

LOS INCENTIVOS MAL PLANTEADOS INCREMENTARÁN EL DETERIORO DE LA SANIDAD PÚBLICA

FADSP, septiembre de 2012

En los tiempos que corren resulta muy socorrido lanzar una y otra vez este mensaje voluntarista: “tenemos que convertir las dificultades del momento en oportunidades de mejora”, porque denota entusiasmo, a pesar de todo; ganas de superación y pensamiento positivo. Sin embargo, el ambiente que se vive diariamente en hospitales y centros de salud deja pocos resquicios para levantar el ánimo, y menos aún para esperar iniciativas y para sumar voluntades a propuestas de trabajo novedosas. Es poco probable esperar colaboraciones de buen grado de quienes ven día a día mermar su salario, perder días libres, empeorar sus condiciones de trabajo o aumentar su jornada laboral sin contrapartidas. Al contrario, lo esperable es que cada vez empeore más el clima laboral.

Esta perspectiva de deterioro de las condiciones laborales y la posibilidad de protestas y conflictos profesionales y poblacionales lleva a algunos políticos y gestores sanitarios a ofertar mejoras o incentivos para compensar aquel deterioro. Es el caso de algún Consejero de Salud, que propone revisar las instrucciones planteadas para la adaptación de la nueva jornada semanal de los trabajadores, de 35 a 37,5 horas, si se reducen los costes sanitarios regionales para acabar “con el despilfarro que se produce en los hospitales”, y propone reducir el gasto farmacéutico y también de “material sanitario” y en “pruebas diagnósticas”, porque suponen un desembolso “muy cuantioso”.

Este tipo de propuestas implican varios inconvenientes graves.

- Por un lado son un chantaje a los trabajadores sanitarios;
- además son medidas cuya adopción puede repercutir negativamente en la salud de la población
- en tercer lugar, son una forma perversa de incentivar el ahorro, porque la disminución de costes no implica mayor calidad.

La racionalización del gasto sanitario, su adecuación a las mejores pruebas científicas disponibles y el control gerencial de compras y de utilización de tecnologías es una responsabilidad de los profesionales y de los gobernantes en todo tiempo y lugar, y no es de recibo que se propongan esas medidas ahora como moneda de cambio por una política de personal y de recortes errática y sin planificación alguna, y que lo que logrará es enfrentamientos entre población y profesionales de la salud y un ejercicio injusto de la actividad profesional, con el consiguiente aumento de los efectos adversos y de las desigualdades

EFFECTO TEÓRICO DE LOS INCENTIVOS

Porque los **incentivos, desde el punto de vista teórico:**

1/ deben servir para reforzar la profesionalidad y la excelencia de los empleados del sistema sanitario, y

2/ deben reforzar el bien interno de la asistencia sanitaria, que es el bien del paciente.

Por el contrario, cuando los propios profesionales no valoran el bien interno que con su ejercicio se persigue (ser un buen médico, ser un buen enfermero) y ejercen exclusivamente por los beneficios externos que se pueden conseguir (dinero, prestigio, poder social), se corrompe la actividad profesional, se renuncia a la excelencia y se pierde vocación, legitimidad social y credibilidad.

Por su parte, si los gestores sanitarios entienden la incentivación como una estrategia comercial, desligada del fomento de la excelencia, como es el caso mencionado anteriormente, están promoviendo una actuación profesional que puede llegar a ser inmoral.

Desde el punto de vista práctico, los programas de incentivos para profesionales sanitarios responden a dos

objetivos:

1/ Impulsar las prioridades de la política sanitaria, armonizando el logro de resultados sobre los pacientes con los de la institución, y

2/ Evitar la aparición de incentivos perversos y comportamientos inadecuados, como el incumplimiento horario, la ausencia de cooperación, la escasa implicación, la mala calidad asistencial y relacional o la búsqueda y/o aceptación de incentivos externos ajenos al sistema público.

Así pues, los planes de incentivos bien elaborados son el medio más fiable para mejorar la motivación y contribuir a compaginar la calidad de las prestaciones con la contención del gasto, y los incentivos tienen tanto sentido cuando promueven la adopción de nuevas intervenciones eficaces como cuando evitan la introducción o persistencia de actividades innecesarias.

Sin embargo, en España, tenemos **ejemplos recientes del uso arbitrario**

- Así por ejemplo a los profesionales de la atención primaria se les ha premiado por “no hacer”: no derivar, no pedir pruebas, no recetar, mientras a los del hospital se les premiaba por todo lo contrario, “por hacer”: más primeras consultas, más cirugía, dar más altas.
- Tampoco los incentivos han estimulado la excelencia profesional, porque han servido sobre todo para beneficiar económicamente a quienes tenían peores indicadores de calidad, en vez de para premiar a los mejores. Así ha ocurrido con los incentivos económicos a la reducción de la duración media de las incapacidades temporales (IT), o a los que tenían más gasto farmacéutico, o a los que partían de peores niveles de cobertura y de menos exhaustividad en el control de patologías crónicas (evaluación mediante contrato-programa). Las llamadas peonadas en el hospital han premiado a los servicios con poca productividad en el horario laboral habitual y han servido para perpetuar ese mal rendimiento, porque se pagaba mejor el trabajo en el horario extra.
- Y es que no se han sabido compaginar los incentivos para promover o disuadir determinadas actividades o comportamientos, con las medidas disciplinarias o punitivas para evitar situaciones no deseadas. Y aunque puedan ser excepcionales, algunas situaciones deben evitarse, y penalizarse, incluso con finalidad ejemplarizante.
- Por su parte, los propios gestores no han ejercido ninguna labor ejemplarizante ni de liderazgo, por ejemplo atribuyéndose el cobro de productividades inverosímiles.
- Además del salario se han introducido otros pagos en relación al rendimiento y a la calidad (contrato-programa, carrera profesional, P4P, etc...), sin que conozcamos bien su impacto, duración, ni como implantarlos.
- El pago por calidad no parece suficiente por sí sólo para mejorarla.

Se precisan cambios de comportamiento en otros actores, apoyo computarizado a las decisiones clínicas, publicación y transparencia en los resultados, incentivos a los usuarios, así como evitar la distorsión de la actividad y el registro hacia lo que se premia (ingeniería documental), la selección de pacientes (o de los denominadores) y, lo que es más importante, la erosión de la motivación intrínseca y la pérdida de auto-estima y de autonomía profesional.

PRECAUCIONES EN LA APLICACIÓN DE INCENTIVOS

Los **incentivos tienen limitaciones conocidas**, como:

- 1/ Frecuentemente lo que se consigue no es lo que se esperaba. Por ejemplo, mejora más el registro o la documentación que la propia calidad asistencial de los servicios, por eso es recomendable un diseño cuidadoso de los incentivos
- 2/ Los servicios con niveles peores de calidad son los que más mejoran, por lo que se recomienda mezclar los incentivos al aumento de la calidad con incentivos por lograr niveles preestablecidos
- 3/ Son más recomendables los incentivos que guardan una relación proporcional con mejoras en los resultados; por otra parte, algunos indicadores de resultados pueden verse modificados por el entorno y no siempre indican mejor calidad
- 4/ La cuantía de la compensación que hace efectivo un incentivo debería situarse por encima del 5 % del sueldo anual
- 5/ Los incentivos mensuales recuerdan mejor que los anuales la necesidad de incorporar comportamientos de calidad
- 6/ Los incentivos colectivos tienen menor efecto que los individuales
- 7/ Una vez alcanzado un determinado nivel de objetivos, las mejoras sucesivas son mucho más difíciles, por eso algunos indicadores que están lejos de su "techo" mejoran escasamente
- 8/ Una vez alcanzados los objetivos de reembolso, el sistema de incentivos deja de estimular la mejora, porque los profesionales no maximalizan los posibles beneficios
- 9/ Cuando el médico recibe incentivos monetarios por su trabajo descende la confianza que tienen en él sus pacientes, ergo la confianza en el médico es mayor entre los pacientes que desconocen cómo se le paga
- 10/ La satisfacción del profesional está más relacionada con los incentivos ligados a la calidad del trabajo clínico que a la cantidad
- 11/ El control gerencial del presupuesto resta tiempo clínico a los profesionales, y
- 12/ Pueden aumentar las desigualdades (o la ley de cuidados inversos) porque se busca el cumplimiento en los sectores de población más accesible, o se centran en los criterios más fáciles de medir, o en aspectos que no influyen directamente en cambios de salud.

¿ES POSIBLE INCENTIVAR EN TIEMPOS DE CRISIS?

Los sistemas de incentivos más eficaces deben tener las siguientes características:

- 1/ Ser un conjunto bien elaborado, sostenido en el tiempo y adaptado a las necesidades, tanto en términos financieros como de recursos humanos
- 2/ Tener en cuenta en su diseño las aportaciones de los principales interesados
- 3/ Basarse en los principios de transparencia, equidad y coherencia
- 4/ Adaptarse a la finalidad que pretenden
- 5/ Conservar los efectos estratégicos de sus elementos
- 6/ Combinar incentivos financieros y no financieros
- 7/ Revisables periódicamente y evaluables, tanto su impacto como consecuencias

8/ Motivar a la población a la que van dirigidos

9/ Evitar generar conflictos de interés y/o éticos en relación a lo incentivable.

Como refieren las revisiones más recientes (Voigt, 2012), cuando se plantea la introducción de incentivos hay que tener en cuenta que la distinción entre “zanahorias” y “palos” (recompensas y sanciones) tiene un alcance limitado, porque lo que para unos profesionales puede ser un premio (cobrar más por reducir la duración media de sus IT), otros, los que controlan bien a sus pacientes, pueden entenderlo como una falta de reconocimiento, porque no recibirán el premio, o será un premio más pequeño que el de sus compañeros peores cumplidores y, en compensación, no recibirán estímulo ni palabra de aliento alguna.

Por otro lado es necesario reforzar la utilidad de los incentivos para mejorar la igualdad y, en consecuencia, contemplar indicadores sensibles a la evolución de las desigualdades sociales en salud.

Propuestas como la comentada de algún consejero de salud no tienen en cuenta su efecto potencial en las desigualdades, porque la reducción de terapias y medios diagnósticos, cuando no hay patrones claros de lo que es infrautilización o sobreutilización y, sobre todo, cuando hay un gradiente social en la utilización de servicios y en la propia distribución de las enfermedades, pueden terminar penalizando a quienes más lo necesitan. Además, los criterios de reducción pueden generar conflictos éticos en los profesionales y, finalmente, puede haber enfrentamientos con los usuarios, si entienden que lo que se les niega a ellos es para compensar a los propios profesionales, con lo cual perderán la confianza en el papel de éstos como sus agentes de salud.

En resumen, para poder abordar seriamente una política de incentivos, primero es necesario acabar con los recortes generalizados e indiscriminados, luego incentivar la calidad de la atención sanitaria y no el ahorro y, por fin, consensuarlo entre administración sanitaria, profesionales y usuarios. Otro tipo de propuestas solo avanzan en el deterioro de la Sanidad Pública.

Bibliografía

- Voigt K. Incentives, health promotion and equality. *Health Economics, Policy and Law*. 2012; 7: 263–283
 - Palomo L. Pagar a los médicos. *Salud 2000*. 2000; 78:6-10
 - Palomo L. Los límites de la excelencia profesional. *Salud 2000*. 2003; 91: 23-26
 - Palomo L. Uso y disfrute de los incentivos en atención primaria. *Salud 2000*. 2007; 114: 22-27
 - Gervas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81: 589-596
 - Ripoll MA, Palomo L. Los métodos de incentivación en el hospital y en atención primaria. En: *Expectativas y realidades en la atención primaria española*.
- Palomo L. (Coord.). Madrid: Fundación 1º de Mayo y Ediciones GPS, 2010; pags. 147-165. Accesible en: www.fadsp.org
- Palomo L. Sistemas de evaluación e incentivación en la gestión del paciente polimedcado. En: Gavilán E,

Villafaina A. Polimedicación y salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. Barcelona: Reprodisseny

2011. Pags. 315-331. Accesible en: www.polimedicados.org.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua 29. Local 49. 28030 Madrid

Tel: 913 339 087 Fax: 914 377 506

E-mail: fadspu@gmail.com

www.fadsp.org

Ahora también estamos en las redes sociales @fadspu