

SIAP 2013-01-30

Francisco Hernansanz Iglesias

En multitud de países la producción de servicios de salud se realiza de forma subóptima y la transferencia de conocimiento para aminorar la brecha eficacia efectividad sigue siendo una asignatura pendiente. Las variaciones en la práctica médica son un claro ejemplo, y las estrategias para tratar de mejorar la práctica médica, entre las que se incluye el pago por rendimiento (P4P), una respuesta parcial al problema del desempeño en servicios sanitarios. Pero también son asignaturas pendientes y preocupan la seguridad, la eficiencia y la sensibilidad a las preferencias de los pacientes. Siendo buena la idea de retribuir para aumentar esfuerzos en proporcionar una mejor atención, lo cierto es que en la práctica, definir qué se incentiva, a quien, cómo y su cuantía en caso de tratarse de emolumentos, mitigando a la vez efectos secundarios y la perversión del instrumento no resulta tarea fácil. Y tampoco nos queda claro que sean instrumentos que mejoren no tanto variables subrogadas a corto plazo sino lo más importante, el estado de salud. Aún así la carrera por su implantación es mundial a pesar de la escasa validez externa y la evidencia disponible que limita su generalización a entornos muy diferentes. Resulta necesario incidir en que los incentivos más eficaces son aquellos que se adecúan al contexto concreto donde quieren aplicarse.

La **relación de agencia** o relación principal-agente es un modo de interacción social. El principal que no tiene los conocimientos suficientes para tomar una decisión, delega en otra denominada agente para que éste tome esa decisión determinada. Así, tomamos contacto con los profesionales sanitarios para que nos informen de los mejores cursos de acción ante la aparición de síntomas o enfermedad. En economía de las organizaciones, en este caso sanitarias, la relación de un médico con su gerencia, la de un hospital concertado con el servicio de salud regional correspondiente también son relaciones de agencia. Estas relaciones, a las que denominamos **contratos de agencia** no están exentas de conflicto entre el principal y el agente ya que ambos intentan maximizar su actividad y existen asimetrías de información que favorecen al agente. Estas situaciones generan comportamientos oportunistas del agente, alejados del interés del principal, el denominado **moral hazard** – en el cual el agente está tentado dada la asimetría de información con su superior a actuar de forma oportunista (que se define como la toma de decisiones no alineadas con los intereses principales) y utilizar los recursos de la organización para maximizar la riqueza del agente (a menudo a expensas del principal) y generan además unos **costes de agencia**: de **vigilancia**: el principal debe evitar el comportamiento de oportunista del agente; de **garantía**: mitigar la desconfianza del principal (por ejemplo la práctica de medicina defensiva). Este problema entre agente-principal se encuentra también en la mayoría de las relaciones de empleador (servicio de salud, hospital, gerencia-dirección)/empleado, en este caso profesional sanitario. En el mundo sanitario, la relación de agencia profesional sanitario –paciente se encuentra dentro de un marco organizativo lo que supone una doble relación de agencia: el médico como agente de los pacientes y los gerentes/directivos.

Surge entonces la cuestión a dilucidar: ¿Cómo diseñar un contrato (incentivos) que minimice estos comportamientos y que induzca en el agente un comportamiento lo más cercano posible a los intereses de los principales?

Los sistemas de pago (el contrato) pueden describirse con dos dimensiones: la **unidad de pago**, que describe qué servicios sanitarios se incluyen en la contraprestación que se está pagando - pago por acto (fee for service), el pago per cápita y el pago por salario- y la **distribución de riesgos** financieros entre el que financia y el que da el servicio. Ni un **pago prospectivo** puro (cantidad prefijada ajustada por unas variables) ni uno **retrospectivo** (reembolso de toda actividad) parecen óptimos ya que trasladan todo el riesgo a una de las partes. Tampoco las unidades de pago aisladas. Incorporar mecanismos de cada una de las posibilidades puede dar mejor respuesta.

En el mundo de los incentivos también hay cabida para recompensas no financieras :más flexibilidad y tiempo para poder ofrecer una atención más personalizada a los pacientes, reconocer prestigio, autonomía para organizar el trabajo y establecer objetivos, tiempo para investigación ,formación y docencia. La inversión en **capital motivacional** a través de la **motivación intrínseca**, compartir metas y objetivos entre los agentes y los gestores de una organización (**identidad**) y una cultura compartida con entusiasmo por cada uno de los miembros de la organización (**misión**) deriva en satisfacción (utilidad) del hecho mismo de realizar una acción o desarrollar una tarea. Las organizaciones que proveen bienes colectivos (salud, educación, seguridad civil) y sus empleados (médicos, profesores, policías, bomberos) persiguen metas y objetivos, que no son necesariamente rentables monetariamente, y la motivación de los empleados que trabajan dentro de estas organizaciones va más allá del beneficio económico esperado. Sin embargo una carrera profesional mal implementada, incentivos económicos que generan rápidamente comportamientos oportunistas, control unilateral de la administración y ausencia de gestores profesionales pueden generar el efecto contrario.

Preguntas:

1. Si la marca de eficiencia de la atención primaria son sus 4 atributos: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación , ¿qué se puede incentivar dentro de cada uno de ellos y de qué forma?
2. ¿Cuál es el impacto de los programas de pago por desempeño en los distintos grupos socioeconómicos? ¿Puede acrecentar la ley de cuidados inversos?
3. ¿Qué incentivos no financieros podrían alinear mejor clínica y gestión?