

CAPÍTULO 7

Incentivos y recursos humanos: la aplicación del *personnel economics* en sanidad

J. del Llano Señarís, E. Antón de las Heras y C. Polanco Sánchez

Recursos humanos para la salud: situación actual, desafíos y futuro

En las últimas décadas los sistemas de prestación y financiación de servicios sanitarios en Europa se han visto sujetos a ajustes, cambios e incluso transformaciones que han interesado a gobiernos, administraciones, universidades, medios de comunicación social, profesionales, aseguradoras, usuarios y pacientes. Sin embargo, se ha prestado mucha menos atención a los cambios en el marco de las relaciones laborales y de la gestión de recursos humanos¹.

Las demandas crecientes de encontrar las estrategias más apropiadas para la contención de costes, mejorar la transparencia entre los agentes del sistema, aumentar la rendición de cuentas por parte de los prestadores y mejorar los resultados asistenciales y de salud de las intervenciones sanitarias sobre los pacientes, han hecho y están haciendo que cambien las formas tradicionales en las que la medicina era practicada. Estamos hablando de un mayor énfasis en la atención primaria frente a la especializada, de la incorporación de la perspectiva poblacional, del trabajo en equipo pluridisciplinario, de las redes de prestación integrada y de la introducción de los sistemas de gobierno clínico.

En una empresa de servicios como la sanitaria, intensiva en mano de obra, el papel que desempeñan las personas en la consecución de los objetivos es clave. Las reformas emprendidas señalan la importancia de una gestión efectiva de los profesionales sanitarios por su impacto en costes, producción y calidad de los servicios prestados. A diario son los médicos, con sus decisiones diagnósticas y terapéuticas, de seguimiento de pacientes y de uso de recursos, los actores más influyentes en el fracaso o en el éxito de las reformas emprendidas. Es por ello que su formación, su estatus, su carrera, sus competencias y los sistemas de rendición de cuentas tienen un importante impacto sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Existen evidencias en todos los sistemas sanitarios europeos de las insuficiencias en la gestión y regulación de la fuerza de trabajo que minan las oportunidades de que los cambios operen convenientemente, y la gestión de los recursos humanos es un aspecto crítico

en las reformas que contribuye a la mejora de las prestaciones, a la seguridad de los pacientes atendidos, a la creación de sistemas de cuidado flexibles y coste-efectivos que optimizan los *outcomes* y facilitan la coordinación entre prestadores, consumidores y financiadores.

La creciente complejidad tecnológica requiere no sólo la excelencia clínica, sino también las capacidades gestoras que aseguren que los *inputs* se usen adecuadamente en el lugar oportuno y en el tiempo preciso. El desarrollo de estas habilidades necesita de cambios en la práctica clínica, en los *curricula*, en la financiación de la formación y en el gobierno de los profesionales sanitarios que va más allá del sistema sanitario y afectan a la educación superior y a la investigación.

La política y la planificación de los recursos humanos deben ocupar un lugar predominante en la agenda de la política sanitaria de un país tanto para adecuar la oferta a la demanda de servicios como por su impacto en el gasto sanitario. El tiempo es crucial, y los análisis prospectivos de necesidades de recursos humanos por especialidades y su distribución geográfica son temas de primera magnitud. La tarea no es sencilla: requiere una perspectiva de largo plazo, la cobertura de las necesidades de salud de la población, asegurando una distribución equitativa y coherente entre las regiones geográficas, los establecimientos y los niveles asistenciales, pero no por ello hay que demorarla. En economías cada vez más globales, el mercado de servicios profesionales requiere prestar atención a aspectos tales como la movilidad, la capacidad de retención de personal, el reclutamiento y los escenarios de escasez de determinadas profesiones y especialidades que ya no entienden de fronteras.

A un nivel más *meso*, la gestión del funcionamiento de los servicios requiere del acople de la organización y división del trabajo, de los estándares de práctica, de los métodos de pago, de la circulación de la información, de las herramientas de gestión y de los mecanismos de evaluación:

A un nivel más *micro*, la motivación en el trabajo necesita imperativamente el alineamiento de las metas de la organización y de las personas que trabajan en ella, con plena percepción por parte de los trabajadores de que pueden llevar a cabo sus tareas en un clima y con unos recursos que lo propicien.

Por último, la expansión de la importancia de la asistencia sanitaria en la economía llama a una mayor regulación externa que concilie la contención de costes con la exigencia de una mayor efectividad de las intervenciones sanitarias, de modo que nos lleven a mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto.

Incentivos en las profesiones sanitarias

Según la Real Academia Española, un incentivo es un estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía para elevar la producción. La aplicación de este concepto al sector sanitario, y más concretamente al colectivo médico, nos situaría en un escenario en el cual debiera procurarse la presentación de estímulos adecuados a la satisfacción de las necesidades e intereses de los profesionales con el fin último de alcanzar unos objetivos asistenciales, económicos o de cualquier otra categoría seleccionada. Hay que puntualizar que, obviamente, las necesidades e intereses de los profesionales que deben satisfacerse han de estar relacionados con su desempeño profesional, y que cualquier modelo de incentivos, y de gestión sanitaria en general, ha de integrar la dimensión ética de las organizaciones sanitarias².

Es conocido que una nueva plaza en el cupo de *numerus clausus* de las facultades de medicina tarda como mínimo 10 años en materializarse en un médico en ejercicio, que a su vez puede estar trabajando en el sistema de salud durante 40 años. La planificación educativa habría de tener, pues, horizonte de muy largo plazo y debería estar en consonancia con los planes y expectativas de crecimiento del dispositivo asistencial y con la evolución previsible de perfiles de empleo futuro que pudieran surgir de los cambios organizativos y tecnológicos. Desafortunadamente hay desequilibrios espaciotemporales en la dotación de especialistas, así como en las interrelaciones entre formación y empleo, es decir, entre mercado educativo y laboral³.

Deben hacerse 3 consideraciones previas sobre aspectos de gran importancia al tratar el tema de los incentivos.

La primera se refiere a la compatibilidad de incentivos entre los diferentes agentes del sistema: ciudadanos, pacientes, profesionales, instituciones proveedoras de servicios de salud, agencias de compra y financiadores. Los incentivos a los que aspiran estos agentes no siempre son coincidentes, ya que existe una gran diversidad de intereses y aspiraciones, legítimos, de unos y otros y que devienen de los distintos puntos de vista desde los que interpretan la asistencia sanitaria. Este conflicto entre los diferentes incentivos para los agentes aparece, además, en un contexto de restricciones presupuestarias y de una gestión rígida inherente a un sistema financiado mayoritariamente con fondos públicos⁴.

La segunda consideración ha de referirse forzosamente al desajuste histórico que existe en España entre oferta y demanda de médicos, con un exceso de la primera que ocasiona situaciones de paro y subempleo, lo que obviamente afecta al planteamiento de cualquier sistema de incentivos para el colectivo⁵. Actualmente, algunos de los rasgos remarcables son los flujos migratorios de profesionales a países que les propician mayores oportunidades y rentas, y la escasez de determinados especialistas médicos en diversas regiones españolas.

Un tercer aspecto que debe tenerse en cuenta es la falta de consenso o la inexistencia del interlocutor válido en la negociación y valoración de los incentivos. Deberían existir foros previos de negociación entre los representantes de los profesionales y la administración sanitaria para llegar a acuerdos o, al menos, aproximar posturas.

Centrándonos en los incentivos para los médicos, sus necesidades e intereses se distribuyen básicamente en 3 categorías: materiales, psicológicas y sociales. Cada una de estas categorías requerirá un tipo diferente de incentivo para su satisfacción, y cada tipo de incentivo precisará la aplicación de una política concreta.

Las necesidades de índole material exigen unos incentivos externos que se materializarán por medio de una reorientación de la política retributiva, y por tanto estos incentivos son de base fundamental, aunque no únicamente, monetaria.

Las necesidades psicológicas exigen un tipo de incentivos internos. Éstos se generarán a través de un desarrollo profesional, adecuado a la motivación de logro de cada médico, que permita alcanzar la excelencia técnica y la promoción profesional. Estos logros técnicos y organizativos conducirán al incremento de la autoestima positiva. Este tipo de incentivos precisan políticas de personal orientadas hacia el progreso de la carrera profesional.

Las necesidades de índole social exigen unos incentivos de carácter trascendente que se relacionan con el sentido de servicio y utilidad social, es decir, con el comportamiento ético, y para ello se necesitan políticas que fomenten la identidad del colectivo, la integración y la ética⁶.

El modelo antropológico contempla la medida en que la organización satisface los componentes de la motivación de sus miembros y lo denomina estructura compensatoria, con 3 niveles: extrínseca, intrínseca y trascendente⁷.

Tres son los modelos de compensación a médicos: pago por servicio, capitación y salario. En España el más prevalente es este último. Los incentivos financieros adicionales resultan eficaces en las políticas de contención de costes pero pueden generar conflictos de interés al disminuir los niveles de confianza del paciente hacia el médico y alterar la naturaleza de la relación médico-paciente. Un desarrollo muy completo sobre la influencia de los métodos de pago a médicos en la eficiencia del sistema sanitario lo encontramos en un informe de la Comisión sobre el Futuro de la Asistencia Sanitaria en Canadá⁸.

Los principales motivos para poner en funcionamiento programas de incentivos para los médicos son los siguientes:

1. Motivar a los médicos hacia el logro de unos objetivos concretos adaptados a las necesidades del sistema. La elección de los objetivos viene marcada por las prioridades de política sanitaria y pueden apreciarse en las medidas reformadoras que ya están comenzando a ponerse en marcha, como la introducción de límites presupuestarios sobre el gasto, la implantación de sistemas de remuneración a los profesionales de carácter mixto (que incluyan salario, más elemento capitivo, más pago por acto médico de manera limitada).
2. La delegación de parte del presupuesto a los médicos generales para contratar con los hospitales en nombre de los pacientes, la competencia entre aseguradoras y la concesión de mayor autonomía a los hospitales, pueden ser otras alternativas. En nuestro entorno se han realizado experiencias de introducción de incentivos monetarios de cierta importancia en el reparto de productividad a directivos del Servicio Andaluz de Salud⁹. También pueden compartirse la elección de objetivos parciales con los profesionales dentro de un marco amplio de objetivos. Los objetivos han de dirigirse tanto al logro de resultados sobre los profesionales (perfil profesional) como sobre la institución (objetivos asistenciales, económicos, etc.).
3. Evitar la aparición de incentivos perversos. La ausencia de un programa de incentivos bien establecido tiene entre sus principales consecuencias que los profesionales se «incentivarán» particularmente contra los intereses generales de la organización¹⁰, por descoordinación, con lo que pueden aparecer conductas poco adecuadas, como el incumplimiento de horarios, la ausencia de comportamientos cooperativos, la escasa implicación en actividades de investigación y docencia, la invasión de competencias ajenas, el cumplimiento «escrupuloso» de las funciones, la mala calidad de trato al paciente, la búsqueda y/o aceptación de incentivos externos ajenos al sistema público, etc.¹¹.
4. Defensa del sistema y de los pacientes: el programa de incentivos mejoraría la eficacia del sistema sanitario (más motivación e implicación de los profesionales) y, por tanto, supondría un beneficio para los usuarios¹².

Previamente al establecimiento de los incentivos es importante detectar y explicitar los objetivos prioritarios del sistema sanitario, lo que ayudaría a dotarlo de identidad. Un sistema de incentivos debe basarse en los siguientes aspectos:

1. Función temporal del profesional: edad y período de ejercicio.
2. Ritmo de respuesta: en el corto, medio y largo plazo.
3. Diferentes incentivos para diferentes necesidades y objetivos:
 - Recompensas no económicas: días libres, facilidades para la formación, mejoras en el lugar de trabajo, promoción profesional, reconocimiento por el esfuerzo y el logro, cambio de lugar de trabajo, etc.
 - Recompensas económicas, generalmente asociadas al rendimiento; pueden ser individuales y/o colectivas, dirigidas al logro de conductas deseadas o la desaparición de indeseadas.
4. El sistema de incentivos sería más efectivo si se trabajara en 2 direcciones: premio-sanción.
5. Los criterios para proceder al premio (o a la sanción) deben ser claros, explícitos y evaluables de forma objetiva.
6. Flexibilidad temporal y formal: los sistemas de incentivos rígidos y constantes carecen de eficacia.

A continuación se presentan sucintamente las principales limitaciones y problemas para la introducción de programas de incentivos:

- Marco jurídico poco propicio.
- Carencia de tradición.
- Aversión al riesgo de los profesionales.
- Resistencia sindical.
- Costes de obtención de información necesaria para la incentivación.
- Indefinición de las actividades que hay que incentivar.

Por último, es necesario conocer distintas peculiaridades del sistema sanitario, ya que serán cruciales al implementar cualquier programa de incentivos en dicho sector:

- Gran «poder médico»: alto poder de decisión, libertad clínica, los médicos maximizan o minimizan la función de utilidad en la medida que la organización satisfaga sus expectativas.
- Complejidad del producto sanitario: multidimensionalidad de la producción, definición y medición discordantes.
- Existencia de objetivos divergentes: el médico suele maximizar sus beneficios (y los del paciente) apartándose de los objetivos de la organización.
- Dificultades para transmitir la información que argumente la necesidad de una modificación del sistema organizativo o de la práctica clínica.
- Las políticas de recursos humanos requieren un cuidadoso ejercicio de planificación, son imprescindibles para aplicar un sistema de incentivos, y en el sistema sanitario no pueden desvincularse de la concepción general de la organización. A efectos prácticos se han de priorizar 2 propósitos: la administración de personal (preservar el principio de legalidad) y la regularización de los procesos de selección, basados en los principios de igualdad, capacidad y mérito. El sistema sanitario está orientado a una finalidad social y tiene en las personas el bien máspreciado para alcanzar sus fines¹³.

El modelo más interesante de sistematización de un programa de incentivos en el sistema sanitario puede encontrarse en la puesta en marcha del sistema de desarrollo o carrera profesional. El marco conceptual para el desarrollo profesional ha de ser la efectividad clínica que valore las competencias y compromisos de los médicos.

La necesidad de aumentar la productividad y la eficiencia de los sistemas sanitarios ante el aumento de la demanda, en un marco de restricciones presupuestarias, implica necesariamente la modificación de las estructuras organizativas y de gestión. La aplicación de sistemas de incentivos para los profesionales y, de manera más concreta, el desarrollo de modelos de carrera profesional, pueden significar avances que contribuyan a la mejora del sistema en las condiciones actuales. Casi nadie duda que las políticas laborales y retributivas que tenemos en España no sean óptimas.

Debemos pasar de lo necesario para salir del paso, a lo deseable para garantizar la perdurabilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud. Varias son las razones de este obligado tránsito:

A nivel microeconómico, la evolución que se está produciendo de las retribuciones brutas anuales de los facultativos puede provocar tensiones financieras en las comunidades autónomas en el corto plazo por su dinámica inflacionaria y, lo peor, dispar entre comunidades autónomas y a cambio de nada.

A nivel macroeconómico, sigue pendiente la tarea de reformar en profundidad el actual sistema retributivo de los médicos, que debería incluir la modificación del actual complemento específico, la orientación del clínico a conseguir objetivos de calidad y actividad (incentivos a corto plazo), la mejora de los niveles de excelencia profesional (incentivos a largo plazo) y la reforma del actual sistema de atención continua¹⁴.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada en el Parlamento en 2003, establece en su artículo 40 que la movilidad del personal en todo el Sistema Nacional de Salud es uno de los aspectos esenciales de su cohesión. La ley describe el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, de investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual presta sus servicios. La modernización de nuestro sistema sanitario debe pasar ineludiblemente por la adaptación del perfil de los profesionales a las necesidades del sistema de salud y de la introducción de los elementos de incentivación necesarios para conseguirlo.

En resumen, la idea básica es que el desarrollo de un modelo de carrera profesional es una herramienta importante y que podría ayudar a mejorar la eficiencia de nuestro sistema sanitario. La aplicación de un sistema de incentivos mixto acorde con los objetivos generales del sistema sanitario y con la participación de los profesionales en su diseño, ayudaría a motivar a los médicos y, en consecuencia, a que éstos fueran más productivos.

Personnel economics: cerrar la brecha entre las teorías económicas de la producción y la agencia

La economía de la salud, a partir del enfoque neoclásico de la empresa, ha propuesto modelos de comportamiento específicos de las organizaciones sanitarias mediante la consideración de objetivos alternativos al de la maximización de beneficios y de acuerdo con las teorías económicas gerenciales¹⁵.

Los sistemas sanitarios de producción pública monopolística (como el español o el británico antes de su reforma) se han descrito en términos de la teoría de la burocracia de Niskanen^{16,17}. Spicer¹⁸ planteó que el sistema de hospitales públicos británicos respondía al modelo de comportamiento burocrático de Niskanen.

En lo que a recursos humanos se refiere, la teoría de la producción describe, entre otros aspectos, cuánto personal será contratado, cómo se complementará con el capital instalado, y cómo variará dicho volumen ante cambios en los niveles salariales. Sin embargo, esta teoría económica alcanza una abstracción que resulta de poca utilidad práctica para los profesionales de la atención sanitaria. En consecuencia, la gestión de los recursos humanos ha estado controlada por personal de formación no médica.

Existen muchas otras cuestiones que no pueden responderse mediante modelos tan abstractos y generales. Debe añadirse cierta estructura a los mismos para alcanzar el nivel de detalle necesario que la convierta en una teoría útil en la práctica. Por ejemplo, la teoría clásica de la producción no proporciona pautas acerca de la estructura salarial óptima o los mecanismos más apropiados para la motivación del personal.

La teoría de la agencia se acerca a estos aspectos tan específicos pero no llega a proporcionar respuestas para los gestores y decisores. El enfoque denominado *personnel economics* intenta cerrar esta brecha. Se define como la aplicación de los principios de la economía del trabajo a la gestión empresarial¹⁹. Su papel es conseguir un nivel de detalle que permita predicciones y prescripciones específicas para la gestión²⁰. Desde el que el *Journal of Labour Economics* dedicara en 1987 un número a este enfoque²¹, se han publicado numerosos artículos basados en esta teoría. Al creciente peso en el campo de la economía del trabajo hay que añadir la disponibilidad de bases de datos a nivel de empresa, que han permitido contrastar la relevancia del enfoque *personnel economics* en el mundo real¹⁹.

Los análisis habituales de los aspectos relacionados con los recursos humanos han tenido más o menos éxito en la detección de los problemas, pero no tanto en la provisión de soluciones. Por otra parte, los economistas parecen poseer una ventaja comparativa para la obtención de soluciones pero cierta desventaja en cuanto a la formulación de las preguntas objeto de análisis o investigación. La virtud de la teoría económica es su rigor, así como el carácter analítico propio del método científico. Dicho rigor da lugar a su mayor debilidad, ya que deben realizarse simplificaciones y supuestos para restringir el análisis. En consecuencia, el más amplio punto de vista de otros profesionales les permite una mejor identificación de las ineficiencias pero una menor certeza en las respuestas a dichos problemas.

Lazear²⁰ defiende que el enfoque *personnel economics* se centra en la obtención de políticas y principios tanto normativos como positivos. El economista persigue la generalización como un objetivo: las teorías son útiles sólo cuando su aplicabilidad es amplia y su contenido es importante. Si bien no se trata de un rasgo específico de los recursos humanos, la afirmación de los no economistas de que «la generalización es imposible» es más propensa a ser aplicada al análisis de los recursos humanos que a fallos de mercado más impersonales. Después de todo, los empleados (frente al capital instalado) son individuos con patrones idiosincráticos y de comportamiento. La tarea de los profesionales dedicados al *personnel economics* es encontrar modelos simples que cumplan el objetivo de describir aspectos esenciales del comportamiento de los empleados.

Es necesario enfatizar 4 aspectos de esta teoría que cierra la brecha existente entre la teoría clásica de la producción y la teoría de la agencia en el análisis de los aspectos relacionados con los recursos humanos:

1. Este enfoque tiene un carácter normativo, pero también da lugar a análisis sistemáticos. Dado que supone una herramienta apropiada para la gestión empresarial, puede enseñarse como una ciencia prescriptiva a la par que descriptiva.
2. Da lugar a una estructura compatible desde la teoría económica. Este carácter de estructura provoca que el análisis aislado de cada detalle del sistema carezca de interés. A modo de ejemplo, los niveles de beneficios empresariales no pueden determinarse en ausencia de mecanismos de compensación. Asimismo, el salario de un alto directivo no puede evaluarse independientemente de la retribución de sus colaboradores. La evidencia empírica y la teoría generan estas relaciones.
3. Buena parte del contenido de este enfoque depende de comparaciones en términos relativos en lugar de absolutos. Los individuos son comparados uno a uno en lugar de con respecto a un estándar absoluto. De igual modo, las empresas deben ser comparadas entre sí y no en base a algún criterio absoluto.
4. La economía es apropiada para el estudio de las relaciones humanas a nivel *micro*. Mientras la psicología y la sociología pueden proporcionar información acerca del comportamiento individual de cada empleado, estas ciencias no poseen la capacidad de la economía para analizar los aspectos humanos menos propensos a ser cuantificados. Por otra parte, la economía muestra que las explicaciones más intuitivas y directas *a priori* son a menudo origen de confusión en el análisis del entorno laboral. No existe, por tanto, motivo para ceder este análisis a otras ciencias sociales por el mero hecho de que el campo objeto de estudio involucre ciertas emociones individuales.

La teoría económica no suele otorgar importancia a la noción de *puesto de trabajo*. En la teoría de la producción sólo se consideran el trabajo y el capital, ambos como variables continuas. Sin embargo, el gestor de recursos humanos sitúa el puesto de trabajo como unidad clave de análisis. El enfoque que aquí presentamos otorga un peso específico, si bien en ocasiones implícito, al trabajo *per se*. Los trabajos tienen distintos significados e implican diferentes connotaciones en las diversas teorías, pero suelen ser el centro de todo análisis.

Otro aspecto menos desarrollado es el diseño de los puestos de trabajo. Mientras ciertas teorías son bastante explícitas acerca de los mismos, sólo algunas han estudiado el modo en que se configuran los empleos. Buena parte de esta carencia se debe al carácter abstracto de los modelos, ya que la disponibilidad de cada vez más y mejores bases de datos permite paliar este déficit^{19,22}.

En cuanto a las instituciones, al igual que los precios, deben tratarse como mecanismos para la asignación de recursos. A modo de ejemplo podemos citar el retiro obligatorio a partir de cierta edad, la experiencia en el mundo académico o los sistemas de promoción (*up-or-out*) empleados en los cuerpos militares. Todas ellas son instituciones que emplean mecanismos de cantidad en lugar del precio para obtener el resultado deseado. Existen otras instituciones que regulan el equilibrio de poder entre los trabajadores y los gestores. Son diferentes en cada país (quizá el más común sea la organización sindical) y, a pesar de ser nuevamente mecanismos de asignación de recursos distintos al precio, tienen implicaciones en el precio con el que finalmente se contratará el trabajo.

El papel de la formación es analizado desde la década de los setenta^{23,24}, y existen numerosos estudios acerca de su efecto sobre los salarios y la rotación del personal. Posteriormente, las teorías del crecimiento salarial basadas en el ciclo vital han proporcionado explicaciones alternativas a los patrones empíricos. La inclusión de incentivos puede suponer un pago creciente en el tiempo, a modo de reflejo de la progresiva acumulación de habilidades durante el desempeño del trabajo.

Desde el punto de vista positivo, se ha intentado encontrar diferencias en las implicaciones prácticas de ambas teorías (programas explícitos de formación y formación implícita durante el desempeño). No existe tal problema desde la perspectiva normativa. El enfoque *personnel economics* integra ambas teorías en un único paquete de recomendaciones.

Acerca de este aparente conflicto entre los enfoques positivo (qué sucede) y normativo (qué debería suceder) de la economía, baste recordar que situar en el camino apropiado a aquellos agentes cuyo comportamiento difiere del deseado es una tarea socialmente productiva.

Un aspecto relacionado con la formación y experiencia de los empleados es el coste asociado a su sustitución. Éste depende de la cantidad de capital humano específico que acumula cada uno de sus trabajadores. Si todo el capital humano fuera de carácter general, entonces la sustitución de fuerza de trabajo actual por nuevos empleados no supondría coste alguno para la empresa o los trabajadores. En el caso de que ambos hayan invertido en capital humano específico, la sustitución dejaría sin valor a esta característica y sería, por tanto, social y empresarialmente costosa.

La elección del esquema retributivo de cada empresa tiene implicaciones en la tasa de rotación del personal. La primera teoría consistente de la rotación²⁵ ya razonó que la inversión en capital humano específico reduciría dicha tasa. El sistema retributivo debe permitir que empresa y empleados compartan los costes y beneficios de dicha inversión. Dado que cada uno de los 2 agentes obtiene un rendimiento, ambos tienen incentivos para permanecer juntos.

En ocasiones el sector público ha intentado regular la fijación de salarios en la empresa privada a partir de índices exógenos. Lazear duda de la idoneidad de comparar índices con dicho fin, ya que la validez de un índice procede de su obtención a partir de datos de mercado. Sin embargo, si el mercado se encuentra afectado por fenómenos como la discriminación, entonces los índices en él basados no supondrán un criterio fiable para una política de fijación de salarios. Asimismo, el énfasis en la variación *entre trabajos* y la exclusión de las variaciones *intra trabajos* genera una imagen completamente distorsionada de la realidad de una economía o sector de actividad.

Podemos citar 3 grandes tipos de incentivos o factores motivadores que actúan sobre las personas: jerarquías, incentivos económicos, y valores y creencias¹⁵. Por tanto, se pueden considerar las siguientes opciones de diseño básicas para un sistema de incentivos:

1. Incentivos formales: primas asociadas al rendimiento, sistemas de torneo, participación en ahorros o reparto de beneficios.
2. Carreras profesionales tanto dentro como fuera de la organización.
3. Incentivos organizativos y jerárquicos: órdenes e instrucciones, sistemas de control y vigilancia, configuración de distintos centros de responsabilidad.
4. Valores e ideología como códigos de conducta, cultura corporativa, ideologías políticas y religiosas.

Modelos de retribución: ¿pago fijo o variable?

Buena parte de la literatura acerca de la gestión de los recursos humanos analiza los mecanismos de retribución. Dicho análisis suele centrarse en un modelo que asume competencia: se asume que cada trabajo recibe un salario competitivo porque el mercado laboral es suficientemente amplio e impersonal. Sin embargo, el modo en el que se efectúa dicha remuneración, su estructura a lo largo del ciclo vital del empleado, así como su relación con el puesto de trabajo o la posición del trabajador en la jerarquía de la empresa son aspectos menos estudiados.

Resulta útil destacar 2 ideas. La primera es que la retribución debe tratarse como una estructura completa, no como un conjunto de elementos determinados independientemente. En consecuencia, resulta desaconsejable analizar el nivel salarial de cierto tipo de empleados con el fin de determinar su idoneidad si no se tiene en cuenta su posición en la jerarquía interna. La teoría del torneo y los modelos de incentivos a lo largo del ciclo vital son instrumentos apropiados para la racionalización de la estructura retributiva de toda la organización.

La segunda es que las teorías económicas pueden integrar en sus modelos todos los aspectos relacionados con los sistemas de compensación. Para ello no es necesario que la remuneración se realice sólo en términos pecuniarios. El efecto psicológico derivado de la amenidad del trabajo, el estatus que otorga, las condiciones laborales y otros factores son fácilmente incorporables en los análisis clásicos. Lo que distingue el análisis económico del empleado en otras disciplinas es que los componentes no pecuniarios se transforman en sus equivalentes monetarios. Por lo tanto, el análisis económico permite discutir estos factores de modo riguroso.

El enfoque *personnel economics*, así como las teorías acerca del funcionamiento de los mercados laborales, tienen implicaciones macroeconómicas. Aquí nos referiremos brevemente a 2 de las teorías más utilizadas: los salarios de eficiencia y el comportamiento de *insiders* y *outsiders* en el mercado de trabajo.

La primera de ellas se refiere al fenómeno de pagar salarios superiores a los necesarios *a priori* con el fin de inducir una mayor productividad por parte del empleado. Esta teoría requiere que se verifiquen 3 condiciones: mayores salarios deben inducir mayores niveles de (esfuerzo y) productividad; debe existir mano de obra ociosa y preparada para ocupar el puesto, y la política de salarios elevados debe generar beneficios superiores a la gestión con salarios bajos o a niveles de mercado.

La teoría de los *insiders-outsiders* parte de supuestos microeconómicos más sólidos que la anterior, si bien también requiere ciertas asunciones²⁶. El capital humano específico genera una diferencia entre el valor de los trabajadores actualmente empleados en la misma y el resto, así como los costes de contratación. Dado que, según esta teoría, los empleados generan una ineficiencia al influir en las decisiones de contratación futuras, para la empresa sería deseable sustituir empleados para poder apropiarse de estas rentas (que de otro modo seguirían en poder de los *insiders*).

El enfoque *personnel economics* determina que los sistemas óptimos de retribución deben generar eficiencia en 2 márgenes: deben inducir a un determinado trabajador a realizar el nivel apropiado de esfuerzo y, a la vez, deben atraer a los trabajadores idóneos a la organización²⁰. Siempre existe un mecanismo de compensación apropiado que logra que los trabajadores realicen el esfuerzo óptimo en términos tanto de cantidad

como de calidad. A menudo, la calidad es más difícilmente observable y medible que la cantidad.

En cuanto a la elección acerca de si el mecanismo de retribución debe basarse en mediciones del *input* o del *output*, resultan útiles los siguientes resultados:

1. Las organizaciones pagarán según el *input* (*output*) cuando el coste de la medición sea elevado (bajo).
2. Las empresas retribuirán a sus empleados según el *input* (*output*) cuando la medición requiera mucho (poco) tiempo.
3. Cuanto mayor (menor) es el valor del uso alternativo del tiempo, mayor es la probabilidad de que la retribución se base en el *output* (*input*).
4. Los trabajadores que no (sí) tienen suficiente capital humano específico son candidatos a ser remunerados según una medición del *output* (*input*).
5. Cuanto más heterogénea (homogénea) es la fuerza de trabajo, mayor (menor) valor tiene el pago basado en el *output* medido.

Si nos centramos en los profesionales de la atención sanitaria, éstos son remunerados por los servicios que prestan a los pacientes, ya sea por parte de organismos públicos, compañías aseguradoras o los propios pacientes²⁷. De acuerdo con la base de pago elegida, podemos considerar 3 sistemas «puros» de remuneración de los médicos⁸: el salario, la capitación y el pago por acto o servicio, con su variante, el pago por proceso (tabla 7-1).

En el sistema de pago por salario los profesionales cobran por dedicar una cierta parte fija de su tiempo a realizar algunas tareas definidas genéricamente, más que por un conjunto detallado de actividades, con independencia de los servicios efectivamente prestados. La cuantía de la remuneración se establece entre las partes o sus agentes, y las variables que deben considerarse son el horario y el nivel jerárquico (incluyendo responsabilidad, antigüedad, rango). La variación en el rendimiento no altera la remuneración: los pagos son independientes del esfuerzo potencial o real. El comportamiento teórico que genera este sistema se caracteriza por la maximización del tiempo no asistencial y la minimización de las cargas de trabajo (tabla 7-2). Este esquema se ha aplicado a los especialistas en el Reino Unido, gran parte de las Health Maintenance Organizations de tipo *staff* en Estados Unidos y buena parte de los de médicos del Sistema Nacional de Salud español (especialistas hospitalarios, profesionales de atención primaria).

En el mecanismo de pago por acto (*fee for service*) el médico percibe una cantidad específica (honorarios) por cada servicio individual (acto) que presta al paciente. Esta suma puede ser abonada por el paciente (con o sin reembolso posterior) o por un tercer pagador

Tabla 7-1. Sistemas «puros» de remuneración de los médicos

Sistema	Base de pago	Numerario
Pago por acto	Actividad	Número de servicios (consultas, intervenciones, visitas)
Pago capitativo	Clientela potencial	Número de pacientes asignados
Pago por salario	Independiente de actos o clientes (tiempo contratado de servicio)	Sueldo estipulado

Fuente: Meneu²⁷.

Tabla 7-2. Efectos y riesgos asociados a cada sistema «puro» de remuneración de los médicos

Sistema	Efectos previsibles	Riesgos
Pago por salario	Simplicidad de administración No obstaculiza la cooperación «horizontal» (entre colegas) No valora el esfuerzo. Premia el «mérito automático» (tiempo de servicios) Presión para incrementos de personal: mantiene los ingresos y reduce las cargas La percepción de ingresos bajos se traduce en reducción de la jornada efectiva Independencia la cantidad y la calidad de los servicios de las remuneraciones, lo que puede insensibilizar respecto a las preferencias de los pacientes Pérdida de motivación. Escasos incentivos al trabajo No favorece la relación médico-paciente No estimula la sobreutilización, aunque no garantiza una asistencia «apropiada» Más apto para el control de costes Elevada productividad (número de pacientes atendidos o de servicios por paciente) Facilita la inducción de demanda, y con ella la sobreutilización (uso inapropiado) Satisfacción de los médicos (dependiendo de la tarificación de los actos)	Puede estimular el subtratamiento (menor cantidad/calidad de servicios) Ningún incentivo a la eficiencia, ni siquiera a la actividad
Pago por acto	Prima el «actuar» más que el «observar». Resistencia a derivar pacientes Permite controlar precio, no cantidad: difícil control del gasto (salvo bolsa única) Posibilidades de corrupción: dicotomía, <i>kick back</i>, <i>fee splitting</i> Escasa visión integral y continuidad. Desincentiva la prevención Distribución desigual de médicos (concentración donde mayor sea la renta) Requiere numerosos controles para su gestión Buena relación médico-paciente. Mayor satisfacción de los pacientes Sencillez administrativa Admite ajustes por edad y combinaciones de otros mecanismos (sistemas mixtos) Estimula a referir sistemáticamente a otros niveles (transferir cargas de trabajo) y a sobreutilizar los medios auxiliares (recetas, análisis, pruebas) Ausencia de incentivos para hacer más que lo mínimo Menor competencia que en pago por acto Permite (pero no garantiza) estimular la continuidad en la atención Sin incentivos explícitos para prestar servicios preventivos	Burocratización Capacidad del médico de inducir demanda Estimulan el «hacer», con independencia de la utilidad de la acción Evidencias de mayor número de consultas y de menor duración en presencia de pago por acto Sin ajustes adecuados ocasionan desigualdades en las remuneraciones entre especialidades, reconocimiento desproporcionado de algunos procedimientos, minusvaloración de los servicios de «asesoría» y desincentivan las actividades distintas a la clínica (educación sanitaria, investigación) Puede estimar la selección adversa de beneficiarios y el <i>cream-skimming</i> Sin límites, hay incentivos para aceptar más clientes de los que se puede atender Proporciona estímulos para «derivar» la actividad a otras áreas del sistema Sin corresponsabilidad en los costes: tendencia a «satisfacer» las solicitudes de los pacientes de todo tipo de pruebas, interconsultas (satisfacción sin trabajo)
Pago per cápita		

Fuente: Meneu²⁷.

(aseguradora). El volumen de ingresos depende del nivel de actividad. Se ha utilizado en Estados Unidos con formas peculiares de tarificación (*reembolso usual, prevalente y razonable, escalas relativas*). En España ha sido generalmente empleado por las aseguradoras privadas y las mutuas, a través de tablas de tarifas.

Una variante es el pago por *caso* o *proceso*, en el que se establece una tarifa por el conjunto de servicios implicados en la atención de un determinado cuadro. Ante la dificultad de definir estrictamente qué es un *caso* o *proceso*, Meneu afirma que aparecieron los fenómenos del *unburden* (cobro separado de servicios considerados previamente unitarios) y el *creative billing* (minutas imaginativas).

En ambos casos, el análisis económico determina que el número de actos producidos dependerá del precio (ingreso marginal) y de los costes marginales de cada procedimiento específico.

El pago per cápita consiste en el abono de una cantidad por cada persona bajo la responsabilidad del médico. En la práctica, se paga por estar «disponible para tratar» más que propiamente por «tratar». La tarifa se percibe con independencia de que los pacientes utilicen o no los servicios del médico, así como de la frecuencia de sus visitas. Es consistente con la definición de salud como producto final del proceso de atención sanitaria y de los servicios sanitarios como productos intermedios. El comportamiento derivado según el análisis económico es la maximización del número de pacientes y la minimización de los actos propios. Se ha empleado para retribuir a los *general practitioners* en el Reino Unido, los Países Bajos y algunas Health Maintenance Organizations. En España ha sido el sistema de pago a los médicos extrahospitalarios (de cupo: medicina general y pediatría no reformada, así como especialistas de ambulatorios) (tabla 7-2).

El reconocimiento de los incentivos inapropiados presentes en cualquiera de los dispositivos ha llevado a gran parte de los sistemas sanitarios a introducir modificaciones en sus bases. El fenómeno más importante no es tanto la sustitución de unos mecanismos por otros, sino la incorporación de elementos de cada uno de ellos en los restantes. Dado que todos los sistemas tienen inconvenientes, un sistema mixto con 2 o más bases de pago ofrece ventajas respecto a un sistema puro de cualquier tipo a causa de las diferentes imperfecciones del mercado. De este modo, se evolucionó hacia la hibridación de sistemas y el ajuste en las unidades de pago²⁸.

Si bien la literatura sobre la teoría económica de la agencia hace décadas que predijo estructuras de tarifas complejas y dependientes de los resultados²⁹, éstas tardaron en aplicarse en la asistencia sanitaria. En cuanto a los sistemas mixtos, destacaremos los gestores de casos y los modelos generalistas «con presupuesto».

Un sistema de gestión de casos es el paso intermedio entre la capitación y el pago por acto. Ofrece las ventajas de ambos sistemas y evita la mayor parte de sus inconvenientes. Como gestores de casos los médicos reciben una determinada cantidad por cada paciente a su cargo. Este pago se añade a la cantidad (proporcionalmente menor) que percibe en base a pagos por acto (por lo que este método permite la incorporación de escalas relativas). A cambio del pago mensual se espera que el médico haga un uso apropiado de los servicios auxiliares y de las derivaciones.

El segundo esquema citado consiste en asignar unas cantidades brutas por cada paciente incluido en la lista. Con estos fondos deben financiarse los gastos que ocasionen las derivaciones ordenadas por el médico detentador del presupuesto. Los ahorros revierten (parcialmente) en el facultativo. Se penaliza económicamente el exceder el presupuesto.

Los médicos no son ya sólo decisores, sino también los responsables económicos de sus decisiones. Para estimular ciertas actividades (preventivas, inmunitarias, diagnósticas), éstas se retribuyen al margen de la presupuestación general mediante un sistema de pago por acto. La experiencia británica aconseja una cuidadosa indexación de estas actividades.

A modo de resumen, en teoría el pago por servicio puede inducir al profesional a generar un volumen de atención excesivo, mientras que los sistemas de pago fijo (salario y capitación) pueden poner en peligro la calidad y la igualdad de acceso. La magnitud de estos riesgos depende básicamente de la naturaleza y extensión del poder discrecional de los médicos sobre el paciente. Si el profesional sólo influye en la demanda, los riesgos están limitados por el control ejercido por el paciente; serán mayores si el médico induce la demanda⁸.

No existe en la actualidad un test empírico satisfactorio acerca de las características del poder discrecional de los médicos. Sin embargo, la mayoría de los estudios experimentales que comparan el volumen y la calidad de la atención sanitaria según cada sistema de retribución llega a la conclusión de que el pago por servicio tiene un impacto significativo en el volumen de servicio generado por los médicos de atención primaria. Asimismo, la capitación incrementa las derivaciones y prescripciones, lo que puede suponer costes adicionales para otras partidas de gasto sanitario. Finalmente, experimentos naturales llevados a cabo en Noruega muestran que el método de remuneración tiene menos impacto que las variables relativas al estado de salud del paciente³⁰.

Más allá de los experimentos naturales, en el mundo real los esquemas de retribución raramente son «puros». Podemos definir 3 enfoques⁸:

1. Ajustar el pago por servicio mediante incentivos financieros. En el Reino Unido, la gestión del presupuesto farmacéutico por parte de los *general practitioners* posibilitó una reducción en dicho consumo³¹. Sin embargo, dichos incentivos económicos generan temores acerca de los conflictos de intereses entre la renta de los profesionales y la calidad de la atención que deben proveer. Otros incentivos se basan en objetivos de rendimiento (cribado, vacunación). Los estudios proporcionan resultados contradictorios, si bien la mayoría indica que estos incentivos tienen un impacto positivo.
2. Remuneración dependiente de un resultado colectivo. Si bien este incentivo parece de escasa utilidad cuando se trata de un grupo de profesionales demasiado extenso, el pago capitativo a grupos de profesionales podría ser un modo de reconciliar la contención de costes con la organización eficiente de la atención sanitaria.
3. Incentivos no financieros (protocolos, valoración de prácticas). Son escasos los estudios empíricos llevados a cabo acerca de este tipo de incentivos, si bien los resultados iniciales sugieren un débil efecto salvo cuando intervienen en el programa líderes de opinión.

Sistemas de incentivos: la vida laboral como necesario horizonte de planificación

En el corto plazo, el adecuado diseño de los sistemas de bonificaciones y penalizaciones económicas daría lugar a la misma estructura retributiva. Una teoría alternativa expone que los premios y penalizaciones suponen distintos tipos de esquemas no lineales de

compensación: las bonificaciones se emplearían cuando niveles de producción inferiores a cierto umbral no suponen una pérdida añadida para la empresa, mientras que las penalizaciones se utilizarían cuando niveles de producción superiores a un determinado valor no implican un beneficio adicional para la organización. Sin embargo, los sistemas de incentivos logran mejores resultados en el largo plazo.

¿Cómo puede una empresa motivar a los trabajadores de una determinada categoría que difícilmente serán ascendidos a lo largo de su carrera? Una posibilidad es garantizar aumentos salariales futuros en función de la productividad actual. Si los trabajadores prevén permanecer en la organización durante un período prolongado (como ocurre en el Sistema Nacional de Salud español), la perspectiva de obtener mayores ingresos puede ser un incentivo eficaz, especialmente si dicho aumento se mantiene en términos reales. Incluso si no cambia la categoría laboral del empleado, éste puede ser suficientemente recompensado con mejoras salariales.

Este mecanismo de ingresos crecientes con la experiencia (*upward-sloping experience-earnings*) motiva a los empleados al pagarles menos de lo que vale su trabajo cuando son jóvenes, y más de lo que genera cuando son mayores^{32,33}. Este esquema temporal de compensación parece coincidir con lo que sucede en numerosas empresas: los trabajadores de más edad reciben elevados salarios, no tanto por su mayor rendimiento presente como para motivar a aquellos que están iniciando su carrera en la organización.

Este tipo de incentivos tiene en común con el pago por acto o servicio el hecho de que en ambos se compensa al trabajador en función de cierta medida de rendimiento observable. Las diferencias entre ambos son el más prolongado período durante el cual se realiza la evaluación, y la necesidad de que el empleado continúe en la organización para poder beneficiarse de este sistema de ingresos crecientes con la experiencia.

Una consecuencia de este sistema es el retiro obligatorio a cierta edad, ya que la remuneración de los empleados al jubilarse excede el valor determinado por su productividad. Sin embargo, este instrumento puede reemplazarse por otros mecanismos más refinados, como los planes de pensiones (inducen a los trabajadores a elegir una edad óptima de jubilación).

En ocasiones no es necesario que la empresa ofrezca incentivos para obtener un nivel adecuado de esfuerzo por parte de los empleados. Si la reputación de un trabajador es observable, entonces éste tendrá un incentivo para alcanzar un nivel de esfuerzo que optimice sus ingresos futuros (que en este caso dependerán directamente de dicho esfuerzo).

En el caso de que los trabajadores tengan posibilidad de ascender en la jerarquía organizativa, estaremos hablando de sistemas de compensación relativa (*tournament theory*). Esta teoría determina la magnitud del incremento asociado a un determinado ascenso, y tiene 3 rasgos característicos:

1. Los aumentos salariales están fijados de antemano y son independientes del rendimiento absoluto del empleado.
2. Las mejoras jerárquicas y salariales dependen del comportamiento relativo de cada trabajador.
3. El esfuerzo realizado por cada empleado para lograr el ascenso depende de la magnitud del aumento salarial a él asociado.

Un efecto adverso de este sistema es que hace que los trabajadores dejen de cooperar. En ese caso, sería recomendable reducir las diferencias salariales, de modo que se reduz-

can el comportamiento anticooperativo. Esta medida generará un nuevo efecto perverso: el nivel de esfuerzo será menor del óptimo.

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 (múltiples relaciones de agencia; profesionales que poseen amplios derechos de decisión y control; importantes activos específicos de localización y capital humano; complejo proceso de toma de decisiones; carácter de bienes tutelares) con el carácter político (objetivos complejos, contradictorios y de difícil medición; riesgo moral asociado a la discrecionalidad de los profesionales) que inevitablemente tiene en los países desarrollados la producción de servicios sanitarios¹⁵.

Los aspectos no-pecuniarios: utilidad de su valoración e indexación

Es posible definir un trabajo en función de sus características no pecuniarias. Un puesto de trabajo puede describirse a partir de un conjunto de atributos asociados al ambiente en el que se desarrolla. La teoría hedónica de los salarios parte del supuesto de que un trabajo se define como aquella situación en la que todas las características no pecuniarias son las mismas. También se establece que dichos rasgos son perfectamente sustituibles, si bien los empleos son sustitutos imperfectos entre sí.

Al evaluar la relación entre cada puesto y sus características no monetarias, se suele ajustar tanto por factores del lado de la oferta como de la demanda de trabajo. Dichos factores relativos a la oferta suelen medirse mediante variables relacionadas con el atractivo del puesto. Las características del lado de la demanda son las que definen el empleo en la mayoría de los casos.

La teoría económica ha tratado los atributos no monetarios del trabajo desde Adam Smith (1776). Más recientemente³⁴, el enfoque de los diferenciales compensadores del salario (*compensating wage differentials*) se ha encargado de transformar los componentes no pecuniarios del trabajo en sus equivalentes monetarios. Una vez se han obtenido índices, éstos se utilizan para establecer el salario de cada categoría laboral. Actualmente existen empresas de consultoría especializadas en estimar la relación existente en el mercado de trabajo entre los salarios y los atributos de cada puesto. De este modo, los puestos con mayores riesgos para la integridad del trabajador suelen ofrecer una mayor remuneración como compensación por dicho diferencial en el riesgo³⁵.

Conclusiones

En el ámbito de la actividad sanitaria, intensiva en mano de obra, el papel que desempeñan las personas en la consecución de los objetivos es clave. Sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios repercute la formación, la carrera, las competencias y los sistemas de rendición de cuentas de los trabajadores, y la gestión de los recursos humanos es un aspecto crítico en las reformas de los sistemas sanitarios europeos.

Al margen de consideraciones del tipo de la compatibilidad de incentivos entre agentes del sistema, el desajuste histórico en España entre oferta y demanda de médicos y la falta de consenso e interlocutores válidos en la negociación y valoración de los incentivos, se distinguen 3 categorías de incentivos para médicos (materiales, psicológicos y sociales) y 3 modelos de compensación (pago por servicio, capitación y salario). En términos generales, el pago por servicio puede inducir al profesional a generar un volumen de atención excesivo, mientras que los sistemas de pago fijo (salario y capitación) pueden poner en peligro la calidad y la igualdad de acceso; en este sentido, la aplicación de un sistema de incentivos mixto acorde con los objetivos generales del sistema sanitario y con la participación de los profesionales en su diseño, ayudaría a motivar a los médicos, y, en consecuencia, a que éstos fueran más productivos. El desarrollo de un modelo de carrera profesional es una herramienta fundamental que podría ayudar a mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios.

El enfoque *personnel economics* determina que los sistemas óptimos de retribución deben generar eficiencia en 2 aspectos: deben inducir a un determinado trabajador a realizar el nivel apropiado de esfuerzo y, a la vez, deben atraer a los trabajadores idóneos a la organización. En cualquier situación existirá un mecanismo de compensación apropiado que logre que los trabajadores realicen el esfuerzo óptimo en términos tanto de cantidad como de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dubis CA, Nolte E, McKee. Human resources for health. Bruselas: European Observatory on Health Care Systems; 2005.
2. Domingo Moratalla A. Ética y negocio sanitario. En: Amor JR, Ferrando I, Ruiz J, editores. Ética y gestión sanitaria. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid; 2000. p. 23-41.
3. González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. Gac Sanit. 2000;14:237-46.
4. López-Casasnovas G, García A, Pellisé L. El control del gasto sanitario: participación de profesionales y usuarios. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2001.
5. Secretaría General Técnica, Ministerio de Sanidad y Consumo. Oferta y demanda de médicos en España (una primera aproximación). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984.
6. Ricoy JR. Introducción: experiencias sobre motivación e incentivos. En: Lázaro P, Martín I, directores. Motivación saludable: los recursos humanos en el sector de la salud. Santander: Universidad Internacional Menéndez Pelayo y Fundación SB; 1998. p. 37-41.
7. Lázaro P. Motivación, incentivos, eficiencia y ética en los sistemas de salud. En: Minué S, Silió F, editores. Acreditación, profesionales y práctica clínica. Serie Monográfica, 34. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2002. p. 111-46.
8. Grignon M, Paris V, Polton D. Influence of physician payment methods on the efficiency of the health care system. Commission on the Future of Health Care in Canada. Discussion Paper 35. November 2002.
9. López G, Ortún V, Murillo C. El sistema sanitario español: informe de una década. Bilbao: Fundación BBV; 1999.
10. Grytten J, Sorensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary care physicians in Norway. Health Econ. 2001;20:379-92.
11. McCormick B, Tomlinson G, Brill-Edwards P, Detsky A. Effect of restricting contact between pharmaceutical company representatives and internal medicine residents on posttraining attitudes and behavior. JAMA. 2001;286:1994-9.
12. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing Provider Behavior: an overview of systematic reviews of interventions. Med Care. 2001;29 Suppl 2:2-45.
13. Maiz E. Evaluación de las innovaciones organizativas en la atención primaria y en los hospitales. En: Asua J, del Llano J, editores. Evaluación de las organizaciones sanitarias: ¿signatura pendiente? 4.^a

- Reunión Científica de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Bilbao, 2000. Madrid: Litofinter; 2001. p. 120-31.
14. Martín J. Sistemas de retribución y exclusividad de los facultativos de los hospitales públicos del Estado español. En: López Casasnovas G, director. *El interfaz público-privado en sanidad*. Barcelona: Masson; 2003; p. 157-85.
 15. Martín JJ, López MP. Incentivos e instituciones sanitarias públicas. Documentos Técnicos EASP N.º 5. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1994.
 16. Niskanen WA. Bureaucracy and representative government. Chicago: Aldine; 1971.
 17. Niskanen WA. Bureaucrats and politicians. *Journal of Law and Economic*. 1975.
 18. Spicer W. The Economics of Bureaucracy and the British National Health Service. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1982;60:657-72.
 19. Lazear EP. Personnel economics: Past lessons and future directions. NBER Working Paper No. 6957. 1999.
 20. Lazear EP. *Personnel Economics*. The Wicksell Lectures. London: The MIT Press; 1996.
 21. Blakemore A, editor. The New Economics of Personnel. *Journal of Labor Economics*. 1987; Suppl 5,4, part 2.
 22. Lazear EP. Performance pay and productivity. *The American Economic Review*. 2000;90:1346-61.
 23. Becker GS. Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education. New York: Columbia University Press for National Bureau of Economic Research (NBER); 1975.
 24. Mincer J. Schooling, experience, and earnings. New York: Columbia University Press for NBER; 1974.
 25. Becker GS. Investment in human capital: A theoretical analysis. *Journal of Political Economy*. 1962;70:9-49.
 26. Lindbeck A, Snower DJ. Wage setting, unemployment, and insider-outsider relations. *American Economic Review*. 1986;76:235-9.
 27. Meneu R. *Sistemas de pago a médicos*. Anotacions de salut pública, 2. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1994.
 28. Hsiao WC. Estimating physician's work for a Resource-Value-Scale. *NEJM*. 1989;319:835-41.
 29. Mooney G, Ryan M. Agency in Health Care: Getting beyond first principles. *J Health Economics*. 1993;12:125-35.
 30. Kristiansen IS, Holthedahl K. The effect of the remuneration system on the general practitioner's choice between surgery consultations and home visits. *J Epidemiol Community Health*. 1993;47:481-4.
 31. Coulter A. Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. *Eur J Public Health*. 1995;5:233-9.
 32. Lazear EP. Why is there mandatory retirement? *Journal of Political Economy*. 1979;87:1261-64.
 33. Lazear EP. Agency, earnings profiles, productivity, and hours restrictions. *American Economic Review*. 1981;71:606-20.
 34. Rosen S. Hedonic prices and implicit markets: Product differentiation in pure competition. *Journal of Political Economy*. 1974;82:34-55.
 35. Thaler R, Rosen S. The value of saving a life: Evidence from the labor market. En: Nestor E. Terleckyj, editors. *Household Production and Consumption*. Studies in Income and Wealth 40. New York: Columbia University Press for NBER; 1976. p. 265-97.