

**Técnicas de
incentivación
Y
motivación
de los
profesionales
sanitarios**

EASP

Técnicas de incentivos y motivación de los profesionales sanitarios

Diseñar un buen sistema de incentivos para profesionales sanitarios supone, según los autores de este trabajo, entre otras cosas, ajustar lo más posible el riesgo trasladado, de las organizaciones a los trabajadores, de forma que éstos perciban claramente la relación entre su esfuerzo y los resultados obtenidos y sea menos costoso vencer la aversión al riesgo característico de todo ser humano. Por su parte, los sistemas de incentivos eficientes son aquéllos que equilibran los costes de trasladar el riesgo con las ganancias derivadas del aumento del esfuerzo de los profesionales en obtener los resultados deseados.



José Martín Martín (*), M^a del Puerto López del Amo González (**), y Carmen Pérez Romero(***)

(*) Profesor del Dpto. de Economía Aplicada de la Universidad de Granada y del Área de Gestión y Políticas de Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública. (**) Profesora del Área de Gestión y Políticas de Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública. (***) Técnico del Área de Gestión y Políticas de Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

La motivación y los esquemas de intentivos en las organizaciones sanitarias son, sin duda, uno de los ejes de cualquier propuesta de política sanitaria y el núcleo de la gestión de personal. Lamentablemente, nadie dispone de una teoría o modelo que pueda aspirar a constituirse en un paradigma en el sentido kuhniano. Es más, la multiplicidad de enfoques y teorías es abrumadora, siendo claramente insuficiente la contrastación empírica de los mismos.

Así sucede, por ejemplo, con las aproximaciones clásicas a la motivación en la literatura de organización. En efecto, 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, la teoría de las expectativas de V. Vroom y la teoría de la fijación de objetivos) y las teorías basadas en la modificación del comportamiento, como las del condicionamiento operante de B.F. Skinner o las leyes del aprendizaje de E.L. Thorndike, presentan importantes problemas metodológicos, tienen poca evidencia empírica, son contradictorias entre sí, y no están, explícitamente al menos vinculadas a una teoría sólida del comportamiento humano en un marco institucional y organizativo determinado.

Dada la enorme incertidumbre en que se desenvuelve el trabajo del médico, lo que se denomina gestión de las prácticas profesionales adquiere una importancia notable en la política de incentivos

La teoría económica, en particular, la aproximación neoclásica (paradigma de la elección racional), no ofrece necesariamente mejores perspectivas (Martín y López del Amo, 2000) al concebir la conducta humana de forma excesivamente mecanicista y rígida.

Sin embargo, durante los últimos años la teoría económica del comportamiento humano ha experimentado importantes cambios derivados del desarrollo de un conjunto de programas de investigación que se engloban en lo que ha venido a denominarse Economía de la Organización y las Instituciones. Una de las características de estos programas de investigación es la revisión a la que somete a la teoría económica neoclásica del comportamiento humano. El origen de estas críticas ha estado en las investigaciones de economistas y psicólogos experimentales que han aportado una abundante evidencia empírica de la insuficiencia descriptiva y predictiva de la teoría de la elección racional.

Desde esta perspectiva conceptual, y a riesgo de simplificar, pueden considerarse cuatro grandes tipos de motivadores o incentivos:

1-Incentivos organizativos y jerárquicos tales como sistemas de control y vigilancia, normas y reglas formales que restrinjan u orienten el comportamiento de los agentes, órdenes e instrucciones, etc.
2-Valores, ideología, cultura, códigos de conducta, etc. Estos elementos han tenido una notable influencia en la práctica profesional de los médicos. Dada la enorme incertidumbre en que se desenvuelve el trabajo del médico, lo que se ha venido a denominar gestión de las prácticas profesionales adquiere una importancia notable en una adecuada política de incentivos. Desde las Administraciones públicas puede resultar complejo influir y modificar las prácticas profesionales hacia un comportamiento más coste-efectivo, dado el escaso grado de pertenencia que la mayoría de los médicos muestran a las organizaciones sanitarias a las que pertenecen.

3-Transferencia de activos o de la propiedad de la organización. La experiencia en el Reino Unido con la creación de los GP (1) fundholders que gestionan un presupuesto indicativo de gasto farmacéutico y actúan como compradores de servicios sanitarios, o las experiencias de sociedades de profesionales en Cataluña serían ejemplos característicos.

En principio, dar participación a los profesionales en la propiedad de las organizaciones sanitarias es un incentivo muy poderoso hacia

comportamientos eficientes, dado que reciben la totalidad de los rendimientos residuales positivos o negativos de su actividad. Sin embargo, los importantes fallos del mercado sanitario (2) y la necesidad de regulación pública cuestionan esta afirmación. En la medida en que el Estado siga asumiendo el papel de financiador monopolístico como medio de garantizar el derecho a la asistencia sanitaria, son las reglas de regulación y contratación entre la Administración pública sanitaria y los profesionales agrupados en hipotéticas sociedades públicas los que determinarán en gran medida la reacción de incentivos adecuados a un comportamiento eficiente. 4-Incentivos formales (3) tales como sistemas retributivos asociados a rendimiento, carreras profesionales, etc. Son relevantes en este ámbito, asimismo, los nuevos sistemas de regulación laboral y retributivos en las nuevas formas jurídicas organizativas, entes públicos, fundaciones públicas, etc.

Las instituciones sanitarias públicas presentan importantes problemas a la hora de asignar los derechos residuales de control y, en general, los derechos de propiedad de forma que posibiliten mecanismos de incentivos óptimos

Este texto se va a concentrar en este último tipo de incentivos por razones de economía expositiva, si bien resulta evidente la importancia de los demás y su íntima interrelación entre todos.

Motivación, conducta e incentivos: una perspectiva económica

El análisis económico estándar concibe el comportamiento humano, base inexcusable para cualquier aproximación económica en una teoría de incentivos, en términos del denominado paradigma de elección racional.

Expresar el comportamiento humano en términos de elección racional implica suponer que cuando una persona (agente económico) se enfrenta a varios cursos de acción alternativos elegirá el que con más probabilidad le conduzca a un mejor resultado. La elección racional se ocupa, por tanto, de hallar el mejor medio para fines dados.

La hipótesis de racionalidad en economía implica que el agente dispone de un conjunto ordenado de preferencias expresadas en una función de utilidad, un conjunto de creencias que pueden representarse como una distribución de probabilidad de los posibles estados futuros, y varias estrategias o cursos de acción alternativos.

En general, el análisis microeconómico presupone la maximización de la función de utilidad del agente sujeto a un conjunto de restricciones específicas derivadas de la situación (4). El agente realiza sus acciones de forma tal que para todas ellas su utilidad marginal será igual a sus costes marginales, entendidos como costes de oportunidad.

Dado que, en general, los individuos toman decisiones en un entorno caracterizado por la existencia de riesgo e incertidumbre, la maximización de la función de utilidad del agente es de hecho la maximización de la utilidad esperada, ajustando a cada posible resultado su probabilidad estimada de rendir esa utilidad. La teoría de la elección racional o teoría de la utilidad esperada dice, por tanto, que se adoptará o se debe adoptar la estrategia a la que se asocie la más alta utilidad esperada.

En general, los economistas caracterizan la función de utilidad mediante construcciones ad-hoc. Existen dos formas fundamentales de hacerlo que suponen dos definiciones diferentes de racionalidad, el criterio de objetivos inmediatos y el de egoísmo (Parfit, 1984). El primero concibe la racionalidad en función de los objetivos que tenga el agente, sin evaluar la racionalidad de los propios objetivos, siendo al menos teóricamente posible incorporar en los argumentos de la función de utilidad el altruismo, los códigos de conducta, los principios éticos, etc. El segundo criterio presupone que los motivos del agente son egoístas y que cuestiones morales o éticas no afectan a su conducta.

La principal dificultad del criterio de objetivos inmediatos es su carácter tautológico. Cualquier conducta por extraña y extravagante que parezca puede explicarse a posteriori, suponiendo que es lo deseado por el agente. Por este motivo, el análisis microeconómico utiliza mayoritariamente el criterio basado en el egoísmo, considerando, por ejemplo, opciones de consumo de bienes o niveles de renta y riqueza. De esta forma, la función de utilidad característica de un trabajador suele depender positivamente de la retribución y negativamente del esfuerzo.

Postular una función de utilidad explícitamente egoísta en los agentes puede tener un enorme poder descriptivo y predictivo de numerosas conductas. Por ejemplo, si a los médicos se les paga por acto, reaccionarán a una disminución de las tarifas establecidas mediante el incremento de los servicios (Delnoij, 1994). Aunque algunos profesionales no variarán su comportamiento, lo relevante en función de la ley de los grandes números es que la mayoría respondería de acuerdo con lo postulado por el criterio de comportamiento egoísta del análisis económico. Sin embargo, el criterio estricto de egoísmo es un supuesto conductual excesivamente restrictivo para explicar numerosas situaciones como la donación de órganos (Burgos y Martín, 1994) o la influencia de la ética médica y los estándares de cuidados en los comportamientos de los médicos para conseguir ingresos (Flierman, 1991).

Desde su inicio, los modelos de conducta del comportamiento médico tienden a incluir variables orientadas a la ética y a la buena práctica. Feldstein (1971) propuso una función de utilidad del médico que depende de su renta, su ocio y las características de su trabajo. Zweifel (1981) intentó operativizar el concepto de ética médica proponiendo que el médico trata de mejorar todas 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 Contandriopoulos (1985) suponen una función de utilidad compuesta por cuatro 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. Estos modelos, sin embargo, son acordes con el criterio de objetivos inmediatos y coherentes con la teoría de la elección racional.

En los últimos 20 años, la teoría de la utilidad esperada y de la elección racional ha sido fuertemente criticada, sometiendo a revisión algunas de sus hipótesis centrales (5). Estas anomalías de la teoría neoclásica de la conducta pueden agruparse en las referidas a la motivación humana y las limitaciones cognitivas de los individuos para descifrar el entorno. La motivación humana es más compleja que lo que sugiere la teoría conductista de la economía neoclásica, en particular, aplicando el criterio del egoísmo ya mencionado.

Los problemas cognitivos de las personas fueron puestos de manifiesto por Herbert Simon (1957, 1959) que afirmó que los seres humanos no se comportan según los modelos de la elección racional. Su teoría de la racionalidad limitada supone rechazar el supuesto de maximización u optimización de los individuos y sustituirlos por el de satisfacción como axioma de comportamiento. Esta teoría supone que las capacidades cognitivas de los individuos son limitadas. La existencia de límites neurofisiológicos en el proceso de toma de decisiones es esencial para entender el comportamiento de los agentes en las organizaciones. La teoría de la racionalidad limitada propugna la racionalidad procesal habitual en la psicología frente a la racionalidad lógica característica de la teoría microeconómica neoclásica. La racionalidad económica ortodoxa es una racionalidad de metas, estrictamente instrumental: lo importante es el resultado de la acción. Las acciones son evaluadas en función de que sean medios más o menos eficientes de obtener el fin buscado. En la racionalidad procesal el comportamiento humano es calificado como racional cuando es el resultado de una deliberación. Según Simon, somos "satisfechos" y no maximizadores.

En el amplio marco que engloba el enfoque de la racionalidad limitada existen algunos aspectos de especial preeminencia o relevancia a la hora de articular un conjunto de principios de diseño de incentivos: aversión a las pérdidas, costes irreversibles y fungibilidad de la riqueza.

La figura 1 muestra la función de valor propuesta por estos autores. Esta función de valor tiene la propiedad de estar más inclinada en las

pérdidas que en las ganancias. Es decir, existe asimetría en la valoración que realizan los individuos relativa a las ganancias y pérdidas esperadas. Las pérdidas cobran mucha más importancia que las ganancias correspondientes. Esta aversión a las pérdidas está reflejada en la figura 1 en la que la función tiene más pendiente en el área de las pérdidas que en el de las ganancias" (6).

Esta función asimétrica de valor presenta dos características relevantes. En primer lugar, los individuos conceden mayor valor a las pérdidas que a las ganancias en sus elecciones, y en segundo lugar, evalúan los sucesos, independientemente agregando posteriormente los valores. Esto implica que, con frecuencia, los individuos rechazan combinaciones de elecciones que aumentarían su riqueza global, pero que al estar formadas por posibles pérdidas y ganancias evaluadas independientemente, las pérdidas pueden prevalecer (7).

En esta misma línea de investigación Thaler (1980) ha planteado que las personas frecuentemente al hacer sus elecciones tienen en cuenta los costes irre recuperables, cuestión que rechaza como axioma la teoría de la elección racional. Supongamos que tenemos que decidir dónde asignar un plan de inversiones, si en completar la instalación de un litotriector en el que ya hemos invertido trescientos millones de pesetas, o en comprar un ecógrafo vaginal. Desde el punto de vista de la teoría de la elección racional la decisión debe efectuarse ignorando los trescientos millones ya invertidos que son costes irre recuperables, comparando los beneficios marginales derivados de cada opción. Sin embargo, es frecuente que tanto gerentes como responsables de gestión tengan en cuenta los recursos invertidos con anterioridad en el litotriector y opten por ponerlo en funcionamiento aunque los beneficios de la compra del ecógrafo vaginal sean superiores. Nuevamente, la consideración de los costes irre recuperables puede explicarse mediante la función de valor de la figura 1. No poner en funcionamiento el litotriector puede interpretarse como una pérdida y la compra del ecógrafo vaginal como una ganancia perdida, valorando más la posible pérdida que la potencial ganancia.

En el marco de esta perspectiva, los psicólogos cognitivos Tversky y Kahneman (1981,1991) demostraron que frente al supuesto del modelo de elección racional de que la riqueza es fungible, las personas parecen tener cuentas mentales separadas para los distintos gastos. Es decir, que no consideramos nuestra riqueza total a la hora de decidir que compramos, como supone el paradigma de elección racional, sino que valoramos los gastos incurridos en distintos apartados, vivienda, sanidad, ocio, etc., que no agregamos a la hora de efectuar la decisión.

En conclusión, puede afirmarse que en numerosas ocasiones, las personas no parecen comportarse como prescribe el modelo de elección racional. Sin duda, los supuestos conductuales de la microeconomía estándar son útiles para resolver ciertos problemas pero inadecuados para otros. En particular, la teoría de incentivos económicos formulada por la economía de la organización (Milgrom y Roberts, 1992) puede ser enriquecida incorporando algunos elementos discutidos aquí en la formalización de un conjunto de principios para orientar el diseño y evaluación de sistemas de incentivos.

Adicionalmente, es importante contextualizar el sistema de incentivos en el marco organizativo e institucional en donde se pretende aplicar. Como se ha enunciado en la introducción, los incentivos económicos son parte de un conjunto más amplio de modificadores de conducta

Las reglas de regulación y contratación entre la Administración y los profesionales son las que determinan, en gran medida, la creación de incentivos adecuados a un comportamiento eficiente

(jerarquías, valores, etc.). Las organizaciones sanitarias de ámbito público deben, en este sentido, adaptar cualquier propuesta retributiva o de incentivos económicos a las características idiosincráticas que tienen las transacciones sanitarias y a las inevitables responsabilidades fiduciarias que tiene el Estado y sus organizaciones en la prestación de este tipo de servicios (considerados como bienes tutelares).

Teoría de incentivos e instituciones sanitarias públicas

Las organizaciones sanitarias públicas presentan un conjunto de características peculiares que condicionan los mecanismos y estructuras de incentivos que se utilizan (análisis positivo) o debieran utilizarse (análisis normativo). Su especificidad proviene de la combinación de las particularidades de sus transacciones con el carácter político que inevitablemente tiene en los países desarrollados la producción de servicios sanitarios.

Las organizaciones sanitarias están estructuradas para una compleja red de relaciones de agencia. El profesional médico participa, al menos, en dos relaciones de agencia potencialmente contradictorias. De una parte y siguiendo los modelos clásicos de relación de agencia formulados por la economía de la salud, el proveedor médico es el agente del enfermo quien delega en él la toma de decisiones sobre el bienestar y salud dada la incapacidad de éste para tomar las decisiones por sí mismo. Por otro lado, podemos definir otra relación de agencia entre la autoridad sanitaria pública o los directivos sanitarios y el proveedor médico. Los intereses del profesional, del paciente y de la autoridad no tienden a ser coincidentes. El proveedor médico controla las variables claves de la transacción sanitaria gracias a su control informacional. Selección adversa "ex-ante", riesgo moral post-contractual y aversión al riesgo son los conceptos relevantes.

La teoría de agencia establece que si suponemos que el agente es adverso al riesgo y que su esfuerzo, en términos generales, no es observable por el principal, un sistema de retribuciones que dependa en parte del resultado es superior a una retribución de salario fijo. Si, al menos, parte del esfuerzo es observable a través de variables "proxy" adecuadas, éstas pueden formar parte del sistema de compensaciones junto con el resultado (Ocaña y Salas, 1983). Según este análisis, tanto para directivos como para profesionales de centros sanitarios, los sistemas retributivos asociados al rendimiento son una mejor opción para armonizar intereses con los propietarios públicos o privados que estructuras retributivas básicamente de salario fijo. Sin embargo, la medida del resultado o la evaluación del esfuerzo es una dificultad importante. La producción sanitaria se caracteriza por la

multidimensionalidad de los aspectos relacionados con la calidad y la dificultad de obtener medidas apropiadas.

Los derechos residuales de decisión y control (8) en las organizaciones sanitarias están distribuidos de manera peculiar y diferente a otras organizaciones, debido nuevamente a las asimetrías de información existentes, que otorgan rasgos monopólicos al proveedor médico y dificultan la vinculación de los rendimientos residuales con los amplios derechos de decisión y control que los profesionales ostentan "per se" por su carácter de expertos.

Las transacciones sanitarias entre financiadores, productores y pacientes, se caracterizan por importantes activos específicos (9) de localización, de activos fijos y, sobre todo, de capital humano de los profesionales (particularmente el proveedor médico). Los fuertes activos específicos presentes en las transacciones sanitarias dificultan las opciones de mercado competitivo y favorecen, bien estrategias de integración vertical de la producción, bien relaciones contractuales bilaterales a largo plazo entre financiadores (públicos y privados) y organizaciones sanitarias (modelos híbridos).

Los objetivos de las instituciones sanitarias públicas son, asimismo, complejos, frecuentemente contradictorios y difíciles de medir en relación a organizaciones similares del sector privado. La heterogeneidad de los propietarios que tienen derechos residuales de control sobre la organización (Ministerio y Consejerías de Hacienda, Ministerio y Consejerías de Salud, profesionales, pacientes, etc.) generan, con frecuencia, metas y objetivos conflictivos entre sí. Por ejemplo, el control del gasto sanitario público propugnado por Hacienda puede resultar contradictorio con la necesidad de ofrecer más y mejores servicios por parte de los responsables políticos sanitarios, manteniendo, a la vez, el conflicto laboral con sindicatos y profesionales a un coste político soportable. Esta dificultad de concretar un conjunto coherente de objetivos medibles ha tenido su reflejo en el desarrollo y aplicación de los contratos de gestión y contratos programa tanto en el Insalud como en los Servicios Regionales de Salud que los han desarrollado. Dos características deben ser resaltadas: 1-La existencia en los contratos-programa y contratos de gestión de numerosos objetivos ambiguos y escasamente medibles. 2-La incoherencia entre los derechos residuales de decisión y control asignados "teóricamente" en el contrato programa y los establecidos por las normas presupuestarias y de regulación laboral: cambios súbitos en las asignaciones presupuestarias de un centro, mecanismos centralizados de sustituciones, vacaciones, sanciones, etc., que minimizan la capacidad de decidir del equipo directivo.

Estas características provocan incertidumbre al nivel de directivos sanitarios aumentando el "ruido" y dificultando la utilización de incentivos formales de cierta intensidad. Los riesgos de compromiso imperfecto derivados de amenazas y promesas no creíbles para directivos y profesionales, son un problema para el desarrollo y consolidación de la estrategia de descentralización de derechos residuales de decisión y control en que parece inspirarse la estrategia de contratos-programa y esquemas de incentivos formales asociados a

ellos. Sin embargo, estos problemas no acreditan el regreso acrítico al pasado y la utilización de mecanismos exclusivamente jerárquicos para regular transacciones como las sanitarias, cuyas características se adecúan difícilmente a la utilización casi en exclusiva de este mecanismo de gestión.

Las instituciones sanitarias públicas presentan importantes problemas a la hora de asignar los derechos residuales de control y en general los derechos de propiedad de forma que posibiliten mecanismos de incentivos óptimos. En primer lugar, las organizaciones sanitarias públicas tienen muy limitada la transferebilidad y enajenación de los derechos de propiedad. La actual estructura jurídica de las instituciones sanitarias públicas, organismos autónomos de carácter administrativo o en los casos más innovadores entes públicos, fundaciones públicas u otras formas de gestión pública (10), no permite esa posibilidad.

Similares limitaciones existen para desarrollar esquemas de apropiación descentralizados de los rendimientos residuales para los directivos y profesionales de los centros sanitarios públicos. Los sistemas de participación en beneficios o configuración de hospitales y centros de Atención Primaria como centros de beneficio o centros de costes operativos se enfrentan a la dificultad de disponer de medidas de rentabilidad adecuadas y su complejo encaje en la legislación presupuestaria española y en la cultura hacendista predominante.

Por otro lado, los fuertes derechos de propiedad que detentan los empleados sanitarios públicos en España a través de una regulación de la relación de empleo peculiar, diferente de la laboral y de la de los funcionarios (11), dificultan los procesos de redefinición de los derechos residuales de control orientados a reformar las actuales estructuras de incentivos y asignación de responsabilidades (por ejemplo, la creación de presupuestos clínicos o presupuestos per cápita para centros de Atención Primaria).

Sin embargo, todas estas restricciones derivadas de la naturaleza pública de las organizaciones sanitarias son contradictorias con los derechos residuales que ostentan los profesionales sanitarios y particularmente el médico gracias al control informacional que detenta. Nuestro marco jurídico-institucional vive la contradicción entre la asignación formal de los derechos de decisión y control a la burocracia directiva y administrativa y la detentación real y efectiva de esos derechos residuales de decisión y control por los profesionales médicos, sin una vinculación coherente con los rendimientos residuales positivos o negativos.

Alternativamente, las estrategias de gestión orientadas a trasladar al médico riesgos financieros (incentivos, presupuestos clínicos, participación en la propiedad, etc.) y normalizar y estandarizar su actividad (protocolos, auditorías clínicas, revisión de utilización, garantía de calidad, etc.) podrían ser diseños organizativos más eficientes dado que, por un lado, implican al médico en los resultados financieros de su actividad clínica, y por otro disminuye las asimetrías de información en poder del médico en relación a las otras partes que intervienen en la transacción.



En el ámbito de las organizaciones privadas la existencia de mercados competitivos y el derecho mercantil imponen importantes restricciones al nivel de costes de interferencia e influencia (12). La existencia de mercados competitivos que valoran la actuación de los directivos, de mercados de capitales que exigen un nivel de rentabilidad, de mercados de productos que exigen competitividad si la organización quiere sobrevivir, y finalmente de mercados laborales más o menos flexibles pero que imponen cierto grado de control en las reivindicaciones laborales y hacen posible el despido, supone fuertes barreras para el crecimiento de los costes de interferencia y de influencia en una organización. Por ejemplo, si en una clínica privada el propietario contrata como gerente a un familiar y éste realiza una pésima gestión, la rentabilidad y la supervivencia del hospital entrará en peligro y el propietario experimentará fuertes pérdidas.

En las instituciones sanitarias públicas del Estado español, la no existencia de este conjunto de mercados ha obligado a que la respuesta institucional haya sido el desarrollo de jerarquías, normas y procedimientos que intenten limitar estas actividades de interferencia e influencia. Es importante señalar que los costes de interferencia e influencia políticos pueden conducir a situaciones de inestabilidad en el funcionamiento de toda la Administración pública. Los partidos políticos en una democracia representativa ofrecen incentivos selectivos a sus miembros con el fin de premiar sus esfuerzos y mantenerlos en la organización. Esto puede dar lugar a cierta rotación en los puestos de trabajo del sector público dependiendo del partido político en el poder y a una instrumentalización de los recursos del sector público con fines privados. Tampoco es evidente que una desregulación del sector público con la actual legislación sobre empresas públicas posibilite mejorar la eficiencia de nuestras organizaciones sanitarias públicas, a menos que importantes cambios legislativos e institucionales permitieran controlar los fuertes costes de interferencia y de influencia política (Martín, 1999).

Diseño de sistemas de incentivos económicos

Los contratos de incentivos se utilizan cuando se asume que los trabajadores son potencialmente oportunistas (13) 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 los otros dos tipos de motivadores se consideran insuficientes por sí solos.

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 y mortalidad 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 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 (14). 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 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.

Un contrato de incentivos de tipo lineal puede expresarse (Milgrom y Roberts, 1992): $R = R_f + b(e + x + cy) = R_f + b(z + cy)$, siendo R la retribución total del empleado, R_f el conjunto de retribuciones fijas e el esfuerzo del empleado. Este esfuerzo implica un coste personal $C(e)$ que expresa incomodidad, coste de oportunidad del tiempo empleado o, en general, cualquier cosa a la que renuncie el trabajador para servir el interés del propietario. Las actividades agradables pueden tener un coste personal nulo o negativo.

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 intervenciones quirúrgicas realizadas, casos diagnosticados y tratados, actividades preventivas llevadas a cabo o cualquier variable que nos permita inferir el esfuerzo del empleado. X es una variable aleatoria que expresa las contingencias no controladas por el empleado.

La variable z 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, si suponemos que z es la reducción de la tasa de crecimiento del gasto en farmacia extrahospitalaria de un médico de Atención Primaria, la variable z

La dificultad de establecer amenazas y sanciones eíbles para los empleados que tienen el Insalud, el SAS y otros SRS obstaculiza el desarrollo de sistemas de incentivos

puede expresar la media (o

cualquier otra medida de tendencia central que se considere adecuada) de las

tasas de crecimiento del gasto en farmacia extrahospitalaria del total de médicos de Atención Primaria considerados.

El parámetro b expresa la intensidad del incentivo de forma que a un mayor grado de esfuerzo corresponda un mayor o menor nivel de recompensa dependiendo del valor que se le haya asignado. El parámetro c expresa el peso relativo otorgado a la variable y . Utilizando este modelo de contratos de incentivos de tipo lineal como referente, es posible definir un conjunto de principios orientativos para el diseño de incentivos y sistemas de retribuciones asociadas al rendimiento, a partir de la integración e incorporación de las aportaciones de varios autores (15).

-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 del 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.

-El principio de intensidad del incentivo:

La intensidad óptima de los incentivos depende:

a) 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.

b) 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. Esta escasa precisión corresponde con altos valores de la varianza de la variable $(x+cy)$. 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.

c) 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 trabajadores y 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.

d) 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 las organizaciones sanitarias. La enorme autonomía de que gozan los profesionales en Sanidad, implica que si estos son sensibles a estímulos monetarios, incentivos de alta intensidad serán adecuados, dado que su capacidad de respuesta es muy alta.

-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 la 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.

-El principio de igualdad de las compensaciones (16) 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 las organizaciones sanitarias. Dada la multiplicidad de actividades que realizan la mayor parte de los profesionales sanitarios, aquéllas 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.

-Incentivos intertemporales: el efecto Ratchet Este efecto 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 (17). Por ejemplo, si un hospital consigue ahorrar sobre el objetivo propuesto en Capítulo I (gastos de personal), al ejercicio siguiente podría recibir un objetivo más ajustado, es decir, menos presupuesto para Capítulo I. 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 (18), fijar el estándar demasiado alto lleva a bajos niveles de remuneración y, quizá a una pérdida de moral y a renunciaciones. 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 ajustar los estándares de actuación del segundo. Debe establecerse, por tanto, un contrato que exija el mismo nivel de esfuerzo cada período. Otras soluciones parciales son la rotación de puestos, en el caso de que esto sea posible sin altos costes, y la evaluación relativa del rendimiento (ERR) que se describe a continuación.

-Fijación de objetivos y estándares:

Para la fijación de estándares de desempeño u objetivos de actuación pueden usarse algunas técnicas, aunque presentan problemas de aplicación. Para tareas rutinarias puede resultar efectiva la realización de estudios de tiempo y movimientos, igualmente, pueden utilizarse valores históricos. En situaciones de escasa interdependencia entre los empleados puede emplearse algún modelo de evaluación relativa del rendimiento (ERR).

Los sistemas de ERR se caracterizan por repartir las primas en función de una clasificación relativa de los diversos agentes, la remuneración de un empleado dependerá así no sólo de su propia actuación sino también del grado en que ésta es superior o inferior a la de un tercero (19). Existen diversas aplicaciones como la competición explícita (Becker B; Huselid MA, 1992), la ubicación de una bolsa fija de productividad, promoción de un empleado por el trabajo de un grupo de subordinados, etc.

La literatura ha identificado una serie de características que sugieren su aplicación en las organizaciones sanitarias públicas en ciertos casos. Se usan cuando la monitorización es poco fiable o costosa (Lazear y Rosen, 1981). Permiten dirigir los esfuerzos de los trabajadores según las prioridades de la empresa, orientando según el tipo deseado de esfuerzo, (McMillan, 1992).

Una de las principales ventajas de utilizar indicadores relativos es la protección de los agentes frente a los riesgos derivados de cambios comunes y exógenos del estado de la naturaleza. Incorporar modelos de ERR en los sistemas de incentivos disminuye la incertidumbre de los empleados cuando son evaluados por variables de resultado que no dependen exclusivamente del esfuerzo de los mismos. Otra aportación interesante de la teoría de ERR es la mejora potencial en la información disponible, tanto para el principal como para los agentes, contribuyendo a eliminar incertidumbres y fundamentar los resultados y las evaluaciones (Holmstrom, 1982). Cuando el sistema de ERR es combinado con fijaciones iniciales de resultados, disminuyen los problemas derivados de una fijación de objetivos demasiado altos por parte de los directivos. Sus principales inconvenientes son las posibilidades de sabotaje de los resultados de los demás y la posibilidad de ponerse de acuerdo para

obtener las mismas ventajas por menor esfuerzo (colusión). Cuanto menor sea el número de trabajadores y mayor el grado de interdependencia entre ellos, aumenta la probabilidad de que presenten estos comportamientos oportunistas. Finalmente, existen dificultades de aplicación cuando el resultado es difícil de medir. La dificultad de medir la aportación individual al resultado característico de las tecnologías de equipo de las organizaciones sanitarias, obstaculizan su aplicabilidad a nivel individual. Sin embargo, la ERR puede ser un mecanismo de incentivos robusto en organizaciones sanitarias, utilizado a un mayor nivel de agregación como puede ser el centro de responsabilidad o el propio centro sanitario en su conjunto, donde es posible obtener adecuadas medidas de resultados. En este caso, estamos combinando la ERR con incentivos para grupos o equipos.

-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 a 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 empleados 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 valora realmente la dirección.

-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 de identificar comportamientos oportunistas y aplicar sanciones incluyendo el despido, el desarrollo óptimo de un sistema de incentivos explícito puede verse seriamente afectado. La teoría del salario de eficiencia de Shapiro-Stiglitz (1984) permite desarrollar esta cuestión. Sea S la retribución del empleado en su organización actual. Sea $S^?$ la retribución alternativa del empleado, en el caso de que fuera despedido de su actual trabajo (20). Sea R las rentas (monetarias y no monetarias) que gana el trabajador

con comportamientos oportunistas. Estas rentas pueden provenir de aumentos del tiempo libre, al trabajar menos horas de las acordadas, de la utilización de recursos de la organización en beneficio de familiares y amigos, y en general el no esforzarse según lo pactado o convenido en la relación contractual de empleo. Sea p la probabilidad de que el comportamiento oportunista cualquiera que sea su expresión. Sea N el factor que expresa el valor a largo plazo de la relación laboral, considerando tanto el interés como el número de períodos que el empleado es contratado por la organización. El empleado adoptará un comportamiento oportunista si $R > p^* (S - S^*) * N$, es decir, las ganancias derivadas del comportamiento oportunista son mayores que la probabilidad de que sea descubierto y despedido, multiplicada por la pérdida de ingresos consecuencia del despido.

El marco institucional tanto del Insalud como de los SRS, y especialmente su regulación laboral, es eminentemente rígida, sin que apenas existan posibilidades reales de sanción y despido. Si p en las organizaciones sanitarias públicas tiende a cero, al empleado siempre le resultará beneficioso adoptar comportamientos oportunistas, dada la renta obtenida (R) siempre serán estrictamente mayores que las potenciales pérdidas ($p^* (S - S^*) * N$). Este análisis considera el oportunismo como un dato invariable y fijo del empleado. Pero, como se ha argumentado anteriormente, es una variable que puede ser afectada por códigos de conducta, valores, ideología. En este sentido, el disponer de una fuerte cultura organizativa y de empleados con códigos de conducta poco propicios a favorecer actitudes y comportamientos oportunistas, puede reducir el oportunismo aunque éste sea beneficioso para el empleado. La dificultad de establecer amenazas y sanciones creíbles para sus empleados que tiene el Insalud, el SAS y otros SRS, dificulta el desarrollo e implantación de sistemas de incentivos explícitos para los empleados de hospitales y centros de A.P. Una de las razones del desarrollo de innovaciones organizativas consistentes en el cambio de marco jurídico del centro sanitario creando empresas públicas, fundaciones, etc, es la posibilidad de aumentar de forma significativa p . Esto permite dotar de mayores grados de consistencia y robustez a los contratos de incentivos. Por ejemplo, la creación de empresas públicas sanitarias o la concertación con centros privados (por ejemplo, la experiencia del Hospital de Alcira o la S.L. de Vic) implica, en principio, aumentar la probabilidad de sanción y despido y desarrollar una estructura retributiva con incentivos económicos de alta intensidad.

-Descomponer las ganancias y combinar las pérdidas: La función de valor asimétrica de Kahneman (1994) discutida anteriormente permite efectuar algunas recomendaciones relativas al diseño de sistemas de incentivos explícitos. En particular, descomponer las ganancias, combinar las pérdidas, compensar una pequeña pérdida con una ganancia mayor y separar las pequeñas ganancias de las grandes pérdidas.

En primer lugar, puede ser interesante descomponer las ganancias que reciben los empleados por el sistema de incentivos, o parafraseando a Thaler "no pongas todos los regalos de Navidad en la misma caja". El utilizar diversas bolsas de incentivos separadas entregándolas en momentos temporales diferentes y convenientemente especificadas generará según la función asimétrica de Kahneman más satisfacción y

valor para los empleados que agregar las distintas ganancias y repartirlas en un solo importe (21). Por otro lado, si combinamos pérdidas o sanciones a los trabajadores, la pérdida de valor experimentada por el empleado será mayor que si separamos en el tiempo las pérdidas o las sanciones. Si la función asimétrica de valor de Tversky y Kahneman es correcta en términos positivos, es posible agregar o desagregar las pérdidas o sanciones, según la dirección de la organización quiera aumentar o disminuir las pérdidas percibidas por el empleado. Supongamos que a un facultativo de un centro sanitario público se le notifica al mismo tiempo su despido y una demanda judicial por negligencia. La pérdida de valor percibida por el empleado será menor que realizando cada notificación en días diferentes.

Finalmente, cabe articular estrategias de incentivos mixtas en función del mayor o menor impacto que se desee obtener en los empleados. Es posible evitar la mayor inclinación de la función de valor en la zona de pérdidas siempre que sea posible combinar una pérdida con una ganancia mayor. Por ejemplo, si a un técnico administrativo se le comunicara simultáneamente la no concesión del disfrute unos días libres durante unas fiestas señaladas y su ascenso a un puesto de responsabilidad, el efecto de la suma de ambas noticias sería claramente positivo.

Otra estrategia mixta que puede coadyuvar al diseño de contratos de incentivos es separar las pequeñas ganancias de las grandes pérdidas creando lo que Thaler (1985) denomina "efecto de consolación". Supongamos que a un director médico de un centro hospitalario se le comunica su próxima destitución y, unos días después, el inicio de su nueva tarea junto a un profesional de su afinidad. Si registra la primera noticia como una gran pérdida y la segunda como una pequeña ganancia, se sentirá en parte "consolidado". 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 aquéllos 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 trabajo 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 en las instituciones sanitarias. Sin duda, el enfoque utilizado puede ser tachado de reduccionista en la medida en que se centra incentivos económicos. Parafraseando al Hamlet de Shakespeare "hay más cosas en este mundo que las que sueña tu filosofía". Como se mencionó al principio, los valores, la ideología o el altruismo pueden jugar un papel relevante en las motivación de los profesionales y gestores sanitarios. Pero como dice un célebre dicho entre los economistas, "aunque todos los recursos son escasos el amor al prójimo es, sin duda, el más escaso de todos".

Ponencia presentada en las V Jornadas de Gestión y Evaluación de

NOTAS

1-General

Practitioners.

2-Los principales fallos del mercado sanitario son: externalidades, asimetrías de información médico paciente, complejidad e incertidumbre, rendimientos crecientes de escala, altos costes de transacción asociados a la verificación de la calidad y alto coste potencial para el paciente de una elección equivocada.

3-Pueden considerarse experiencias de este tipo el sistema de incentivos para directivos del Servicio Andaluz de Salud (SAS) (Martín y López del Amo, 1999) y el modelo de incentivos para profesionales de áreas de atención primaria del INSALUD (Cabasés y Martín, 1997), basado en el cumplimiento de la cartera de servicios y la obtención de ahorros sobre el presupuesto asignado, sobre todo del presupuesto de farmacia.

4-Una aplicación experimental de las medidas cardinales de la función de utilidad se ha desarrollado en el modelo de incentivos para directivos sanitarios públicos de Andalucía (Martín JJ, López del Amo, 1998).

5-Las principales críticas a la hipótesis de elección racional se basan en la insuficiencia del criterio del egoísmo, en la inestabilidad de las preferencias de los agentes, en la no aplicación del principio de transitividad en sus elecciones y en que los individuos tienen capacidades cognitivas limitadas.

6-Algunos experimentos citados por Kahneman que incluían tanto opciones con riesgo como sin riesgo, han estimado el ratio de las pendientes en las dos áreas denominado coeficiente de aversión a la pérdida en una relación 2:1.

7-Supongamos que una empresa sanitaria oferta a sus trabajadores un nuevo plan de seguro médico complementario dentro de la negociación del convenio colectivo. El antiguo pagaba el 100% de todos los gastos médicos cubiertos, con una prima de 80.000pts anuales por familia. En el nuevo plan, los trabajadores deben pagar las primeras 30.000pts de gastos médicos anuales, pero una vez traspasado el límite el seguro paga, al igual que en el plan anterior, el 100%. La prima del nuevo plan es de 40.000pts, la mitad que la del antiguo. Los trabajadores tienen la posibilidad de seguir con el antiguo plan o pasarse al nuevo. Desde el punto de vista de la elección racional, el nuevo plan es mejor que el segundo. El ahorro en primas compensa sobradamente el pago de las primeras 30.000pts de gastos médicos. No obstante, muchos trabajadores desearían obstinadamente seguir con el antiguo plan. Si unas personas consideran el ahorro de 40.000pts en primas y las 30.000pts adicionales de gastos médicos como acontecimientos independientes, la función asimétrica de valor predice exactamente esa conducta. Como indica la figura 1, la pérdida de 30.000pts tiene más peso la ganancia de 40.000pts.

8-Los derechos residuales de decisión y control pueden definirse como el derecho de tomar cualquier decisión concerniente al uso del recursos que no esté explícitamente controlada por la ley o asignada a terceros por un contrato.

9-Por activos específicos se entiende aquellos cuyo valor es mucho mayor en un uso o relación particular que en cualquier otra alternativa.

10-Véase para un análisis de las nuevas fórmulas de gestión Martín (1999), Martín y López del Amo (2000).

11-Estatuto jurídico del personal médico de la seguridad social (R.D.3160 de 23-12-1966), Estatuto de personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la seguridad social (Orden de 26-4-1973) y Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social (Orden de 5-7-1971).

12-Los costes de interferencia e influencia políticos se pueden definir como aquellos que se producen como consecuencia de la realización de actividades de influencia e interferencia en las instituciones y organizaciones públicas.

13-El comportamiento oportunista 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.

14-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.

15-Véase Milgrom y Roberts (1992) para una perspectiva de la organización en general. Un análisis específico de principios de diseño de sistemas de incentivos puede encontrarse en Martín y López del Amo (1994), y en Roberts (1995). Para una posible ampliación de estas perspectivas incorporando las limitaciones cognitivas de los agentes véase Thaler (1985) y Frank (1994), aunque estos autores no adoptan una perspectiva de diseño de incentivos.

16-Véase Holmstrom (1982) para un modelo principal agente multi-tarea.

17-Notamos, x_1 como el resultado en un período, el resultado que se le exige en el período siguiente y x_2 el que efectivamente consigue; se define a partir de x_1 como $z_2 = \sigma + \delta(e_1 + x_1)$ y la estimación del comportamiento del empleado $z_2 = e_2 + x_2 - z_2$, la compensación total del empleado en los dos períodos será $[R_{f1} + b_1(e_1 + x_1)] + [R_{f2} + b_2(e_2 + x_2 - \sigma - \delta(e_1 + x_1))]$, el coeficiente de e_1 no es entonces b_1 sino $b_1 - \delta b_2$ que es una cantidad menor. Este es el efecto Ratchet.

18-Si x es la medida del resultado, y como estándar consideramos la media que es desconocida por ser el desempeño medio medido correspondiente a cualquier grado de esfuerzo y en cualquier período de medición, si se estima por \hat{x} , el nivel medio del desempeño esperado es $e + \hat{x}$ y la remuneración esperada correspondiente es $E = R_f + b(e + \hat{x})$. Si fuera E la compensación esperada buscada, el valor de R_f que se fijará se determina despejando $R_f = E - b(e + \hat{x})$. De modo que incrementar el valor estimado de x conduce a modificar los componentes fijos de la fórmula de incentivación. La magnitud del efecto es proporcional a la intensidad del incentivo b .

19-Para una revisión de la literatura y evidencia empírica de estos sistemas puede encontrarse en Gibbons y Murphy, 1990; véase también Lazear y Rosen, 1981; Green y Stokey, 1983. En el ámbito sanitario español, los sistemas de incentivos empleados incorporan variantes de éste tipo de mecanismos.

20- S incluye los costes de la búsqueda de un nuevo trabajo, incluyendo el período de desempleo.

21-Según la teoría de la elección racional esta cuestión sería irrelevante y no aumentaría la utilidad del empleado.

BIBLIOGRAFÍA

- BECKER B, HUSELID M A (1992). "Efectos incentivadores de los sistemas de compensación tipo torneo". *Administrative Science Quarterly*, 37: 336-350.
- BURGOS R, MARTIN JJ (1994). Modelos de gestión y trasplantes de órganos. (En prensa). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- CABASÉS JM, MARTÍN JJ (1997). "Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España". En LÓPEZ I CASASNOVAS G, RODRÍGUEZ PALENZUELA D Coords. *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Ed. Cívitas.
- DIONNE G, CONTRANDRIOPOULOS AP (1985). "Doctors and their workshops. A review article". *Journal of health economics*, 4: 21-23.
- DELNOIJ DMJ (1994): *Physician payment systems and cost control*. Utrecht: NIVEL.
- EVANS RG (1984). *Strained Mercy: the economics of canadian healthcare*. Toronto: Butterworths and Co.
- FELDSTEIN MS (1971). "Hospital cost inflation: A study of nonprofit price dynamics". *The american economic review*, LXI (5): 853-872.
- FLIERMAN HA (1991). "Changing the payment system of general practitioners (thesis)". Utrecht: nivel.
- FRANK RH (1994). "Limitaciones cognitivas y conducta del consumidor". Cap.8. En FRANK RH *Microeconomía y conducta*. Ed. McGraw-Hill. 257-283.
- GIBBONS R, MURPHY K J (1990). "Relative performance Evaluation for Chief Executive Officers". *Industrial and Labour Relations Review*. Special Issue (February), 43: 30-51.
- GREEN J R, STOKEY N L (1983). "A comparison of tournaments and Contracts". *Journal of Political Economy*, 91: 349-364.
- HOLMSTROM B (1982). "Design of incentive schemes and the New Soviet Incentive Model", *European Economic Review*, 17.
- KAHNEMAN D (1994). "New challenges to the rationality assumption", *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 150/1: 18-36. *Zeitschrift für gesamte Staatswissenschaft*.
- LAZEAR E P, ROSEN (1981). "Rank-Order Tournament as optimum labor contracts", *Journal of Political Economy*. (October), 89 (51): 841-864.
- MARTIN JJ, LOPEZ DEL AMO MP (2000). "Propuestas de reforma del Sistema Nacional de Salud. Las nuevas fórmulas de personificación jurídica en las organizaciones sanitarias". En TEMES, PARRA. *Gestión clínica*. Cap. 2. *Propuestas de reforma*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid.
- MARTÍN JJ (1999). "Innovaciones y reformas organizativas en el Sistema Nacional de Salud Español". En *Curso de experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas*. Módulo IV. *Sistemas, centros y servicios sanitarios*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- MARTÍN JJ, LÓPEZ DEL AMO (1999). "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.
- MARTIN JJ, LOPEZ DEL AMO MP (1994) *Incentivos e Instituciones sanitarias públicas*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- McMILLAN J (1992). *Games, strategies and managers*. Oxford: University Press.
- MILGROM P and ROBERTS J (1992). *Economics, organization and management*. Prentice Hall. Existe traducción al español. *Economía, organización y gestión de la empresa*. Barcelona: Ariel (Ariel Economía).

OCAÑA C, SALAS V (1983). "La teoría de la agencia. Aplicación a las empresas públicas españolas". Cuadernos Económicos de Información Comercial Española. 22-23.

PARFIT D (1984). Reasons and persons. Oxford, Clarendon.

ROBERTS J (1995). "Gestión estratégica: cambios en la naturaleza de las empresas". En DE MANUEL E, PEREZ J Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. p. 19-45.

SHAPIRO C y STIGLITZ J (1984). "Equilibrium Unemployment as worker discipline device". American Economic Review. 74:433-444.

SIMON H A (1959). "Theories of Decision Making in Economic and Behavioral science", American Economic Review, 49 (Junio): 308-387.

SIMON HA (1957). Models of man. New York: Wiley.

THALER. "Toward a Positive Theory of Consumer Choice. Journal of Economic Behavior and Organization 1980.

THALER R (1985). "Mental Accounting and Consumer Choice", Marketing Science, 4.

TVERSKY A y KAHNEMAN D (1991). "Loss Aversion in riskless Choice: A reference dependent model". Quarterly Journal of Economics: 1039-1061.

TVERSKY A y KAHNEMAN D (1981). "The Framing of Decisions and the Psychology of Choice". Science, 211: 453-458.

WILLIAMSON O E (1985). The economic institutions of capitalism. New York: The Free Press.

Existe traducción al español: WILLIAMSON (1989). Las instituciones económicas del capitalismo. México: Fondo de cultura Económica.

WOODWARD R, WARREN-BOULTON F (1984). "Considering the effects of financial incentives and professional ethics on 'appropriate' medical care". Journal of Health Economics 3: 223-237.

ZWEIFEL P (1981). "Supplier-induced demand in a model of physician behavior en Van der Gaag y Perlman (eds): Health, Economics and Health Economics, Amsterdam: North Holland.