

Unidad de Recursos Humanos



Área de Desarrollo Estratégico de Salud

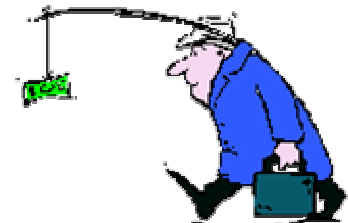
# Sistemas de incentivos en salud: un panorama de teorías y paradojas

Dr. Felix Rigoli

Unidad de recursos humanos

Área de desarrollo estratégico de salud

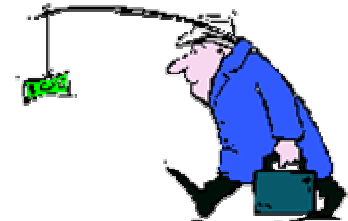
OPS-OMS





# Incentivos, Productividad, Estímulos

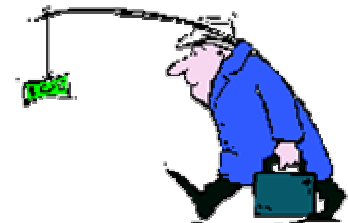
- **Management: hacer las cosas a traves de otros**
- **Incentivos: un trabajo, un horario, un salario, un título**
- **Esfuerzo, competencia, creatividad, talento**
- **“Trabajo a Reglamento”**





# Incentivos, Productividad, Estímulos

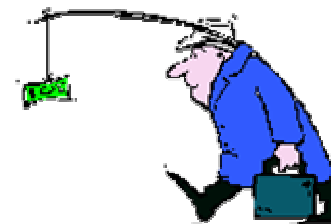
- Historia de los incentivos:
  - Tripallium
  - Teorías sobre el trabajo: Biblia, Marx.
  - Perros de Pavlov -Obreros de Taylor
  - Relaciones Humanas de Mayo
  - Ernesto Guevara De la Serna





# Incentivos, Productividad, Estímulos

- **A quién incentivar:**
  - El individuo
  - el grupo
  - la organización
- **Qué incentivar:**
  - Cantidad?
  - Calidad?
  - Resultados?





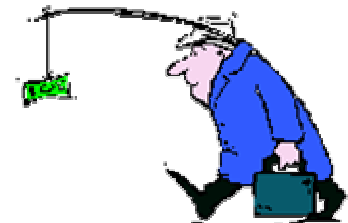
# Incentivos, Productividad, Estímulos

- **Contrato Psicológico**

**Mis recompensas**

---

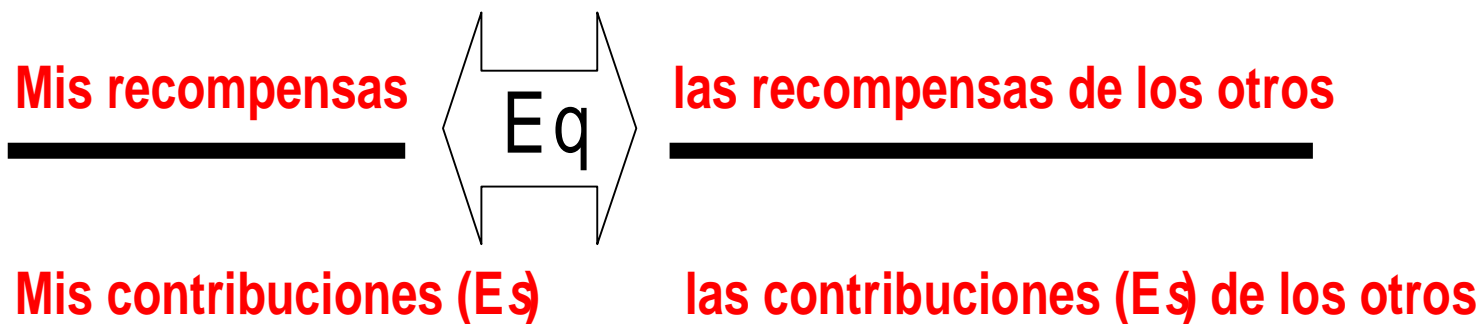
**Mis contribuciones (esfuerzos)**



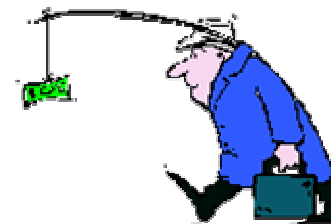


# Incentivos, Productividad, Estímulos

## • Contrato Psicológico



**Justicia – satisfaccion**  
**Como corregir los desequilibrios**

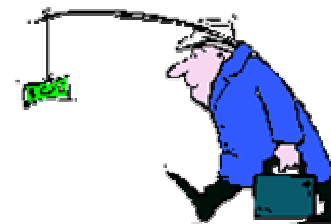
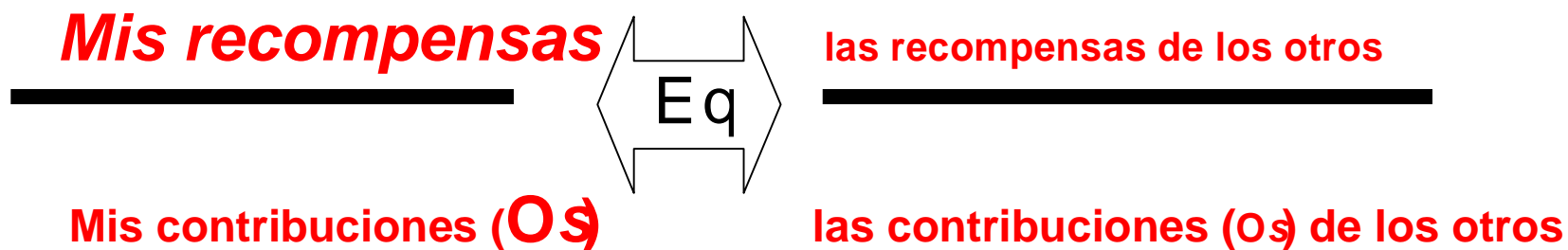




# Incentivos, Productividad, Estímulos

## • Incentivos Individuales

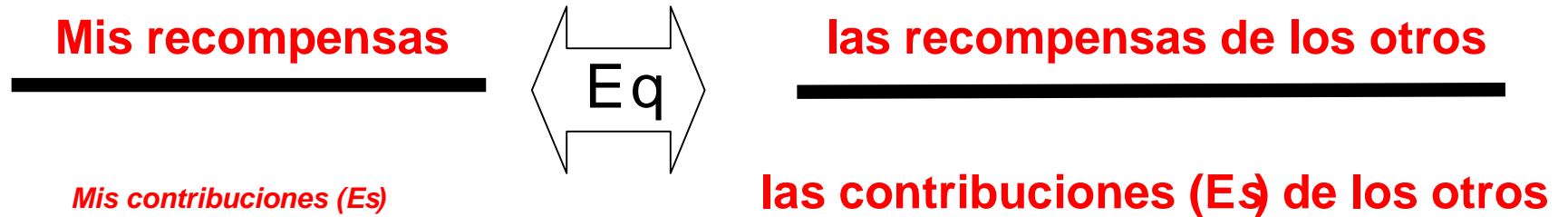
Área de Desarrollo Estratégico de Salud



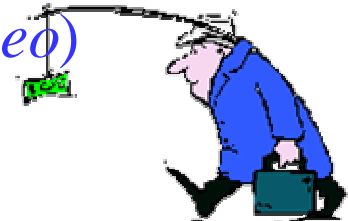


# Incentivos, Productividad, Estímulos

- **Incentivos Colectivos** (*Large Teams Moral Hazard , Holmström*)



*(Imaginar este efecto en un contexto de multiempleo)*





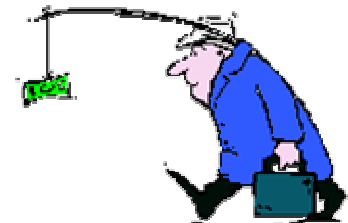


# Incentivos y pagos

## Incentivos estructurales

*“los trabajadores toman el control de la compañía como un precio para dar su mejor esfuerzo”.*

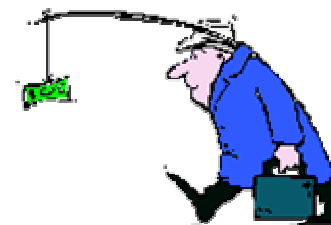
- **Participación consultiva**
- **Participación sustantiva**





## Que incentivar:

- Cantidad?
- Calidad?
- Resultados?

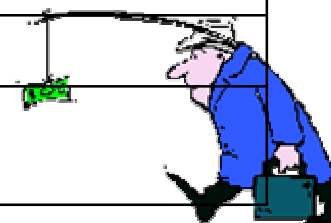




## Principales forma de pago de médicos de atención primaria en países seleccionados y América Latina

Área de Desarrollo Estratégico de Salud

País	Atención Primaria
Austria	Honorarios o por unidad servicio / procedimiento
Bélgica	Honorarios
Dinamarca	Honorarios (63%) y capitación (28%)
Francia	Honorarios y salarios
Alemania	Honorarios
Italia	Capitación (corregida por edad)
Inglaterra	Capitación (corregida por edad), honorarios y pagos por meta (Target Payments)
Finlandia, Grecia, Portugal, Suecia	Salario
Estados Unidos	Honorarios (36%), capitación (35%), salario (23%)
América Latina	Honorarios (área particular) y salario (área pública y particular)

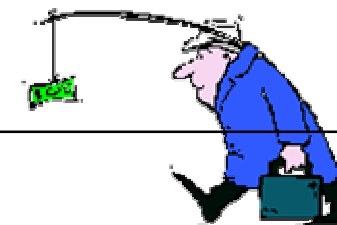




# Modalidades de pago e influencias en la práctica médica

Área de Desarrollo Estratégico de Salud

Forma de pago	Incentivo potencialmente asociado
Capitación	Reducción de costos (personal e financiero) por paciente pro medio de: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Selección de paciente de bajo riesgo (cream skinning)</li> <li>•Aprovechar otros servicios (encaminar para especialistas/hospital)</li> <li>•Reducir el número de consultas</li> <li>•Subtratamiento</li> </ul>
Salario	Reducción del costo personal durante las horas de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Selección de pacientes de bajo riesgo (cream skinning)</li> <li>•Aprovechar otros servicios (encaminar para especialistas/hospital)</li> <li>•Desminuir el número de consultas</li> <li>•Subtratamiento</li> </ul>
Honorario o por unidad de servicio/procedimiento (Fee-for-Services)	Reducción de costos (personal e financiero) por item de servicio. <ul style="list-style-type: none"> <li>•Inducción de la demanda cuando:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-Existe incertidumbre sobre el tratamiento apropiado</li> <li>-La sobrecarga de trabajo es baja;</li> <li>-Hay un gran número de médicos competidores;</li> <li>-Caída en la renta;</li> </ul> </li> <li>•Aumento de la cantidad de cuidados                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-Atrayendo más pacientes;</li> <li>-Trabajando largas horas;</li> <li>-Concentración en servicios más rentables.</li> </ul> </li> <li>•Sobreatamiento</li> </ul>



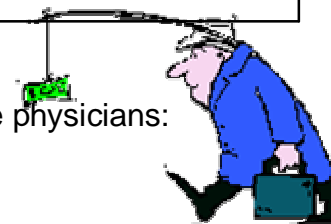


# Capitación versus FFS

Área de Desarrollo Estratégico de Salud

Indicador	Capitación	FFS
Número de visitas de cuidado primario	Menor	Mayor
Número de visitas de especialistas	Menor	Mayor
Número de visitas en servicio de emergencia	Igual	Igual
Número de hospitalizaciones	Menor	Mayor
Número de visitas que excedían lo recomendado	Menor	Mayor
Aumento de los gastos con cuidados de la salud	Mayor	Menor

Fuente: Gosden, T et al., 2001. Impact of payment method on behaviors of primary care physicians: a systematic review. J Health Serv Res Policy. v. 6., n.1, p.44-55.



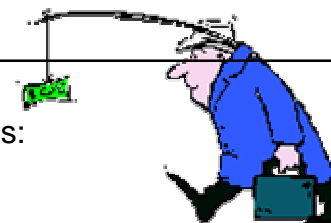


# Salario versus FFS

Área de Desarrollo Estratégico de Salud

Indicador	Salario	FFS
Número de visitas iniciales	Igual	Igual
Continuidad del cuidado	Menor	Mayor
Visitas y servicios de emergencia	Mayor	Menor
Ser atendido por su médico en caso de emergencia	Menor	Mayor
Número de pacientes inscritos	Mayor	Menor

Fuente: Gosden, T et al., 2001. Impact of payment method on behaviors of primary care physicians: a systematic review. J Health Serv Res Policy. v. 6., n.1, p.44-55.

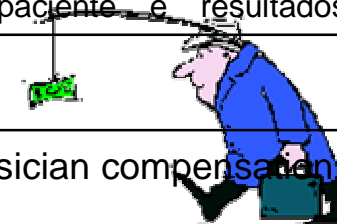




# Una combinación posible de estímulos y riesgos

Área de Desarrollo Estratégico de Salud

Origina más conflicto de interés	Origina menos conflicto de interés
Más de 20% de la renta del médico está bajo riesgo financiero	Menos de 10% de la renta del médico está bajo riesgo financiero
Sin seguro para paciente de riesgo alto	Con seguro para paciente de riesgo alto
Médico asume el riesgo que está fuera del control de su práctica	Médico asume el riesgo que está dentro del control de su práctica
Bonos y retenciones (withholds) frecuentemente utilizados y pagos como extra de la renta previamente combinada (salario o capitación)	Bonos y retención (withholds) poco utilizados
Médicos subordinados al riesgo financiero individual	Grupo de médicos subordinados el riesgo financiero (> 15 médicos)
Pequeño número de inscritos en comparación al número de pacientes de riesgo en conjunto (<250)	Gran número de inscritos en comparación al número de pacientes de riesgo en conjunto (>250)
Metas estrechas para reducir servicios específicos, ejecutados sin protocolo o controlados por la baja utilización	Sin metas de incentivos para reducir costos de servicios específicos tales como radiología o drogas.
Incentivos solamente para reducir la utilización de servicios	Incentivos para mejorar el acceso a los cuidados, prevención, satisfacción del paciente e resultados clínicos.
Sin ajuste del porcentaje de riesgo (por edad, sexo, severidad y tipo de patología etc.)	Porcentaje de riesgo ajustado



Fuente: Pearson, S. D. Sabin, J. E. & Emanuel, E. J. 1998. Ethical guidelines for physician compensation based on capitation. N Engl J Med. v. 339, n. 10, p. 689-693



# Incentivos, Productividad, Estímulos

“ Los cambios en los incentivos influyen las acciones bajo todas las formas de organización económica. Algunos críticos han acusado que el análisis económico sólo ayuda a explicar las acciones de materialistas codiciosos y egoístas. Este punto de vista es falso. La gente actúa por una variedad de razones, algunas egoístas y algunas humanitarias.

El postulado básico de la economía se aplica a ambos, el altruista y el egoísta. Las opciones de ambos serán influenciadas por los cambios en los costos y los beneficios personales. Por ejemplo, tanto el altruista como el egoísta seguramente intentarán rescatar a un niño pequeño en una piscina de tres pies antes que hacerlo en las cataratas del Niágara. De manera similar, ambos darán sus ropas usadas a una persona necesitada antes que sus mejores atuendos. Los incentivos influyen las opciones de ambos ”

James D. Gwartney y Richard L. Stroup “*What Everyone Should Know About Economics and Prosperity*”, Tallahassee, Fla.: The James Madison Institute, 1996

