asiento	235
3.	Etapas del ciclo contable	237
4.	Conceptos, elementos y particularidades de la contabilidad pública . . .	247
5.	Estructura del presupuesto público	254
6.	Ejecución del presupuesto de gastos	259
7.	Registro contable de los gastos presupuestarios	261
8.	Trascendencia patrimonial de las operaciones de gestión del presupuesto de gastos	262
9.	Ratios financieros	274
10.	Pirámide de ratios de rendimiento	276
11.	Resumen de indicadores	277

Capítulo 5 Contabilidad de costes: conceptos básicos y problemática en organizaciones sanitarias	297
1. Objetivos de la contabilidad de costes	300
2. Determinación de los costes a partir de los gastos	303
3. Determinación de los costes en el centro sanitario EJEMPLO	306
4. Clasificación básica de costes por naturaleza	307
5. Asignación de los costes en función de su relación con el objeto de coste	308
6. Clasificación de los costes en función de su relación con la actividad . . .	312
7. Organigrama del centro sanitario EJEMPLO	315
8. Subreparto en cascada	323
9. Ejemplo de prestaciones recíprocas entre centros	325
10. Ejemplo de UBAs aplicados a distintas actividades	334
11. Esquema general de asignación de costes en centros sanitarios	334
12. Asignación de costes y determinación de resultados en el sistema de costes parciales	336
13. Determinación de costes en el sistema ABC	338
14. Proceso de planificación - control	339
15. Determinación del coste estándar	341
16. Desviaciones respecto al estándar	342
17. Estrategia, planificación y presupuestos	347
18. Esquema general del proceso de presupuestación en centros sanitarios .	348
19. Representación gráfica del punto muerto	355
Capítulo 7 Management para nuestros hospitales	383
1. Personas, gestión y organizaciones	390
2. Historia del <i>management</i> . Esquema	391
Capítulo 9 Diseño muestral y análisis estadístico en economía de la salud	425
1. Esquema e interpretación de contrastes	474



Índice de tablas

Capítulo 1	Introducción a la economía de la salud	5
1.	Gasto sanitario (% del PIB) en 1960-2004	10
2.	Fuentes de gasto sanitario	12
3.	Gasto sanitario público (% del gasto sanitario total) en 1960-2004	13
4.	Gasto farmacéutico (% del gasto sanitario total): 1991-2004	15
5.	Impacto de ΔP_x sobre x	38
6.	Elasticidades precio y renta	43
7.	Tipología de mercados según el número de agentes	67
8.	Mercado R_x y mercado OTC	91
9.	Taxonomía de bienes económicos	98
10.	Resultados de la votación	106
11.	Valor presente de los costes a 15 años	124
Capítulo 2	La evaluación económica en sanidad	165
1.	Costes de la revascularización miocárdica con CEC y sin CEC	184
2.	Estructura temporal e incertidumbre de los costes	187
3.	Análisis coste efectividad	189
Capítulo 4	El sistema de información contable y sus características en organizaciones sanitarias	229
1.	Componentes del patrimonio neto	240
2.	Mecánica contable general	242
3.	Clasificación económica del presupuesto de gastos y el presupuesto de ingresos	255

4.	Ratios de solvencia a largo plazo	273
5.	Otros ratios financieros	273
6.	Ratios de rentabilidad	275
7.	Clínica EJEMPLO. Balance al cierre del ejercicio 20XX	278
8.	Clínica EJEMPLO. Cuenta de pérdidas y ganancias correspondiente al ejercicio 20XX	279
9.	Indicadores financieros y patrimoniales	286
10.	Ratios de la cuenta del resultado económico-patrimonial	287
11.	Indicadores presupuestarios	288
12.	Hospital Público EJEMPLO. Balance al cierre del ejercicio 20XX	290
13.	Hospital Público EJEMPLO. Cuenta del resultado económico-patrimonial al cierre del ejercicio 20XX	290
14.	Estado de liquidación del presupuesto. Ejercicio 20XX: Liquidación del presupuesto de gastos	291
15.	Estado de liquidación del presupuesto. Ejercicio 20XX: Liquidación del presupuesto de ingresos	291
16.	Estado de liquidación del presupuesto. Ejercicio 20XX: Resultado presupuestario	292
17.	Ratios financieros y patrimoniales	292
18.	Ratios de la cuenta del resultado económico-patrimonial	292
19.	Ratios presupuestarios	293

Capítulo 5 Contabilidad de costes: conceptos básicos y problemática en organizaciones sanitarias 297

1.	Ejemplos de centros de costes en entidades sanitarias	318
2.	Cuadro de reparto primario del Centro Sanitario EJEMPLO	321
3.	Ejemplos de centros estructurales con unidades de obra	327
4.	Ejemplos de centros estructurales sin unidades de obra	328
5.	Ejemplos de centros intermedios	330
6.	Cuadro de reparto primario del Centro Sanitario EJEMPLO	331
7.	Cálculo de desviaciones	343
8.	Ficha del coste estándar de la artroscopia de rodilla	344
9.	Cálculo de desviaciones para la artroscopia de rodilla	345
10.	Ejemplo de presupuesto flexible	350
11.	Ingresos y costes totales	353
12.	Resultado por costes completos	353
13.	Análisis de costes y márgenes relevantes	353
14.	Costes por naturaleza	357
15.	Estructura de los hospitales	358
16.	Criterios de reparto utilizados por los sistemas de costes	359

Capítulo 7 Management para nuestros hospitales	383
1. Evolución histórica de los hospitales	387
2. Número de artículos sobre las materias relacionadas con hospitales buscados en <i>Medline</i>	401
Capítulo 9 Diseño muestral y análisis estadístico en economía de la salud	425
1. Posibilidades de utilización de los índices OR, RR y RA en los distintos tipos de estudio	445
2. Tabla de valores de K	456
3. Cálculo del tamaño de la muestra para contrastar hipótesis	458
4. Estadísticos más utilizados	460
5. Técnicas de análisis multivariante	472
6. Resumen de utilización de los tests estadísticos	477
7. Estancias en unidades clínicas	478
8. Puntuaciones del nivel de sociabilidad	480
9. Peso y estatura	484
10. Muestra sobre malignidad de un nódulo pulmonar solitario	490

- McKee, M. y Healy, J. (coords.) (2002), *Hospitals in a Changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series.
- Mintzberg, H. (1987), Five P's for strategy, *Californian Management Review* 30(1), 11-24.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B. y Lampel, J. (1998), *Strategy Safari*, The Free Press, New York. (*Safari a la estrategia*, Granica, 1999).
- Mintzberg, H. y Quinn, J. (1992), *The Strategy Process Concepts, Contexts, Cases*, Prentice Hall, New Jersey. (*El proceso estratégico*, Prentice Hall, 1993).
- Nieto, J. (2006), Estructura, estrategia y conocimiento. Una lectura histórica de la política de gestión, Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull.
- Peiró, M. (2007), Lleialtats contraposades? El compromís dels metges amb l'hospital i amb la professió, Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull.
- Peiró, M. (2008), Dirección pública y gestión del compromiso de los profesionales, en F. Longo y T. Ysa (coords.), *Los escenarios de la gestión pública del siglo XXI*, Escola d'Administració Pública de Catalunya, <http://www.eapc.es/publicacions/innovacion/innov01sum.htm>.
- Penrose, E. (1959), *The Theory of the Growth of the Firm*, Oxford University Press, New York.
- Porter, M. (1980), *Competitive Strategy*, Free Press, New York. (*Estrategia Competitiva*, México, Compañía Editorial Continental, 1982).
- Porter, M. (1985), *Competitive Advantage*, Free Press, New York. (*Ventaja competitiva*, México, Compañía Editorial Continental, 1987).
- Porter, M. (1996), What is strategy?, *Harvard Business Review* (Nov-Dec).
- Quinn, J. B. (1992), *Intelligent Enterprise*, The Free Press, New York.
- Rosen, G. (1985), El hospital. Sociología histórica de una institución comunitaria, en G. Rosen (coord.), *De la policía médica a la medicina social*, Siglo XXI, Madrid, (publicado en Freidson, E. (ed.) (1963), *The hospital in modern society*, Free Press, New York).
- Senge, P. M. (1990), *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*, Doubleday, New York. (*La quinta disciplina*, Granica, 1992).
- Strategor (1988), *Stratégie, structure, décision, identité. Politique générale d'entreprise*, InterEditions, Paris. (*Estrategia, estructura, decisión, identidad*, Masson, 1995).
- Wren, D. A. (2005), *The History of Management Thought*, John Wiley & Sons, New Jersey.

(Nuevas) Formas de incentivación en atención primaria

Vicente Ortún

Este capítulo aborda los tres niveles de incentivos, desde los institucionales a los clínicos, desbordando el marco de la teoría de agencia y apoyándose en los avances de la economía del comportamiento, particularmente en la existencia de reciprocidad como fuente de cooperación voluntaria.

La capacidad resolutive es la mejor expresión de la eficiencia en la clínica y el criterio para decidir quién y en qué nivel asistencial hace qué. Estimularla, más allá de gestionar enfermedades y financiar capitativamente, requiere combinar las mejoras en las «reglas de juego» (Estado de bienestar más solvente) con una competencia «por comparación» entre organizaciones que no requiere existencia de mercado alguno.

Las tareas profesionales en atención primaria requieren de una completa redistribución así como de ideas sanitarias claras que permitan utilizar los instrumentos de planificación, regulación y formas de pago para conseguir que la mayor parte de los problemas de salud de la población se atiendan en un lugar cercano y accesible, con buen conocimiento de los pacientes y capacidad de gestionar los cuidados.

Vicente Ortún

Vicente Ortún es doctor en Economía por la Universidad de Barcelona, ha realizado estudios de doctorado en Salud Pública en Johns Hopkins University y es profesor del Departamento de Economía y Empresa, así como Director del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra. Está acreditado como Catedrático y es director de la colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, publicada por Springer y Elsevier. Asimismo es codirector del *Global Health Leadership Forum*. En el año 2009 ha sido Visiting Scholar en el Departamento de Economía del *Massachusetts Institute of Technology*. Tiene experiencia empresarial y en gestión pública nacional (Ministerio Sanidad y Consumo, Generalitat provisional de Cataluña y Hospital de San Pablo) e internacional (Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial). Ha presidido la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y la Asociación de Economía de la Salud y ha sido secretario de la *European Public Health Association*. Es autor de más de 300 artículos y libros, nacionales e internacionales.

<http://www.econ.upf.es/~ortun>

1. Introducción

Un incentivo es cualquier factor que proporciona un motivo para una acción u omisión y explica que se prefiera la opción elegida a sus alternativas. A partir de aquí, y por lo que respecta a la atención sanitaria primaria (AP), tres son las premisas normativas. En primer lugar, el objetivo de la atención primaria pasa por reducir la brecha entre lo que puede conseguirse con los recursos y la tecnología disponible (eficacia) y lo que realmente se está consiguiendo (efectividad)¹. En segundo lugar, se conocen y comparten los atributos de la atención primaria que explican el mejor desempeño de los sistemas sanitarios. Por último, los sistemas sanitarios tendrán un buen desempeño en la medida que los profesionales, particularmente los clínicos, que asignan los recursos tengan la información y los incentivos adecuados para tomar decisiones coste-efectivas.

En este contexto, los incentivos se analizan y entienden mejor en tres niveles:

- Primer nivel: Reglas sociales de juego. Ejemplos particulares en AP: normas clínicas y relaciones con la industria farmacéutica.
- Segundo nivel: Formas organizativas y grado de competencia entre las mismas.
- Tercer nivel: Incentivos individuales, o de grupo, bajo la forma de promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción, dinero, etc.

Este capítulo se organiza en cuatro apartados: los tres últimos dedicados a cada uno de los niveles de incentivos señalados y el que viene a continuación a una breve revisión no sistemática de nuestro conocimiento sobre los incentivos.

2. Incentivos: de las perogrulladas al *Nature* o *Science*

El comportamiento humano viene influido por tres tipos de motivación: extrínseca, intrínseca y trascendente, y fue a partir de la Segunda Revolución Industrial (telégrafo, aplicaciones del vapor al transporte, electricidad, química...) —con la separación de propiedad y gestión— cuando se inician los estudios sobre la organización científica del trabajo.

¹ En 2001, la publicación del informe del Instituto de Medicina de EE.UU. confirmó que entre la asistencia sanitaria que tenemos y la que podríamos tener no sólo existe un trecho sino un abismo. No falta dinero ni tecnología ni conocimiento. Más no siempre es mejor: cómo se gasta (¡la buena medicina!) resulta más relevante que cuánto se gasta. Preocuparse por lo que importa —la efectividad, reducir el abismo en calidad— supone incomprendiones, luce poco y consigue escasa financiación. Pese a todo, la motivación intrínseca funciona y encontramos en nuestra literatura publicaciones que informan sobre experiencias validadas de mejora, incluso revistas de publicaciones secundarias —por ejemplo, *Gestión Clínica y Sanitaria*— empeñadas en la cruzada. Como esquema inspirador sirva el trabajo de Peiró (2003) acerca de la reducción de la brecha entre eficacia y efectividad en el abordaje en España del infarto agudo de miocardio o las publicaciones de la REAP, del equipo CESCA o las del Seminario de Innovación en Atención Primaria.

Aunque Hawthorne pueda ser más conocido por bautizar un sesgo epidemiológico o por la paternidad de lo que muchas décadas más tarde fue la «calidad total» en sanidad, fue precisamente en Hawthorne, década de 1930, donde se «descubre» la importancia de la motivación en el rendimiento a partir de unos resultados experimentales. Empieza ahí la Psicología Industrial.

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 dado 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).

Aunque psicólogos y psiquiatras no estarán de acuerdo con la afirmación de neurocientíficos como Damasio de que el estudio de las emociones ha estado olvidado durante cien años, todos coincidirán en cómo han recuperado centralidad muy recientemente y se han vuelto imprescindibles para entender el comportamiento humano. Sabemos que existen individuos aprovechados, reciprocadores estrictos pero 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, 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 pasan por:

- la necesaria consideración en las preferencias individuales por la situación de los demás, la aprobación social o el trabajo interesante,
- el reconocimiento de la cooperación voluntaria y la constatación de que la cooperación voluntaria 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,

- la aprobación social modifica la conducta, no únicamente porque genera beneficios futuros sino por las emociones que suscita,
- no conviene sustituir los mensajes y sanciones morales por transacciones de mercado (el mal resultado de introducir multas para castigar a los padres que se retrasan en la recogida de sus hijos de la guardería),
- las motivaciones extrínseca e intrínseca no son siempre complementarias: la introducción de incentivos explícitos puede destruir la motivación intrínseca, el gusto por el trabajo bien hecho,
- los incentivos explícitos no son el martillo de Maki; existen otras formas — desde la selección de personas al uso de tecnologías adecuadas— más útiles para producir valor en la interfaz con el usuario,
- la relación laboral es también una relación social; cuidado con que las prácticas gestoras destruyan realidades fructíferas como las mencionadas de reciprocidad como fuente de cooperación voluntaria, relevancia de la aprobación social y gusto por el trabajo interesante.

3. 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 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.

En cualquier sociedad las instituciones dependen de su trayectoria previa y tienen una inercia considerable. Las instituciones deseables son las que mejor reconcilian el interés individual con el interés social.

Las instituciones pueden visualizarse como mecanismos para «hacer cumplir» determinadas normas.

- En primera persona: el obligado cumple con la ayuda de la amenaza de castigo derivada de las emociones de culpa y vergüenza. Aquí las instituciones sirven para definir y adoctrinar en un código moral, resultado —sobre todo— de nuestra evolución.
- En segunda persona: amenaza de venganza en caso de incumplimiento aunque las instituciones modernas tienden a canalizar, dificultar y prohibir la venganza privada.
- En tercera persona: de manera informal y descentralizada a través de las redes sociales o de manera formal por medio del sistema de justicia.

Las instituciones humanas resultan de un diseño intencionado; basado en instintos pero diseñado; intencional pero no previsible. Dicho de otro modo, el proceso de cambio institucional difiere de la selección natural al estar influido por el aprendizaje, las decisiones y la imitación.

En Sanidad, además de las reglas de juego establecidas por el Estado y, secundariamente, por el mercado, dos instituciones tienen particular importancia: las normas clínicas y las relaciones medicina-industria farmacéutica.

3.1. Normas profesionales clínicas

La acción prescriptora, por ejemplo, implica junto al aspecto sanitario, un aspecto económico, siendo el médico 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 hay que olvidar la gran discrecionalidad de los profesionales sanitarios y la obvedad 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, eponimia, 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: 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.

3.2. Relaciones medicina-industria farmacéutica

La promoción farmacéutica. Uno de los productos de consumo con mayor promoción es el medicamento. No extraña que la industria farmacéutica sea una de las principales fuentes de información de los médicos de AP. Se acumulan pruebas de importantes sesgos y problemas de veracidad y exactitud en la información transmitida por la industria (Villanueva et al., 2003), y la importancia de la promoción en la prescripción realizada por los médicos, pese a que éstos creen no ser influidos por la promoción (Grupo de Ética Sociedad Catalana Medicina Familiar y Comunitaria, 2004).

La publicidad farmacéutica. Con arreglo a las normas españolas, el coste de la promoción de los medicamentos no debe ser superior al 12 % de su precio. Sin embargo, este porcentaje parece muy alejado de la realidad. Según algunas estimaciones, los procesos de comercialización, incluyendo la promoción y el marketing, pueden suponer en España entre el 22 y el 28 % del volumen de venta de los laboratorios. La importancia de las actividades de promoción individual dirigida hacia médicos es tal que probablemente ha terminado por desvirtuar cualquier posibilidad de introduc-

ción de incentivos económicos, ampliamente superados por las retribuciones «en especie» que sirven de apoyo a estas formas de promoción (Cabiedes y Ortún, 2005).

Otra de las peculiaridades de la situación española en cuanto a publicidad es su escaso control. La transcripción de una directiva comunitaria sobre esta materia dio lugar a una descentralización a las CC.AA. del control de la publicidad, lo que ha hecho desaparecer casi por completo el control de la publicidad por el carácter interterritorial de las actividades de promoción.

Los visitantes médicos. Cada médico de un centro de AP, que dispone de agenda informatizada y registra tiempos reales de visita, dedicó 2,6 semanas al año a atender a los representantes comerciales de los laboratorios, lo cual traducido en costes superó los 3 000 € por médico y año.

Existe amplia evidencia de como la industria farmacéutica afecta al comportamiento prescriptor de los médicos en bastantes ocasiones en sentido negativo. La formación continua, la investigación, los 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 o que se vigile pobremente el cumplimiento de la regulación existente sobre publicidad de medicamentos de uso humano.

La investigación también está muy mediatizada por los intereses, legítimos, de la industria farmacéutica: cláusulas contractuales de reserva de derechos de publicación, selección inicial de investigadores y temas, reciente consecución de posición dominantes de empresas especializadas en la realización de ensayos clínicos (en detrimento de los centros académicos). Se produce, con frecuencia, un conflicto de intereses bienestar social/bienestar particular 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 puedan juzgar por sí mismos su importancia.

Parecería conveniente:

1. Promover un código de buenas prácticas para la promoción de medicamentos 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.
2. Declarar los conflictos de interés. No resulta infrecuente encontrar conflictos de intereses entre bienestar individual y bienestar social, que no necesariamente suponen fraude ni mala praxis, pero que conviene hacer públicos —explicitando fuentes de financiación, por ejemplo— para que los usuarios de la investigación puedan juzgar por sí mismos su importancia.
3. 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, información e infraestructura precisa para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva. Cuando se pueda, una adecuada selección de personal —centrada no sólo en aptitudes sino también en actitudes— puede compensar la habitual debilidad de los incentivos del sector sanitario. Este enfoque de la selección como solución organizativa alternativa a los incentivos tiene especial relieve en el sector público necesitado de una ética profesional y de servicio público.

Varias razones avalan la necesidad del incentivo individual en la prescripción (independencia profesional, variabilidad en estilos de práctica, interiorización del coste de oportunidad. . .). En la medida que, por una parte, en sanidad se dan condiciones técnicas de trabajo en equipo y que, por otra parte, el input prescripción tiene bastante sustituibilidad con otros input del proceso asistencial, los presupuestos para prescripción deben incluirse en presupuestos globales.

3.3. 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 de 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 (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 % 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 de una administración tributaria con el convencimiento necesario para aplicarlas. Este tipo de reformas precisan de un consenso parlamentario tanto más difícil de obtener cuanto más progresivo sea el planteamiento de las mismas.

Retrasar la edad efectiva de jubilación constituye la respuesta lógica al espectacular aumento de la esperanza de vida. Por otra parte, la atención a la dependencia se compadece mal con la reducción o supresión del impuesto sobre sucesiones.

También convendría introducir incentivos a usuarios. España tiene un copago sobre medicamentos pequeño, y en disminución, en relación a otros países con Estados de bienestar consolidados. Se trata de un sistema ni eficiente ni equitativo que puede

reformarse con copagos de importe reducido que introduzcan conciencia de coste en el usuario y desincentiven el sobreconsumo (y las quejas sobre si las nuevas pastillas recetadas ya no flotan en el water). Cabe diseñar un copago fijo obligatorio por receta, con límite máximo mensual, neutral presupuestariamente. Podrían aplicarse de forma paralela dos copagos: el obligatorio de baja intensidad y un segundo nivel evitable relacionado con la efectividad de los medicamentos (Puig-Junoy, 2004).

El primer nivel 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 estaría en función de la efectividad de los tratamientos; su aplicación requiere un sistema de precios de referencia, diferente del actual, basado en la equivalencia farmacológica o terapéutica.

4. Segundo nivel de incentivos: formas organizativas y competencia entre las mismas

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 (apropiación pública del excedente y derechos residuales de decisión públicos) y las organizaciones privadas puras (apropiación privada del excedente y derechos residuales de decisión privados) existen bastantes posibilidades intermedias como las oficinas de farmacia con apropiación privada del excedente y derechos residuales de decisión públicos.

En España 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. Sin embargo, las pocas evaluaciones sobre el impacto de las nuevas formas organizativas sobre el funcionamiento del sistema sanitario no permiten conclusiones rotundas:

1. La de la Fundación Avedis Donabedian comparando, para Cataluña, los equipos autogestionados de AP tanto con el ICS como con las mutuas.
2. La de Arias et al. (2007) para hospitales, que concluye diciendo 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).
 - No afectan a la calidad asistencial medida a través de indicadores cuantitativos ajustados por riesgo como mortalidad, complicaciones y readmisiones.

Las organizaciones sanitarias, especialmente las públicas, difieren de otras organizaciones en los siguientes aspectos:

1. Aplicación muy atenuada de la regla de oro del control interno. La separación entre gestión y control de la decisión que ha de producirse siempre que quien toma las decisiones no soporta plenamente las consecuencias de las mismas (supuesto habitual en el ejercicio profesional por cuenta ajena). Un proceso decisorio comprende cuatro fases: una primera de recogida de información y formulación de alternativas (inteligencia), una segunda de elección de alternativa (elección), una tercera de implantación de la alternativa escogida (implantación) y una cuarta (monitorización) de los efectos. A las fases primera y tercera se las denomina gestión de la decisión. A la segunda y cuarta, control de la decisión. Habitualmente el control de la decisión recae en personas distintas a las que gestionan la decisión (en trabajo por cuenta ajena). Esta separación apenas existe en las organizaciones sanitarias.
2. La importancia, ya citada, de las normas clínicas como institución.
3. Necesidad de una coordinación muy intensa. Gestionar una organización supone coordinar y motivar a sus miembros para conseguir unos objetivos. En el punto siguiente se mencionará la motivación. Respecto a la coordinación debe establecerse que la calidad de un sistema sanitario (medida por sus indicadores de salud, la supervivencia de los enfermos diagnosticados de cáncer, la tasa de complicaciones graves de la diabetes, la prevalencia de resistencias bacterianas, la incidencia de enfermedades innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables...) no se consigue sumando calidades de los centros. Ocurre igual que con el diseño de un avión, cuyo mejor diseño no se obtiene encargando el diseño de sus componentes (fuselaje, navegación, motor, mobiliario...) a los mejores especialistas y reuniendo los diseños después: el avión no volaría. Un sistema sanitario funciona tanto mejor cuanto más sentido común tiene la política y más «integrados» están sus componentes. De aquí la consideración, más adelante, de los mecanismos que propician la articulación entre niveles asistenciales.
4. Ausencia de soluciones fáciles para los problemas de incentivación. Ni sirve la persecución del lucro, sin correcciones, ya que cortocircuita las decisiones clínicas en interés del paciente ni puede ignorarse la sociedad en la que se vive.
5. Transacciones sanitarias caracterizadas por la concurrencia de beneficios colectivos y beneficios individuales. En el dominio público [privado] puro los derechos residuales de control —decidir sobre lo que no puede dirimirse según contrato, ley o costumbre— son públicos [privados] como la propiedad. Los derechos residuales de control y el derecho a la renta residual suelen ser complementarios por lo que en principio han de ir juntos. Ahora bien, en toda transacción en la que concurran beneficios colectivos y beneficios individuales tendría interés distribuir los derechos residuales de control.

4.1. Intentos de descentralizar burocracias

Las organizaciones burocráticas caracterizan el sector público aunque no sean exclusivas de éste. Caracteriza a la organización burocrática la centralización de las decisiones, la especialización funcional, la reglamentación detallada de procedimientos, la presencia de funciones de producción ambiguas, la dificultad para medir el rendimiento, el carácter funcional del vínculo que une a los empleados y la organización, y las limitaciones a la discrecionalidad. En suma, rígidos sistemas de decisión que responden lenta e ineficazmente a las demandas de cambio y adaptación.

Unas organizaciones burocráticas que eran adecuadas para conseguir economías de escala bajo condiciones de producción en serie se vuelven inadecuadas cuando el conocimiento gana importancia como factor productivo y la demanda se vuelve más sofisticada. En estas circunstancias, el problema organizativo fundamental (coordinar y motivar) pasa a ser el de situar la capacidad decisoria allá donde está la información específica y costosa de transmitir. Esto es: descentralizar.

La dificultad de medir el producto está en la base de la persistencia de organizaciones burocráticas, no descentralizadas. Resulta plenamente aplicable aquí la reflexión de presentar la burocracia como la consecuencia, y no como la causa, de la mayor ineficiencia que se introduciría en el sector público si se pretendiera funcionar de forma descentralizada, incentivando a los agentes de manera poco relacionada con el esfuerzo que realizan (por problemas de información). Si se utiliza un criterio equivocado para medir el desempeño, los resultados pueden ser peores que si no se establecieran incentivos explícitos. Peor todavía que tratar igual a los desiguales es tratar desigualmente sobre bases equivocadas.

Existen vías, investigadoras y gestoras, para avanzar en la medida del desempeño. Los gestores, no obstante, deben huir de la Alexitimia (tendencia mental a adquirir compromisos imprudentes, del Alexis de Marguerite Yourcener).

La poca separación existente entre decisiones políticas y gestoras unida a la escasa autonomía de los entes autonómicos que podrían descentralizar en los centros sanitarios (además de las dificultades ya reseñadas para medir el «producto») continúan explicando los escasos avances registrados.

Durante lustros ha existido un consenso acerca de la conveniencia de dotar de mayor autonomía y responsabilidad a los centros sanitarios, con la lógica oposición de quienes confunden el Estado del bienestar con el bienestar de los que trabajan para el Estado, hasta que con la ministra Villalobos, y como consecuencia de compromisos previos, se lanza la mayor Oferta Pública de Empleo de la historia, contribuyendo así a la esclerosis que se pretendía superar.

España se distingue de países comparables en su mayor producción pública (estatutarios en instalaciones públicas) de servicios de AP: tanto de los que tienen la AP como puerta de entrada en el sistema, como Dinamarca, Holanda o el Reino Unido, como los que no tienen la AP establecida como puerta de entrada y «administradora» del sistema, como Alemania, Bélgica o Francia.

4.2. Externalidades y organizaciones sanitarias integradas

El nivelcentrismo lleva a optimizar el comportamiento en cada nivel, lo que fácilmente puede suponer:

- No tener en cuenta los beneficios que puedan redundar en otros niveles asistenciales, por ejemplo ¿por qué prescribir una medicación que disminuye hospitalizaciones, pero cuesta más?
- Derivar, compensando previamente cuando haga falta, los casos que no interesar. «Acicalar y largar» en la terminología de Shem (1998).
- Retener los casos que desde cualquier perspectiva, desde científica a cómoda, parezcan más interesantes.
- No preocuparse por la adecuación de las derivaciones procedentes de otro nivel asistencial (o de la adecuación de las pruebas diagnósticas solicitadas por otro servicios dentro del mismo nivel asistencial),
- Duplicación de pruebas con su correspondiente iatrogenia.

Los cambios en la demografía, en la mortalidad y en la morbilidad, pero, sobre todo, en la tecnología hacen que deba alterarse la asignación de recursos entre los diversos niveles asistenciales que abordan un problema de salud: la atención primaria, la atención especializada (ambulatoria o de hospitalización), la atención mental y la atención sociosanitaria.

Si se continúa presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados —problema técnico: ajustar por aquellas variables que influyen en los productos intermedios y que no están bajo el control del proveedor—, se favorece la competencia entre niveles, la duplicación de pruebas, el uso inadecuado y iatrogénico de tecnología y la diferenciación de servicios. Si, en cambio, se opta por presupuestar/comprar atención sanitaria a una población —problema técnico: ajustar por riesgo el pago capitativo—, se favorece la cooperación entre niveles, ya que ni la retención de pacientes ni la actividad por la actividad favorece a ninguno de los niveles asistenciales en un juego de suma cero.

Un proveedor integrado responsable de la atención a una población tiene un franco estímulo a resolver los problemas en el nivel con mayor capacidad resolutoria. La capacidad resolutoria constituye el mejor sinónimo sanitario de la eficiencia.

4.3. 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.

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.

El caso es que los servicios sanitarios, como servicios personales, tienen su mejor delimitación de mercados relevantes a partir del establecimiento de ámbitos geográficos que cumplan dos condiciones: primera, los proveedores del ámbito-mercado establecido han de prestar como mínimo el 75-90 % de los servicios que reciben los usuarios de ese ámbito-mercado; segunda, el porcentaje de servicios recibidos por los residentes de ese ámbito-mercado de proveedores situados en otros ámbitos no ha de exceder del 25-10 % (Dalmau-Matarrodona y Puig-Junoy, 1998).

La aplicación de estos criterios a los países desarrollados nos muestra como —excepto en las zonas de alta densidad demográfica— los proveedores sanitarios son monopolios o están radicados en ámbitos-mercados muy concentrados (con pocos proveedores). De ahí 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 en el mercado de servicios afecta más al comportamiento de una organización que la naturaleza, pública o privada, lucrativa o no, de su propiedad. La bondad y capacidad innovadora de cualquier organización depende más de los estímulos que reciba —u 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 la Agencia comparar la eficiencia recaudatoria de sus inspectores ajustando por sus respectivas bases impositivas. Alguien que se sabe comparado, tomando en consideración —eso sí— por las variables que él no controla, estará más cercano al grado de competencia socialmente saludable que el inimpugnabile vitalicio.

Esta competencia por comparación resulta válida tanto para las políticas de salud, estilo OMS, como para la gestión de centros, estilo los mejores hospitales (Peiró, 2003), o la gestión clínica. Sus efectos benéficos han sido documentados, como mínimo, para esta última (Chassin et al., 1996).

5. Tercer nivel: incentivos individuales

Este tercer nivel, referido a personas, pretende un cambio positivo en los comportamientos. Se conocen y están evaluados los distintos instrumentos que mejoran la actuación profesional, destacando entre todas las intervenciones multi-componente: la educación, las auditorías clínicas, la informatización, la gestión de la calidad, estímulos financieros, etc.

Cuando se analizan los incentivos financieros, tanto los experimentos naturales (Japón) como la literatura de toda la vida (Bernard Shaw, Jules Romains, Mark Twain), resultan más útiles que la Colaboración Cochrane (las formas de pago no son neutras, dice) para disponer de pruebas razonables sobre la potencia, excesiva y no lineal, de los incentivos financieros.

Salario, capitación y acto son las tres peores formas de compensación conocidas, de ahí la evolución hacia sistemas mixtos. Cada una de ellas tiene sus indicaciones e inconvenientes por lo que suele resultar útil combinarlas².

Los salarios pueden corregirse mediante mecanismos como la *resource-value scale* e incorporar 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.

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. ¿Y qué medimos en nuestros sistemas sanitarios? En primer lugar, aquello que se presupuesta o compra; en el mejor de los supuestos, actividad. 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. Este producto intermedio tiene conocidas dificultades de medida, pese a los avances en sistemas de clasificación de pacientes.

En los primeros conciertos del extinto Instituto Nacional de Previsión con hospitales ajenos a la Seguridad Social se partía de la estructura de éstos para pactar las tarifas. Desde 1978 el también desaparecido Instituto Nacional de la Salud utilizó como criterio fundamental de pago lo que el hospital «era»: grado de especialización de sus servicios, dotación de medios diagnósticos y terapéuticos, calificación de las plantillas, etc. Se desarrolló incluso una parrilla de categorías —desde básico rural a urbano con mucha superespecialización— en la que cualquier centro hospitalario encajaba. Se pagaba pues por «ser», con la hipótesis implícita, si se quiere, de que una mayor complejidad de la oferta iba asociada a una mayor diversidad y gravedad de los enfermos atendidos, hipótesis que obviamente era rechazable en bastantes ocasiones.

Parecía más sensato que los centros sanitarios fueran compensados en función de lo que «hacían» pero —como sabemos— no es lo mismo medir kilowatios o toneladas de acero que estancias o visitas. Fueron los sistemas de ajuste de riesgo los que permitieron clasificar a los pacientes en grupos de isoconsumo de recursos. Si no sabe medirse lo que «hacen» los centros, no pueden establecerse comparaciones ni asignarse los recursos (presupuestos, contratos...) a quienes mejor lo hagan. Efectivamente, la carencia de una medida del producto (aunque fuera intermedio) era un problema sanitario como lo era —y continúa siéndolo— en los sistemas de educación, justicia, defensa, policía, o asuntos exteriores. Tampoco algunas actividades de las organizaciones que producen directamente para el mercado se escapan de esta dificultad: relaciones públicas, recursos humanos o planificación estratégica; en ocasiones han de recurrir a una modalidad de benchmarking conocida como método Bruegel o «ciegos conduciendo a ciegos».

² Recordar que el pago capitativo puede actuar también en el segundo nivel de incentivos, el organizativo.

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) de Fetter, implantados en EE.UU. al inicio del año fiscal de 1984 permitieron aproximar mejor la medida de una parte del producto «intermedio» hospitalario (lo que se «hace»). Los Grupos Clínicos Ajustados (GCA) también vinieron de EE.UU., esta vez de Johns Hopkins, con el ánimo de medir el producto intermedio en atención ambulatoria, y fueron objeto de tempranas validaciones en Andalucía y Cataluña, fundamentalmente. Sin embargo, España continúa sin un CMBD en Atención Primaria.

Distintos sistemas de ajuste de riesgo basados en el diagnóstico, como los *Clinical Risk Groups*, pueden ser útiles tanto para un pago capitativo de base territorial como para identificar pacientes tributarios de gestión de casos, seguir el estado de salud de las poblaciones y planificar/evaluar los servicios sanitarios. Antes de optar sensatamente por alguno se requiere mayor análisis.

«Hacer», no obstante, sigue implicando visitas, exploraciones, intervenciones, etc., algunas de las cuales —como las vinculadas con el internamiento hospitalario— podemos aproximar aceptablemente, y otras —como la consulta ambulatoria de los hospitales contada con los dedos y sin ajustar— no tanto. En cualquier caso ha sido posible efectuar una transición paulatina desde premiar el «ser» a compensar por «hacer», manteniendo donde está indicado —cámara hiperbárica, servicio de urgencias rural— el pago por «ser» (en este tipo de servicios cuanto menos «hagan», mejor).

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, insuficientes cardíacos...), un mayor frenesí asistencial no suele ser indicio de mejor calidad sino todo lo contrario: cuanto más (camas, ingresos no programados...), peor. ¿Por qué financiamos públicamente los servicios sanitarios? Por su impacto en la salud. Pensemos, pues, en pagar por ellos. 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? En el país que mejor controlara la diabetes —medible a través de la hemoglobina glicosilada— o en el que tuviera mayor supervivencia tras el cáncer —aproximable, por ejemplo, por el porcentaje de cánceres digestivos diagnosticados en Urgencias Hospitalarias—. Algo puede decirse, pues, ya sobre los resultados que realmente importan a los ciudadanos.

5.1. El pago por desempeño o calidad (la actual moda del P4P)

El pago por desempeño arrancó en Australia en 1994 y conoce numerosas experiencias en EE.UU., donde un par de revisiones recientes llevan a concluir que la difusión del P4P sería prematura aplicando los estándares al uso en la tecnología médica (Epstein, 2007). El pago por calidad parece insuficiente por sí solo: se precisan cambios de comportamiento en otros actores, apoyo computerizado a las decisiones clínicas, publicación y transparencia en resultados, incentivos a usuarios, así como

evitar la distorsión de la actividad y el registro hacia lo que se premia, la selección de pacientes (o, como mínimo, de denominadores) y, lo que es más importante, la erosión de la motivación intrínseca, la pérdida de auto-estima y de autonomía profesional.

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 con base 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. Válido esto último tanto para orientar un sistema hacia la AP como para variar incentivos.

El pago por calidad en sanidad se remonta, como mínimo, al año 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 II Guerra Mundial y tanto la dirección por objetivos como el pago por resultados se generalizan en la industria o el ejército.

El Código de Hammurabi establece el pago según resultado en las intervenciones. Por ejemplo, en una intervención ocular exitosa: 10 monedas de plata (capas altas —aristócratas, militares...—, 5 para capas medias —artesanos, agricultores...—, y 2 para esclavos); amputación de la mano del cirujano en caso de fracaso (Spiegel y Springer, 1997). Observamos, pues, que la valoración de la vida ganada dependía de la persona afectada —tanto tienes, tanto vales— y sospechamos 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% de todos los puntos posibles en el esquema de pago por calidad durante el primer año de implantación del mismo, 2004-2005: 40 000 dólares más, en promedio, por médico al año tras conseguir el 97% de todos los puntos posibles (Doran et al., 2006).

McNamara, tras aplicar con gran éxito, durante su época en Ford, el pago por resultados, es nombrado Ministro de Defensa en 1962. Antes de dimitir, o ser cesado, en 1968 por discrepancias con el entonces presidente Johnson en relación a la escalada bélica en Vietnam, tuvo ocasión de trasladar al ejército algunas de las innovaciones que habían funcionado en Ford. Fracasó particularmente el pago por resultados, pues el éxito de las misiones se medía a través del recuento de cadáveres (supuestamente *Viet Cong*). Y cuando se paga por cadáveres... se tienen cadáveres aunque sean de civiles indefensos, particularmente mujeres y niños.

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 glicada, 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.

El necesario avance hacia medidas de resultado de la atención sanitaria contribuirá a reducir la brecha entre eficacia y efectividad y a obtener una base de evaluación del comportamiento sobre la que incentivar la calidad de los proveedores y la elección informada de los usuarios. Todo con un coste mundial de investigación en servicios sanitarios muy inferior al de desarrollar un nuevo medicamento. Más no siempre es mejor, pero mejor (servicio) siempre es más (salud).

5.2. Profilaxis de la fascinación tecnológica

La fascinación tecnológica es la hipótesis según la cual serían los incentivos de tipo profesional —asociados a la innovación y complejidad de la atención prestada— los que determinarían la utilización sanitaria. Las patologías más habituales y con tratamientos menos sofisticados quedarían relegadas en favor de procesos complejos o realizados con tecnologías innovadoras sobre patologías con menor carga de morbilidad (Peiró y Bernal, 2006). La probabilidad de que se resuelva un problema sanitario depende menos de su importancia que de su atractivo (*profile*). En el mundo, el Sida es más «atractivo» que la tuberculosis (y más atractivo actuar sobre el Sida por medio de anti-retrovirales que a través de procesos mucho más coste-efectivos). En España, la artroplastia de rodilla es mucho más «atractiva» que la reparación del juanete. Poco ha de sorprender que las tecnologías mejor valoradas por los profesionales sanitarios en España sean tecnologías instrumentales como radioimagen, angioplastia coronaria o endoscopia gastrointestinal, en detrimento de las intervenciones más efectivas para reducir la carga de enfermedad.

Al igual que Hsiao et al. (1988) contribuyó a recuperar «la silla» de Marañón como mejor instrumento diagnóstico (profilaxis de la «fascinación tecnológica» a través de la *resource value scale* empleada, con variantes, en Canadá, Corea y EE.UU.), necesitamos también prevenir una eventual «fascinación tecnológica» en la AP.

5.3. Incentivos grupales

- Ahorran supervisores.
- Reconocen la eventual falta de reacción individual ante los incentivos.
- Estimulan la cooperación.
- Crean espacio para los aprovechados y eliminan información sobre individuos.
- Funcionan mejor en grupos pequeños donde el control mutuo resulta más sencillo.
- Es aconsejable la capacidad de selección de los componentes del grupo.

Bibliografía

- Arias, A., Illa, C., Sais, C. y Casas, M. (2007), Evaluación de la eficiencia y calidad científico-técnica de los hospitales en España según su modelo de gestión, *Gaceta Sanitaria* **21**(Supl 1), 11.
- Cabiedes, L. y Ortún, V. (2005), Prescriber incentives, en J. Puig (coord.), *The public financing of pharmaceuticals*, Edward Elgar, Cheltenham (UK), pp. 167–186.
- Callejón, M. y Ortún, V. (2002), Empresa privada en Sanidad: Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias, en G. López (coord.), *El interfaz público-privado en Sanidad*, Masson, Barcelona, pp. 103–121.
- Camerer, C. y Fehr, E. (2006), When does economic man dominate social behavior?, *Science* **311**(5757), 47–52.
- Casadesús, R. y Spulber, D. (2007), *Agency revisited*, Documentos de trabajo, Fundación BBVA.
- Cervera, P., Ruiz, V., Peiró, S. y Gosalbes, V. (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.
- Chassin, M., Hannan, E. y DeBuono, B. (1996), Benefits and hazards of reporting outcomes publicly, *The New England Journal of Medicine* **334**(6), 394–398.
- Dalmáu-Matarrodona, E. y Puig-Junoy, J. (1998), Market structure and hospital efficiency: evaluating potential effects of deregulation in a national health service, *Review of Industrial Organization* **13**(4), 447–466.
- Doran, T., Fullwood, C., Gravelle, H., Reeves, D., Kontopantelis, E., Hiroeh, U. y Roland, M. (2006), Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom, *The New England Journal of Medicine* **355**(4), 375–384.
- Epstein, A. (2007), Pay for performance at the tipping point, *The New England Journal of Medicine* **365**(5), 515–518.
- Fehr, E. y Gächter, S. (2002), Altruistic punishment in humans, *Nature* **415**(6868), 137–140.
- Grupo de Ética Sociedad Catalana Medicina Familiar y Comunitaria (2004), La ética en la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a los médicos de familia en Cataluña, *Atención Primaria* **34**(1), 6–12.
- Hsiao, W. C., Braun, P., Yntema, D. y Becker, E. R. (1988), Estimating physicians' work for a resource-based relative-value scale, *The New England Journal of Medicine* **319**(13), 835–841.

- Peiró, S. (2003), De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención a la salud, en V. Ortún (coord.), *Gestión Clínica y Sanitaria*, Masson-Elsevier, Barcelona, pp. 17–87.
- Peiró, S. y Bernal, E. (2006), ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria del sistema nacional de salud?, *Gaceta Sanitaria* **20**(Suplemento 1), 110–116.
- 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. <http://www.iiss.es/gcs/>.
- Shem, M. (1998), *La Casa de Dios*, Anagrama, Barcelona.
- Spiegel, A. y Springer, C. (1997), Babylonian medicine, managed care and Codex Hammurabi, circa 1700, *Journal of Community Health* **22**(1), 68–89.
- Villanueva, P., Peiró, S., Librero, J. y Pereiró, I. (2003), Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals, *Lancet* **361**(9351), 27–32.