

## Editorial

## Profesionales, organizaciones y sistema sanitario: haciendo individualmente atractivo lo socialmente conveniente



## Health Professionals, Organizations and the Health System: Making What Is Socially Advisable Individually Attractive

Carlos Campillo-Artero<sup>a</sup> y Vicente Ortún<sup>a,b,\*</sup><sup>a</sup> Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España<sup>b</sup> Departamento de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

Historia del artículo:

On-line el 19 de febrero de 2018

En un artículo previo se han revisado los criterios y métodos para tomar decisiones y priorizar en el frente asistencial beneficiando lo máximo y perjudicando lo mínimo a todos con los recursos que tenemos<sup>1</sup>. Por otra parte, el clínico, como agente del paciente, ve su comportamiento influido por diversas circunstancias: por cómo se mide y estimula su actuación —por los colegas, los gestores y los propios pacientes—, por el tipo de organización donde desarrolla su actividad y por las normas y los valores que predominan en la sociedad en que vive. En este artículo se resumen las implicaciones prácticas del conocimiento científico disponible sobre incentivos, organizaciones e instituciones. Los clínicos, como principales asignadores de recursos en la sanidad de un país, no solo necesitan un marco regulatorio adecuado —que también se considera en las líneas que siguen—, sino también un entorno profesional y organizativo que estimule el abordaje de los problemas clave de cualquier sistema sanitario que solo ellos pueden resolver: adecuación y brechas entre eficacia y efectividad. La solución de estos problemas, además de resultar socialmente deseable para la consolidación del Estado del Bienestar, debe ser individualmente atractiva. Y de cómo compaginar ambos aspectos versa este artículo.

## LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El piloto viaja con nosotros en el avión. Aunque a veces no ha sido garantía suficiente y se han registrado conductas suicidas, siempre tranquiliza más compartir destino y resultados, algo que no necesariamente ocurre con la atención médica: no se comparte infección con el paciente por el hecho de colocar defectuosamente un catéter, suturar mal una herida o no lavarse concienzudamente las manos.

Estas relaciones médico-paciente no solo se caracterizan por la diferencia de información entre las partes, sino también por la eventual diferencia de intereses entre ambas, así como por la dificultad de verificar hasta qué punto se cumplen los contratos, implícitos o explícitos, que regulan la relación entre ambos.

## VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.12.016>, Rev Esp Cardiol. 2018;71:515–519.

\* Autor para correspondencia: Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universidad Pompeu Fabra, Ramón Trias Fargas 25-27, 08005 Barcelona, España.

Correo electrónico: [vicente.ortun@upf.edu](mailto:vicente.ortun@upf.edu) (V. Ortún).

Full English text available from: [www.revespcardiol.org/en](http://www.revespcardiol.org/en)

El trabajo clínico implica múltiples tareas y es costoso evaluarlo, pues el esfuerzo no resulta observable. ¿Cabría guiarse por los resultados? Para contestar a esta pregunta, veremos la evolución reciente de pagar por «ser» a pagar por «resultados» con parada intermedia en el pago por «hacer».

## DE «LO QUE SE ES» A «LO QUE SE CONSIGUE» PASANDO POR «LO QUE SE HACE»

Durante décadas, las tarifas que se establecían para contratar con hospitales se basaban en clasificaciones de estos según la sofisticación de su oferta, con la hipótesis implícita de que una mayor complejidad de la oferta conllevaba más 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 su actividad. Fueron los sistemas de ajuste de riesgo los que permitieron medir con sentido una parte de la actividad hospitalaria. Por ejemplo, los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), de Fetter, implantados en Estados Unidos al inicio del año fiscal de 1984, permiten clasificar a los pacientes en función de variables diagnósticas, de tratamiento y demográficas en grupos de consumo de recursos previsible muy similar. En una sociedad de enfermos crónicos y dependientes, un mayor frenesí asistencial no suele ser indicio de mejor calidad, sino todo lo contrario: cuanto más (comas, ingresos no programados...), peor. ¿Por qué financiamos públicamente los servicios sanitarios? Por su impacto en la salud, para que el acceso a ellos dependa de la necesidad, y no de la capacidad de pago. Pensemos, pues, en pagar por ese impacto. Es verdad que son muchas las variables que influyen en el estado de salud y por eso 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 glucohemoglobina— o en el que tuviera mayor supervivencia en cáncer, aproximable, por ejemplo, por el porcentaje de cánceres digestivos diagnosticados en urgencias hospitalarias<sup>2</sup> o por el grado de concentración de la cirugía oncológica de alta especialización<sup>3</sup>?

El pago por calidad (resultados, desempeño) en sanidad se remonta, como mínimo, al 1600 a.C. y ha conocido muchas encarnaciones a lo largo de estos últimos milenios. Su última resurrección se produjo cuando se liberaron los secretos militares de la segunda guerra mundial, y tanto la dirección por objetivos como el pago por resultados se generalizaron en la industria o el ejército.

El Código de Hammurabi establecía el pago según el resultado en las intervenciones. Por ejemplo, en una intervención ocular exitosa: 10 monedas de plata para capas altas (aristócratas, militares...), 5 para capas medias (artesanos, agricultores) y 2 para esclavos; amputación de la mano del cirujano en caso de fracaso<sup>4</sup>. Observamos, pues, que la valoración de la vida ganada dependía de la persona afectada —tanto tienes, tanto vales—. En este sentido, sospechamos que los cirujanos babilónicos tendrían la misma habilidad para seleccionar a los pacientes que la mostrada por los médicos generales ingleses a la hora de influir en los denominadores de pacientes elegibles para conseguir el 97% de todos los puntos posibles en el esquema de pago por calidad durante el primer año de implantación: en 2004-2005 ello suponía en promedio 40.000 dólares anuales más por médico tras conseguir el 97% de todos los puntos posibles<sup>5,6</sup>.

McNamara, tras aplicar con gran éxito durante su época en Ford el pago por resultados, fue nombrado Ministro de Defensa en 1962. Antes de dimitir en 1968 por discrepancias con el entonces presidente Johnson en relación con la escalada 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 del enemigo). Y cuando se paga por cadáveres... se tienen cadáveres, aunque sean de civiles indefensos.

## LOS INCENTIVOS, UNA GRAN FAMILIA

El comportamiento humano está influido por 3 tipos de motivación: extrínseca, intrínseca y trascendente, y fue a partir de la segunda revolución industrial (telégrafo, aplicaciones del vapor al transporte, electricidad, química, etc.) —con la separación de propiedad y gestión— cuando, con Taylor y Fayol, se iniciaron los estudios científicos sobre la organización del trabajo. Aunque Hawthorne pueda ser más conocido por dar nombre a un sesgo epidemiológico —el efecto del observador— o por el concepto de lo que muchas décadas más tarde fue la «calidad total» en sanidad<sup>7</sup>, fue precisamente en la factoría de Western Electric en Hawthorne, década de los treinta del siglo pasado, donde se «descubre» la importancia de la motivación en el rendimiento a partir de unos resultados experimentales. Empieza ahí la psicología industrial.

Un incentivo es cualquier factor que proporcione un motivo para una acción u omisión y explica que se prefiera la acción elegida a las alternativas. Los incentivos existen siempre y varían entre sociedades (¿qué actividades se valoran más?), entre organizaciones (cuenta propia, cuenta ajena con o sin finalidad lucrativa, etc.) y entre personas. Hay 3 niveles diferentes de incentivos, por lo tanto:

- Reglas sociales de juego, formales (leyes, reglamentos) o informales (costumbres, deontología profesional).
- Formas organizativas y grado de competencia entre ellas.
- Incentivos individuales, o de grupo, bajo la forma de promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción, dinero, etc.

### Reglas sociales de juego

Si los problemas encontrados por la humanidad en su evolución hubieran implicado siempre competir con otros miembros del

grupo, posiblemente todos seríamos individuos aprovechados o, como máximo, reciprocadores estrictos, pero la evolución humana debió conocer etapas en que se salvaba todo el grupo o no se salvaba nadie: existen personas que están dispuestas a sacrificar utilidad personal para conseguir justicia y cumplimiento de las normas sociales<sup>8</sup>.

Por otra parte, 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 2 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 adaptado a un entorno globalizado caracterizado por la cooperación «con extraños»<sup>9</sup>.

Las implicaciones prácticas de estos conceptos en la organización sanitaria pasan por:

- La necesaria consideración de la aprobación social o el trabajo interesante.
- Que los mensajes y sanciones morales no sean sustituidos por transacciones de mercado (p. ej., el mal resultado de introducir multas para castigar a los padres que se retrasan en la recogida de sus hijos de la guardería). La profesionalidad importa.
- Que los incentivos explícitos no sean la solución para todos los problemas; existen otras formas —desde la selección de personas al uso de tecnologías adecuadas— más útiles para producir valor.
- Que la relación laboral sea también una relación social. En este sentido, no es adecuado 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.

### Reglas sociales del juego, también llamadas instituciones

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<sup>10</sup>. 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. La calidad institucional de un país se está erigiendo como el principal factor explicativo de su progreso<sup>11</sup>.

Las instituciones en cualquier sociedad 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 humanas resultan de un diseño intencionado; basado en instintos, pero diseñado; intencional, pero no previsible. 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, tienen particular importancia las normas clínicas y las relaciones medicina-industria.

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.

Se trata de dotar a los médicos —decisiones clave del sistema sanitario— con los incentivos, la información y la infraestructura precisos para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva. Cuando se pueda, una adecuada selección de personal —centrada no solo en aptitudes, sino también en actitudes— puede compensar la debilidad de los incentivos característica del sector

sanitario. Este enfoque de la selección como solución organizativa alternativa a los incentivos tiene particular relieve en el sector público, necesitado de una ética profesional y de servicio.

### Formas organizativas y grado de competencia entre ellas

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 la adecuación de los incentivos.

En España predominan las burocracias públicas y son 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. Las pocas evaluaciones sobre el impacto de las nuevas formas organizativas destacan la importancia de la flexibilidad en la gestión, así como la inexistencia de diferencias significativas entre hospitales públicos y hospitales en régimen de concesión en indicadores tanto clínicos como económicos, como se ha evaluado en la Comunidad Valenciana<sup>12</sup>. De la comparación resulta, si acaso, una mejor adecuación de procedimientos (cesáreas) y unos niveles de cirugía mayor ambulatoria superiores en los concesionados que en sus comparadores. Queda pendiente ir mejorando evaluaciones, lo que requiere voluntad para hacerlas, y adoptar un enfoque poblacional, pues lo que importa no es tanto que el hospital A sea más eficiente que el B, si lo que se pierde con el B no queda compensando con lo que se gana con el A<sup>13</sup>.

#### Intentos de descentralizar burocracias

Las organizaciones burocráticas caracterizan el sector público, aunque no sean exclusivas de él. Distingue a la organización burocrática la centralización de las decisiones, la especialización funcional, la reglamentación detallada de procedimientos, la presencia de diversas formas de abordar un problema para conseguir un resultado (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 en 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. En este sentido, la poca separación existente entre decisiones políticas y gestoras unida a la insuficiente autonomía para descentralizar en los centros sanitarios continúa explicando los escasos avances registrados.

#### Entre monopolios naturales cabe la competencia por comparación en calidad

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 2 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.

Garantizar esa conquista de la humanidad llamada Estado del Bienestar, con su importante componente sanitario, supone asegurar un alto porcentaje de financiación pública, el que permite el acceso según la necesidad, y aunque también los valores acerca de la equidad varían en el tiempo y entre países, se admite que la clave de un sistema sanitario de calidad radica en el universalismo de su cobertura poblacional y financiación. En España, un 72% de financiación pública del gasto sanitario nos deja por debajo de los países con los que debemos compararnos. Una vez los fondos son públicos, conviene pensar en la mejor manera de gastarlos entre muy diversas formas organizativas. De hecho, las habilidades clínicas, el volumen, el grado de competencia y la propiedad pública explican la calidad de la gestión en los hospitales<sup>14</sup>, por lo que deberían ser los estímulos que la rigieran. Para ello, 2 son los frentes de actuación: mejora de la gestión y mejora del entorno institucional. Este último, cuya discusión trasciende al objetivo del presente artículo, tiene que ver con la competencia por comparación en calidad entre centros sanitarios, de investigación, educativos, etc.

### Incentivos individuales

Este tercer nivel, referido a personas, pretende un cambio positivo en los comportamientos y hablar de reconocimiento por pacientes y colegas, promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción, dinero, compatibilidad con la vida personal y familiar, etc.

Los distintos instrumentos que mejoran la actuación profesional se conocen y están evaluados, y destacan entre ellos las intervenciones multicomponente: educación, auditorías clínicas, informatización, gestión de la calidad, estímulos financieros, etc.

Pago por salario, capitación y acto son las 3 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 combinarlas.

Ya hemos comentado que los incentivos explícitos no son la solución a todos los problemas: nada sustituye una correcta selección de personal, en la que participen los colegas, algo en general difícil en nuestro entorno. Hay que evitar, por otra parte, que las prácticas gestoras no destruyan realidades fructíferas que incluyen la presencia de reciprocadores altruistas, el interés por el trabajo bien hecho y la búsqueda de aprobación social.

El objetivo es evitar que dejen de suministrarse cuidados útiles y que se provean otros perjudiciales. La gran cuestión clínica es cómo evitar el exceso del gasto sanitario (un 33% del total según el *Institute of Medicine*), derivado de la indicación de procedimientos no efectivos y principalmente de la mala indicación de procedimientos efectivos. Las cesáreas, las angioplastias o los tratamientos antidepresivos son buenos ejemplos: tremendamente útiles en la indicación correcta, iatrogenia y despilfarro fuera de indicación.

Los problemas clínicos se resuelven clínicamente, aunque siempre ayudará saber cómo se forman las creencias (educación, colegas...), qué explica la sobreutilización, por qué los tratamientos inefectivos desaparecen tan lentamente<sup>15</sup>, qué incentivos son nefastos y cómo se consigue estimular la competencia en lo que interesa, es decir, calidad en salud. *Choosing Wisely*, *Right Care Alliance*, proyecto *Essencial*, etc., son pasos en el sentido correcto, pero con las formidables resistencias y tropismos (hacia prestigio y poder) interiorizados tanto en clínicos como en pacientes por la implícita percepción de la innovación, la ciencia y los servicios sanitarios, que no se corresponde con su impacto en el bienestar social. Por eso la gestión clínica no puede separarse de la sanitaria.

En sanidad hay que reivindicar los incentivos «débiles» (peligro de incentivos «fuertes» para una acción equivocada) y tener muy en

cuenta todos los incentivos implícitos proporcionados por el contexto legal, social y profesional<sup>16</sup>.

## HACIENDO INDIVIDUALMENTE ATRACTIVO LO SOCIALMENTE CONVENIENTE

La conquista de la humanidad llamada Estado de Bienestar puede consolidarse en España, incluida su joya de la corona, la atención sanitaria, con ligeros retoques, por un lado, que lo hagan más parecido a los Estados de Bienestar nórdicos y del centro de Europa y, por otro, adoptando medidas que la realidad y numerosos dictámenes reclaman:

- Recuperar la planificación (esa competencia para autorizar aperturas, modificaciones o cierres de instalación sanitaria), que al dimensionar la oferta humana y física condiciona en altísimo grado la utilización del futuro. Auténtica gestión de la utilización.
- Hacer efectivo el factor de sostenibilidad que regule la composición de la cartera de servicios según coste-efectividad e impacto presupuestario tal como hacen los países europeos con más poder adquisitivo (y con un Estado de Bienestar más consolidado).

La práctica clínica se adapta a la oferta disponible en cuanto a medios a disposición y cartera de servicios establecidos, como repetidas veces se ha mostrado desde la famosa «historia de dos ciudades»: Boston y New Haven<sup>17</sup>. La práctica clínica, por otra parte, como principal asignadora de recursos sanitarios —en decisiones diagnósticas y terapéuticas—, contiene la clave para que un sistema sanitario de financiación pública sea deseable para los ciudadanos votantes<sup>18</sup>: que sea solvente, que tenga capacidad resolutoria, lo que implica con recursos limitados tanto eliminar el exceso de utilización inadecuada, la sobreutilización y la infrautilización —un tercio del gasto sanitario en Estados Unidos—<sup>19</sup> como reducir la brecha entre la eficacia (lo que idealmente podría conseguirse) y la efectividad (lo que realmente se está consiguiendo).

Hacer individualmente atractivo para los clínicos una mejora continua de su práctica aconseja posibilitar la existencia de organizaciones con autonomía de gestión, que reciban una parte de sus presupuestos en función de resultados —ajustando por todo lo que hay que ajustar— en un entorno de competencia por

comparación en calidad, para el que se precisa una mejor política que permita una mejor gestión pública<sup>20</sup>.

## CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ninguno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Campillo C, Ortún V. La decisión clínica: clave de los resultados de los servicios de salud en cualquier país. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:515–519.
2. Porta M, Fernández E, Belloc, Malats N, Gallén M, Alonso J. Emergency admissions for cancer: a matter of survival? *Br J Cancer*. 1998;77:477–484.
3. Manchón-Walsh P, Espinàs J, Prades J, et al. Evaluación del proceso de concentración de cirugía oncológica digestiva de alta especialización en Cataluña. Monográficos de la Central de Resultados. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut de la Generalitat; 2016.
4. Spiegel A, Springer C. Babylonian medicine, managed care and Codex Hammurabi, circa 1700. *J Comm Health*. 1997;22:69–89.
5. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, et al. Pay for performance in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*. 2006;355:375–384.
6. Murray C, Frenk J. Ranking 37th—Measuring the Performance of the U.S. Health Care System. *N Engl J Med*. 2010;362:98–99.
7. Berwick DM. Controlling variation in health care: a consultation from Walter Shewhart. *Med Care*. 1991;12:1212–1225.
8. Fehr E, Gächter S. Altruistic punishment in humans. *Nature*. 2002;415:137–140.
9. Camerer C, Fehr E. When does “economic man” dominate social behavior? *Science*. 2006;311:47–52.
10. North DC. *Institutions institutional change and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
11. Acemoglu D, Robinson J. *¿Por qué fracasan los países?* Barcelona: Deusto; 2012.
12. Arias A, Illa C, Sais C, Casas M. Evaluación de la eficiencia y calidad científico-técnica de los hospitales en España según su modelo de gestión. *Gac Sanit*. 2007;21:Supl 1:11.
13. López-Casasnovas G, Del Llano J, editores. *Colaboración público-privada en sanidad: el modelo Alzira*. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2017.
14. Bloom N, Propper C, Seiler S, Van Reenen J. The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals. *Rev Econ Stud*. 2015;82:457–489.
15. Tatsioni A, Bonitsis N, Ioannidis J. Persistence of contradicted claims in the literature. *JAMA*. 2007;298:2517–2526.
16. Casadesús R, Spulber D. *Agency revisited*. Bilbao: Fundación BBVA; 2007.
17. Wennberg JE, Freeman JL, Culp WJ. Are hospital services rationed in New Haven or over-utilised in Boston? *Lancet*. 1987;1:1185–1189.
18. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la atención integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V. editor. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson-Elsevier; 2003. p. 17–87.
19. Institute of Medicine. *The health care imperative: Lowering costs and improving outcomes*. Washington DC: National Academies Press; 2010.
20. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en Sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit*. 2011;25:33–38.