



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultad de Economía y Empresa

Trabajo de
fin de grado

Incentivos
financieros,
preferencias
sociales y
motivación de los
profesionales
sanitarios.

Autor: Andrés García Carreira
Tutor: Prof. Dr. Paolo Rungo

Grado en Ciencias Empresariales

Año 2012

Resumen

La necesidad de alinear los intereses de las organizaciones con aquellos de los profesionales sanitarios ha llevado a buscar distintos elementos motivadores de la conducta. En este contexto se ha de enmarcar el establecimiento de incentivos monetarios como medio para incrementar la calidad asistencial y racionalizar el gasto sanitario a través de un uso más eficiente de los recursos disponibles. El uso de este tipo de planes está aumentando en los últimos años. El QoF (Quality and Outcomes Framework) en el Reino Unido o el Practice Incentives Program en Australia son dos ejemplos de esta tendencia. En España, en concreto, el RD 3/1987 ya establecía las bases para un sistema de incentivos al instaurar una retribución económica denominada “productividad variable”, vinculada a la consecución de unos objetivos específicos, y los paquetes retributivos de las distintas Comunidades Autónomas contemplan en mayor o menor medida estos pagos variables.

El presente trabajo explora los efectos de los incentivos financieros (incentivos explícitos) y de su interacción con las preferencias sociales (incentivos implícitos) de los profesionales sanitarios, sobre la eficiencia en el uso de los recursos del sistema y la calidad asistencial. Si bien es cierto que los incentivos financieros pueden tener un cierto éxito en la consecución de ambos objetivos, las evidencias existentes demuestran la importancia de las preferencias sociales como elemento motivador. En este contexto se analiza el papel que juegan ambos factores sin olvidar su interacción, y los posibles efectos de refuerzo (*crowding in*) o erosión (*crowding out*) que los primeros pueden ejercer sobre los segundos, con el objeto de resaltar la importancia de considerar un sistema integral de incentivos como la opción más adecuada a la hora de diseñar una estrategia de política sanitaria.

Palabras clave: incentivos, motivación, sector sanitario.

Número de palabras: 12.185

Abstract

The need to align the interests of organizations with those of health professionals has encouraged the search for specific motivators of individual behaviour. In this context, the establishment of monetary incentives has to be seen as a means to increase the quality of care and streamline health spending through a more efficient use of available resources.

The use of incentive schemes in the healthcare sector is increasing in recent years. The QOF (Quality and Outcomes Framework) in the UK or the Practice Incentives Program in Australia are two examples of this trend. In Spain, in particular, the basis for an incentive scheme in the healthcare sector has been established since 1987 by the RD 3/1987 law, which introduced a financial reward called “variable productivity”, tied to the achievement of specific objectives, and compensation packages of various Spanish regions consider to a greater or lesser extent these variable payments.

This paper explores the effects of financial incentives (explicit incentives) and its interaction with social preferences (implicit incentives) of healthcare professionals, on the efficient use of system resources and the quality of healthcare. While it is true that financial incentives can have some success in achieving both objectives, existing evidence shows the importance of social preferences as a motivator. In this context we analyze the role of both factors and their interaction, and the possible effects of reinforcement (crowding in) or erosion (crowding out) that the former can exercise over the latter in order to highlight the importance of considering a comprehensive system of incentives as the best option when designing a strategy for health policy.

Índice

Introducción.....	7
1. Motivaciones extrínsecas: incentivos financieros.....	11
1.1 Resultados en términos de utilización y costes	13
1.2 Impacto en términos de calidad asistencial	16
2. Motivaciones intrínsecas: preferencias sociales.....	21
2.1 Preferencias sociales y comportamiento económico	22
3. Incentivos financieros y preferencias sociales: el efecto crowding out.....	27
Conclusiones.....	39
Referencias.....	43

Introducción

La grave crisis económica que estamos sufriendo a nivel internacional a lo largo de los últimos años ha derivado en algunos países, entre los que se encuentra España, en lo que se ha denominado “crisis de la deuda”, donde los elevados tipos de interés a los que nos vemos obligados a financiar el déficit público ponen en el punto de mira la eficiencia en la utilización de los recursos públicos. La situación actual pone de manifiesto la necesidad, en lo que se refiere al ámbito sanitario que aquí nos ocupa, de mejorar o al menos mantener la calidad asistencial con igual o, en algunos casos, menor volumen de recursos. En este contexto, en el que los sistemas sanitarios en muchos países evolucionan hacia la planificación estratégica y sistemas de toma de decisiones orientados a resultados, aparecen los programas de incentivos como un instrumento más para la alineación de los objetivos de las organizaciones gestoras de los recursos sanitarios (Gobierno y Comunidades Autónomas) con las necesidades tanto del personal sanitario como de los usuarios finales, los pacientes (Saltman y Bankauskaite, 2006).

En primer lugar, los incentivos se configuran como un instrumento para la retención del personal y la motivación del mismo. El primero es uno de los objetivos fundamentales en la gestión de los recursos humanos y ha de analizarse tanto en términos de pérdida de efectivos del sector público frente al privado como de su distribución geográfica dentro del territorio nacional (distribución entre distintas comunidades autónomas y distribución en el ámbito rural frente al urbano) y del territorio nacional frente a terceros países (Salaman, Storey y Billsberry, 2005). El análisis de la retención adquiere mayor importancia cuanto mayor es el grado de especialización de los distintos profesionales, tanto por la dificultad de su reemplazo como por lo sustancial de los recursos dedicados a su formación.

En España, en 2006 ocupábamos una posición intermedia entre los países de nuestro entorno en cuanto a oferta de médicos, pero ya se observan especialidades

deficitarias (anestesiología, radiología, cirugía general, medicina de familia y pediatría) además de una cierta desigualdad territorial en la distribución y poca movilidad de facultativos, debido tanto a motivos estructurales inherentes al sistema como a razones culturales (Barber Pérez y González López-Valcárcel, 2009).

En segundo lugar, los incentivos son un instrumento útil para el incremento de la productividad a través de un impulso a la motivación individual. Podemos definir la motivación como el “grado de disponibilidad de un individuo para ejercer y mantener un esfuerzo orientado a la consecución de las metas organizativas” (Franco, Bennett, y Kanfer, 2002; p.1). Podemos pues, entender la motivación como un instrumento importante, aunque no el único, para incrementar la productividad en el Sistema Nacional de Salud.

Maynard (2006) clasifica los incentivos en implícitos y explícitos, ambos con componentes internos y externos. Los primeros están generalmente relacionados con la confianza, recogida a nivel interno por el juramento Hipocrático y a nivel externo demostrada por sus pacientes que les encomiendan su bien máspreciado, la salud. En cuanto a los segundos giran en torno a la regulación en su ámbito interno y el pago en lo que respecta a su ámbito externo (Bidwell y Thomas, 2011; p.68). Por lo que respecta a las tendencias en los últimos tiempos, Maynard (2006) pone de manifiesto y documenta el creciente desarrollo en el ámbito europeo del uso de incentivos financieros frente a los incentivos implícitos. El QoF (Quality and Outcomes Framework) en UK y el CAPI (Contract to Improve Individual Practices) en Francia son dos ejemplos relevantes de estos programas. Este fenómeno no es exclusivo del entorno europeo y se extiende también en otros países, sobre todo anglosajones. En paralelo ha crecido la literatura orientada al análisis de la efectividad de estos incentivos para reclutar, retener y motivar a los profesionales del sector sanitario, constituyendo una buena recopilación de la misma el estudio de Van Herck et al. (2010).

En el caso de España, el Real Decreto (RD) 3/1987 sentó las bases para un esquema retributivo que incluyese un sistema de incentivos, estableciendo una retribución económica, denominada “productividad variable”, asociada al cumplimiento de una serie de objetivos. Matas (2010) analiza los diferentes apartados de la retribución y los complementos para cuatro tipos de médicos poniendo de manifiesto su escaso peso en el total de retribuciones, por lo que, de acuerdo con Town et al. (2005) no deberíamos esperar que tengan un efecto motivador sobre los facultativos para que estos cambien su forma de atender a los pacientes. Además, a partir de

Titmuss (1971), en un número creciente de trabajos se ha analizado la posible ineficiencia de las políticas basadas en la fijación de incentivos económicos explícitos y su efecto contraproducente cuando inducen al individuo a adoptar una mentalidad de mercado que produzca un efecto negativo en la predisposición para adoptar actitudes que beneficien a la sociedad en su conjunto.

Bowles y Polanía-Reyes (2012) ofrecen una detallada relación de estudios y literatura que soportan la idea de que las denominadas preferencias sociales (altruismo, reciprocidad, placer intrínseco en la ayuda a otros, compromisos éticos y similares) son un factor de influencia importante en el comportamiento económico. Además, constituyen un factor determinante en la consecución de intercambios beneficiosos para las partes en presencia de contratos incompletos y, por último, pueden verse afectadas por los incentivos financieros. Por esta razón los anteriores pueden tener efectos no planeados e incluso contraproducentes.

El presente trabajo pretende demostrar que la motivación del personal sanitario es un objetivo complejo que no se puede abordar sólo desde la óptica de la motivación a través de recompensas monetarias sino que ha de considerar la motivación intrínseca y la posible interacción entre ambas. En este sentido, la implementación de estructuras retributivas basadas de manera exclusiva en los incentivos financieros no sólo tiene una eficacia limitada en la consecución de los objetivos de calidad y eficiencia, sino que puede incluso erosionar la motivación intrínseca de los profesionales hasta el punto de que el resultado final sea el contrario del perseguido. Para ello se analizan, en la sección 1, los efectos de los incentivos financieros en la calidad y uso eficiente de los recursos a través de una revisión de la literatura disponible. En la sección 2, se aborda la cuestión de la relevancia de las preferencias sociales como motivador intrínseco y por último, la sección 3 analiza la interacción entre ambos elementos y la sustituibilidad (efecto *crowding out*) entre ambos tipos de incentivos. En la sección 4 se resumen las conclusiones principales del trabajo.

1. Motivaciones extrínsecas: incentivos financieros

La remuneración ha sido citada en diversas ocasiones como el elemento que, de forma aislada, tiene un mayor poder para incrementar la motivación de aquellos que la perciben, ya que un salario suficiente elimina la necesidad de desarrollar tareas alternativas, tales como mantener una consulta privada, para complementar un salario insuficiente (Dieleman, Viet Cuong, Vu Anh, y Martineau, 2003). La teoría de la Agencia nos ayuda a entender el rol de los incentivos en las organizaciones. Una relación de agencia aparece cuando una parte (el Principal) contrata a otra parte (el Agente) que posee unos conocimientos o habilidades especializados para desempeñar una tarea. En la Teoría de la Agencia se supone que cada una de las partes actúa en su propio interés, y que los intereses privados pueden no coincidir. Cuando el grado de autonomía e independencia es elevado y no existe la posibilidad de un control perfecto puede surgir un problema de riesgo moral, es decir, el Agente podría participar en actividades que no son del interés del Principal, por ejemplo utilizando los recursos de la organización y su tiempo de trabajo para su beneficio individual. En este contexto el Principal tratará de desarrollar mecanismos que minimicen el riesgo moral. Tales mecanismos pueden incluir una monitorización del Agente mediante la obligación de proveer al Principal con una determinada información de forma regular o la introducción de un sistema de incentivos en el que, por ejemplo, se recompensan determinadas actividades que son del interés del Principal con lo que se consigue alinear los intereses de las dos partes.

Con referencia a la alineación de objetivos entre Principal y Agente en el ámbito sanitario, se contemplan generalmente tres tipos de remuneración que, por su denominación anglosajona, se conocen como *salary* (constituye un pago que obedece a un ratio de tiempo), *fee-for-service* (constituye un pago por rendimiento o pago por

unidad) y *capitation* (en la que el pago se realiza por cada persona en la lista de atención del facultativo). No es baladí la adopción de uno u otro método de pago en tanto en cuanto, el tipo de incentivos afectará al comportamiento del proveedor del servicio y, por ende, a la calidad de la atención sanitaria recibida por el paciente (McPake y Normand, 2008).

En particular, Maynard (2006) observa que el *fee-for-service* incrementa la actividad mientras que el *salary* y *capitation* pueden tener el efecto contrario. El *fee-for-service* incentiva a los médicos a ver a un mayor número de pacientes y llevar a cabo procedimientos más complejos, dependiendo de cómo se estructure la escala de recompensas, pero no podemos dar por supuesto que toda esta actividad extra sea relevante. Es un reto discernir cual es relevante y redundante en un beneficio para el paciente y para el sistema, y cual está solamente destinada a incrementar los ingresos del facultativo. Un ejemplo de esta ineficiencia es citado por el propio Maynard y hace referencia a la implementación del *fee-for-service* en el Reino Unido a finales de los años setenta para pagar por las vasectomías. El resultado fue un incremento del número de procedimientos, que sin embargo seguían siendo practicados por especialistas cuando la complejidad de la intervención no lo requiere. En el caso de los pagos por *capitation*, pueden provocar, en un primer momento, un esfuerzo extra por parte de los médicos encaminado a una mejora de la calidad como medio para retener a sus pacientes y atraer otros nuevos, pero a medio plazo se ha comprobado que estos sistemas ofrecen una baja movilidad de pacientes entre los distintos médicos, además de que, al igual que en los pagos mediante salario, se puede producir una traslación de costes usando por ejemplo a los residentes y a las enfermeras para realizar tareas complejas que en principio deberían ser llevadas a cabo por especialistas.

En general, el pago por servicio incentiva a los profesionales médicos a proporcionar un exceso de cuidados e incrementa el gasto, pero tiene, en comparación con los otros sistemas, un efecto positivo tanto en productividad como en la calidad (aunque la calidad no siempre está definida de manera clara en la literatura). La *capitation* ofrece un mejor control sobre el gasto global (siempre y cuando el médico de atención primaria no redirija sistemáticamente los pacientes a otros especialistas), pero en detrimento de la calidad, medida esta por el tiempo dedicado a cada visita o consulta (De Pouvourville, en prensa).

Tradicionalmente la autonomía profesional y la relevancia de las decisiones médicas (diagnóstico adecuado y tratamiento relevante) se había dejado a un lado a la

hora de analizar estos sistemas de incentivos bajo el principio de que, dado el alto grado de especialización de estos profesionales y la incertidumbre del resultado, no deberían estar obligados a obtener un resultado positivo en todas sus actuaciones, todo ello unido al compromiso ético de proveer en cada caso el mejor servicio. Sin embargo, el desarrollo de las nuevas tecnologías y las limitaciones presupuestarias propiciaron la aparición de planes de incentivos dirigidos a incrementar la eficacia monitorizando la práctica médica con el objetivo de reducir los cuidados y tratamientos innecesarios. Un claro ejemplo es el constituido por la aparición de las Health Maintenance Organizations (HMO) en los años 80 en los Estados Unidos, con el objetivo inicial de reducir el uso de recursos (ratio de hospitalización y visitas a médico, fundamentalmente) manteniendo la calidad. Es decir, mientras inicialmente los esquemas de pagos por incentivos estaban dirigidos sobre todo a estandarizar los procedimientos a nivel organizativo, crece el número de incentivos cuyo objetivo es esa estandarización a nivel de facultativo, es decir a nivel de diagnóstico y tratamiento (De Pouvourville, en prensa).

No podemos olvidar, sin embargo, que estos incentivos financieros pueden, además, tener un efecto contraproducente en determinados casos: cuando promueven los comportamientos egoístas, comprometen la autodeterminación del individuo o degradan su motivación intrínseca y cuando trasladan un mensaje de desconfianza y falta de respeto (por ejemplo, Bowles, 2008). La introducción de patrones de incentivos centrados en el interés personal como parte de una política social, puede tener un efecto negativo sobre los objetivos comunitarios y por lo tanto dificultar la consecución del bien común (Le Grand, 1997).

1.1 Resultados en términos de utilización y costes

Los incentivos diseñados para influir en los niveles de utilización de los servicios sanitarios se basan en la especial relación entre los proveedores de los servicios (profesionales sanitarios) y los receptores de los mismos (los pacientes). Pese a que la utilización de los recursos sanitarios se fragua en la interacción de ambas partes, la asimetría informativa existente (derivada del grado de especialización del personal), modela las decisiones sobre la base de unos pacientes que confían en que el diagnóstico les sea transmitido de forma clara y acompañado de unas recomendaciones de tratamiento apropiadas.

En cuanto a los efectos de los incentivos financieros en el nivel de utilización de los recursos y los costes, se han realizado diversos estudios tanto en el ámbito de los hospitales y otras instituciones proveedoras de servicios sanitarios como en el ámbito de los médicos de atención primaria, la mayor parte de ellos en Estados Unidos. Flynn, Smith y Davis (2002) llevaron a cabo una revisión bibliográfica en relación con los diferentes enfoques en la gestión de los servicios sanitarios, describiendo los distintos incentivos utilizados, y no encontraron evidencias de un impacto de dichos incentivos en el comportamiento, con la excepción de que el pago por servicios tendía a asociarse con la prestación de más servicios a nivel de médicos de atención primaria. Otros estudios, llevados a cabo en el ámbito de las entidades hospitalarias muestran una reducción en el tiempo de hospitalización y en los costes (Ellis y McGuire, 1996; Meltzer y Chung, 2001) con la introducción del pago por resultados.

A nivel de médicos de atención primaria, Conrad et al. (2002) concluye que los incentivos de grupo no afectan a la productividad individual de los médicos, pero los incentivos individuales están relacionados con una mayor productividad. Grootendorst y Stewart (2006) determinaron que la fijación de un sistema de incentivos para fomentar la prescripción de genéricos en la Columbia Británica obtuvo ahorros. Nassiri y Rochaix (2006) llevaron a cabo un experimento en Quebec para determinar si los médicos generales responden de manera estratégica a los incentivos financieros, encontrando que estos ajustaban sus consultas, de forma cuantitativa y cualitativa, para defender sus ingresos. La Tabla 1 resume estos resultados.

En general, los estudios citados parecen mostrar una cierta capacidad de influencia de los incentivos financieros en el comportamiento de los facultativos y que los proveedores de servicios médicos adoptarán medidas para reducir el nivel de utilización y los costes en el caso de que se les recompense por ello. Sin embargo, estas conclusiones han de ser interpretadas con prudencia debido a que, en la mayoría de los estudios disponibles se analizan, en primer lugar, un número reducido de datos y, en segundo lugar, los resultados analíticos no se presentan vinculados a una base teórica del proceso de decisión del proveedor de servicios sanitarios y la información contextual es limitada, lo que dificulta la traslación de estas conclusiones a otros ámbitos.

Tabla 1. Resultados de los incentivos financieros en términos de utilización y costes

Referencia	Tipo de estudio	Descripción	Conclusiones
Ellis y McGuire, (1996)	Cuasi-experimental	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Análisis econométrico del impacto de la implementación de un sistema de pagos por grupos de diagnóstico en las admisiones psiquiátricas. ❑ Datos de las reclamaciones a Medicaid en el área de New Hampshire entre 1987 y 1992. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los autores encontraron una reducción del 14% en la duración de la estancia. ❑ Se encontraron indicios de competición por los pacientes en relación con su potencial de beneficios para el hospital.
Grotendorst y Stewart, (2005)	Cuasi-experimental	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Analizan el impacto de la introducción de precios de referencia en algunos tratamientos en un programa público en la Columbia Británica. ❑ Se comparan mediante análisis estadístico multivariante dos programas, uno con y otro sin precios de referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los autores llegan a la conclusión de que se han producido ahorros significativos atribuibles a la introducción de un precio de referencia, pero menores que los inicialmente previstos.
Meltzer y Chung, (2001)	Observaciones controladas	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Analizan el impacto de la competición en admisiones de alto y bajo coste para ver los efectos antes y después de la implementación de un sistema de pagos prospectivos (PPS). 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los autores concluyen que la competición entre hospitales tiene diferentes efectos antes y después de la implementación de PPS, con menores costes después de su introducción.
Nassiri y Rochaix, (2006)	Cuasi-experimental	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Efecto de incentivos financieros de los médicos de atención primaria en Quebec. ❑ Valorar la eventual respuesta estratégica a esos cambios 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los médicos ajustaron sus consultas para defender sus ingresos tanto en lo que se refiere a calidad como a cantidad.

Fuente. Elaboración propia.

El conocimiento del contexto en el que los sistemas de incentivos son implementados es imprescindible para la correcta comprensión de las respuestas de los proveedores de servicios sanitarios ante el establecimiento de estos programas (Town et al., 2004). Así, es difícil obtener una única respuesta a la cuestión de cómo estructurar un sistema de incentivos. Podemos citar tres factores que hemos de tener en cuenta al analizar el contexto: entidad que recibe el pago, escala y alcance, y por último la concurrencia de varios programas de incentivos al mismo tiempo (Christianson, Leatherman y Sutherland, 2007).

En primer lugar la entidad a la que se dirigen estos incentivos y a la que, habitualmente, los estudios suelen identificar con el término de proveedores del

servicio, que pueden ser tanto hospitales, como médicos, instituciones gestoras tanto públicas como privadas. La eficacia del sistema de incentivos puede depender, en el caso de que se dirijan a grupos en vez de a individuos, por ejemplo, no tanto del diseño del sistema como de la forma en que el reparto se haga a los componentes del grupo (Young y Conrad, 2007). En segundo lugar, es importante determinar si se trata de un programa de incentivos con objetivos y duración temporal limitada o se trata de un programa más amplio, y por lo tanto el grado en que los ingresos del personal se ven afectados, ya que esto determinará, en gran medida, el poder de esos programas para afectar el comportamiento de los proveedores (Fisher, 2006; Young y Conrad, 2007). Por último, la concurrencia de distintos programas, puede suponer la complementariedad de los mismos y por lo tanto obtener un efecto reforzado en la consecución de sus objetivos, o tener un efecto totalmente contrario. La situación es especialmente complicada si existe concurrencia entre programas dirigidos a disminuir el grado de utilización y costes, y programas dirigidos a alcanzar unos determinados niveles de calidad (Reschovsky y Halley, 2007).

1.2 Impacto en términos de calidad asistencial

Los estudios relacionados con el pago de incentivos y su impacto en la calidad comenzaron a aparecer a mediados de los años 80 en paralelo a las modificaciones de las políticas retributivas en el ámbito sanitario. En el Reino Unido, una propuesta de Good Practice Allowance (Asignación por Buenas Prácticas) fue rechazada en 1986 por la asociación médica británica (BMA); sin embargo, este tipo de pagos aparecen en 1990 al renegociar los contratos entre el NHS (National Health Service) y los GPs (General Practitioners - Médicos Generales) y las negociaciones llevadas a cabo en el año 2000 suponen la asignación de 1 billón de libras para estos conceptos (Roland, 2004). Programas similares de incentivos financieros orientados a mejorar la calidad se han llevado a cabo también en los Estados Unidos desde los años 90, aunque con resultados cuestionables (McGlynn et al, 2003).

La literatura reciente se ha ocupado de la revisión de los principales programas puestos en funcionamiento tanto en los Estados Unidos (Epstein, 2006; Nichols y O'Malley, 2006) como en Gran Bretaña (McElduff et al., 2004; Roland, 2004; Smith y York, 2004), a la postre los dos países que presentan una mayor actividad en este campo. Una comparación de los programas puestos en marcha en los dos países se

encuentra en Pink et al. (2006). Dada la variabilidad con la que estos programas han sido diseñados e implementados, es difícil sintetizar sus conclusiones de modo que puedan ser utilizadas como una guía válida en la toma de decisiones (Dudley, 2005).

Puede parecer evidente que pagar más por unos servicios de mejor calidad puede aumentar la calidad de la atención sanitaria. Sin embargo, hay que recordar que la prestación de este tipo de servicios opera bajo las premisas de la Teoría del Principal y el Agente antes mencionada. En este caso el paciente (Principal) no puede observar directamente el grado de esfuerzo o habilidad del médico (Agente), en el que ha delegado la prestación de unos servicios. Esta información asimétrica acerca de la necesidad de determinados tratamientos y la efectividad de los mismos, puede generar cierta insensibilidad del paciente a la calidad técnica de los cuidados proporcionados, lo cual, en principio, ofrece un punto a favor de los incentivos monetarios que recompensan la calidad, independientemente de si los pacientes la reconocen o no.

No obstante, la cuestión es más compleja de lo que parece y, pese a que recientemente ha crecido el número de estudios que describen los distintos programas y tratan de evaluar la efectividad de los incentivos monetarios en la mejora de la calidad asistencial, siguen sin responderse todavía varias cuestiones fundamentales relativas a la efectividad, eficiencia y diseño de los incentivos, de las medidas de calidad utilizadas (Donabedian, 1980), así como la conveniencia o no de combinar estos incentivos con otros de carácter no financiero (Grimshaw et al., 2001).

En general, existen entre los médicos visiones encontradas en lo que a la efectividad de los programas de incentivos se refiere como medio de mejora de la calidad en el sector sanitario (Bodenheimer et al, 2005). Así, algunos médicos consideran que este tipo de programas suponen una carga de trabajo extra y por lo tanto un desaprovechamiento de su tiempo (Anderson et al., 2006), y que la intención y deseo de ser un buen profesional médico puede constituir un incentivo más efectivo que el dinero (Bokhour et al., 2006).

Campbell et al. (2007) analizan, al hilo del programa de incentivos monetarios para médicos generales puesto en marcha en Inglaterra en 2004 por el NHS, las tendencias en los indicadores de calidad. Los autores concluyeron que estos incentivos financieros pueden hacer una contribución a la mejora de la calidad como parte de un programa más amplio de medidas encaminadas a este fin. Doran et al. (2006), teniendo en cuenta que no había datos de referencia en el Reino Unido para usar como base del estudio y que había evidencias de que la calidad ya se estaba

incrementando con anterioridad a la implementación de este programa de incentivos, dudaban a la hora de atribuir las mejoras de calidad al programa, pese a los importantes desembolsos que supuso (los ingresos brutos de los médicos se incrementaron en \$40.200 por término medio).

En España, Gene-Badia et al. (2007) analizaron los datos recogidos de 257 equipos de atención primaria para evaluar si la implementación de un programa de incentivos contribuía a mejorar el desarrollo profesional de los equipos así como el nivel de satisfacción de los pacientes. Las conclusiones indicaban un aumento de la percepción de apoyo por parte de la dirección pero también de las demandas de los profesionales, mientras no había prácticamente evidencias de un efecto en el nivel de satisfacción de los pacientes.

A la escasa evidencia empírica y conclusiones encontradas de los anteriores estudios en lo que respecta a la capacidad de los incentivos monetarios para mejorar la calidad, hay que añadir que la implementación de un sistema de incentivos con el objeto de mejorar la calidad ha de superar una serie de barreras para poder ser efectivo. Algunos de los problemas que han de enfrentarse están relacionados con el número de pacientes por dolencia, los indicadores utilizados, los costes del sistema y la determinación del volumen adecuado. En lo que respecta al número de pacientes, puede darse el caso de que muchos doctores no tengan un número suficiente de pacientes con una determinada dolencia para evaluar de forma correcta la calidad de los servicios prestados, tendiendo en estos casos a mostrar la métrica una variación aleatoria (Hofer et al., 1999). Una solución para aquellos médicos que forman parte de un grupo sería la asignación de los incentivos al grupo, pero esta solución no garantiza que el individuo con mejores resultados obtenga los mayores pagos (Bokhour et al., 2006). Esto es así porque los médicos no reciben un retorno completo de los resultados positivos generados por sus esfuerzos, con lo que existe potencialmente el riesgo de “free-riding” (Kuhn, 2003).

Asimismo, es peligrosa la vinculación de una parte de los salarios de los médicos con una serie de medidas de desempeño ya que, en determinados casos, puede tener un efecto desincentivador de cara a la calidad asistencial y mejora en aquellos campos de atención no contemplados en los indicadores utilizados (Berwick, 1995). Es lo que en la literatura económica se conoce como el problema del multitasking. Si el objetivo del pagador es multidimensional y no todas las dimensiones son evaluadas, la recompensa basada en las medidas disponibles detraerá esfuerzos de aquellos objetivos que no han sido medidos.

En relación con el aspecto monetario, si la vinculación de una parte del salario con estos incentivos no se produce en base a nuevas aportaciones monetarias, lo que por otra parte, encarece el sistema a corto plazo, se corre el riesgo de que sea percibido por parte de los profesionales sanitarios como un intento de rebajar sus remuneraciones (Ferman, 2004). Hemos de sumar a esto la dificultad de determinar el nivel adecuado de recompensa para motivar un cambio en el comportamiento de los proveedores manteniendo al mismo tiempo bajo control los costes de implementación del programa, tales como la recolección y procesamiento de datos, cambios en los métodos de trabajo, etc. (Young y Conrad, 2007).

En resumen, si bien podemos considerar los incentivos monetarios como un factor de influencia en la provisión de unos servicios médicos de calidad y desde el punto de vista económico a los médicos como agentes que tratan de maximizar su función de utilidad (Kuhn, 2003), hay que tener en cuenta también otros factores que formarían parte también de esa función. En particular, es necesario tener en cuenta el estatus social y profesional, el altruismo, el coste de los esfuerzos necesarios para la provisión de los servicios, y la incertidumbre en la efectividad de los tratamientos médicos (Scott, 2001), algunos de ellos recogidos bajo el paraguas de las motivaciones intrínsecas, que constituyen a su vez, por lo tanto, un elemento motivador en el desempeño de sus funciones. La consideración de estos factores aconseja la realización de un análisis de la interacción de los incentivos financieros con estos otros elementos motivadores para explorar los posibles efectos negativos, “crowding out”, o positivos, “crowding in”, de esta interacción.

2. Motivaciones intrínsecas: preferencias sociales

Es una idea generalmente extendida tanto dentro como fuera de la profesión médica que los profesionales de la medicina son, como muchos otros servidores de lo público (bomberos, policías o profesores, por ejemplo) en su gran mayoría vocacionales. Es decir, su motivación es el bien de sus congéneres, la posibilidad de marcar la diferencia y de realizarse a nivel personal a través de la realización de tareas que mejoren la situación sanitaria y, por ende, la calidad de vida de sus conciudadanos. Es esta, pues, una condición intrínseca del individuo que se refleja en una fuerte ética profesional, y esto ejerce una influencia decisiva en la motivación para llevar a cabo sus tareas (Mathauer y Imhoff, 2006). Existen, sin lugar a dudas, condicionamientos o características internas capaces de ejercer influencia en la forma en que el individuo afronta el desempeño de su trabajo y podemos recoger algunas de esas características intrínsecas bajo la denominación de preferencias sociales. Siguiendo a Bowles y Polanía-Reyes (2012), podemos decir que nos referimos a “motivos tales como el altruismo, reciprocidad, placer intrínseco por ayudar a otros, compromiso ético, y otras motivaciones que inducen a las personas a ayudar a otros más que la maximización de la recompensa material individual”. Las preferencias sociales constituyen una motivación intrínseca del individuo, dicho de otra forma un incentivo implícito al que la literatura reciente otorga un efecto significativo sobre el comportamiento económico de los individuos (Della Vigna, 2009; Leider et al., 2009). Podemos entender las preferencias sociales así definidas como características íntimamente ligadas con el concepto de motivación por el servicio público, es decir la fuerza que induce a los individuos a llevar a cabo un servicio público, comunitario y social (Brewer y Selden, 1998).

En esta sección se analiza la relación entre preferencias sociales, comportamiento económico y productividad. Esta relación resulta fundamental para

analizar la efectividad de un sistema de incentivos monetarios desde un punto de vista integral, es decir, su influencia directa en aquellas áreas de comportamiento a las que van dirigidos y su posible interacción e influencia indirecta o menos aparente en otras áreas no constitutivas del objetivo inicial.

2.1 Preferencias sociales y comportamiento económico

La teoría económica suele conceptualizar a los individuos como seres racionales y egoístas que toman sus decisiones económicas con el fin de maximizar su utilidad; sin embargo, distintos experimentos ponen en duda esta asunción de racionalidad. Por ejemplo, se puede explicar la idea de las preferencias sociales a través de juegos de regateo, como el Juego del Ultimátum. En este juego, un proponente hace una oferta de cómo dividir un bien a otra parte, que puede aceptar o denegar esta oferta, en cuyo caso, ambos obtendrían una porción nula del bien. En el equilibrio del juego el proponente ofrecería una parte despreciable del bien y la otra parte lo aceptaría, ya que en ese caso ambos percibirían algo, frente a la opción de no percibir nada. Sin embargo, la evidencia empírica muestra que los proponentes ofrecen en torno al 40% y que la otra parte rechaza normalmente ofertas por debajo del 30% (Henrich et al., 2001).

En el Juego del Dictador (Forsythe et al., 1994), se desliga la motivación estratégica y social del regateo experimental. En este caso, la persona que recibe la oferta no tiene posibilidad de rechazarla, con lo que el proponente se convierte en Dictador. Al no haber interacción entre los jugadores no se puede identificar una solución de equilibrio para el juego y la única decisión racional para el Dictador es no dar nada a la otra parte. Los oferentes generalmente ofrecen menos que en el Juego del Ultimátum, pero todavía ofrecen una cantidad positiva a la otra parte, luego sus decisiones no están guiadas sólo por un comportamiento racional y estratégico. Otro ejemplo es el Gift Exchange Game tratado por Fehr, Kirchsteiger y Riedl (1993), que está diseñado para representar el mercado de trabajo y en el que los autores comprobaron que el trabajador responde con un mayor esfuerzo a una mayor retribución frente a las predicciones de la teoría clásica (el trabajador ejercerá en cualquier caso el mínimo esfuerzo y la compañía, anticipándolo, ofrecerá el mínimo salario que garantice su retención). Al hilo de estos experimentos se han construido diversos modelos teóricos para dar cobertura a estos resultados empíricos (por

ejemplo, Charness y Rabin, 2002). Estos y otros resultados (Fehr and Schmidt, 1999; Leider et al., 2009) son consistentes con la idea de que las preferencias sociales constituyen una influencia importante en el comportamiento económico. En este sentido, las preferencias sociales ayudan a explicar fenómenos como las donaciones a la caridad, la respuesta de los trabajadores en huelga a recortes salariales, la respuesta en esfuerzo ante cambios en el salario o la respuesta en esfuerzo ante recompensas no monetarias (Della Vigna, 2009).

Con respecto a las evidencias empíricas de la relación entre las preferencias sociales y el comportamiento económico, Carter y Castillo (2002) encontraron, en los juegos de confianza y distribución que llevaron a cabo en Sudáfrica, que sus medidas experimentales de altruismo y confianza estaban relacionadas positivamente con el gasto en los hogares. Barr y Serneels (2009) encontraron que las medidas experimentales de la confiabilidad del individuo estaban positivamente relacionadas con los salarios de los trabajadores manufactureros de Ghana. Por último, y más relevante para la materia que nos ocupa, Carpenter y Seki (2010) establecen un vínculo directo entre las medidas experimentales de las preferencias sociales y la productividad en un experimento llevado a cabo con los pescadores de Shiroebi en la prefectura de Toyama, de forma que aquellos que mostraban un mayor grado de cooperación condicional y mayor propensión a condenar la elusión de responsabilidades, eran más productivos. En lo referente a los profesionales del sector sanitario, recientes trabajos de campo confirman la existencia de motivadores como la estima, la sensación de ayudar a los demás y el sentido de realización profesional tanto en profesionales sanitarios de países con un alto nivel económico (Spear, 2006) como entre profesionales de aquellos países con un nivel de ingresos medio-bajo (Dieleman et al., 2006). En países con un nivel de ingresos medio-alto los profesionales médicos están menos interesados en los salarios y más en la calidad del trabajo o en la oportunidad para formar estudiantes (Van Ham et al., 2006).

En el ámbito sanitario, existen también evidencias de que las preferencias sociales son muy relevantes a la hora de analizar las decisiones adoptadas por los médicos. Así, por ejemplo, Delfgaauw (2007) al analizar la influencia de los distintos sistemas de provisión de servicios sanitarios en la asignación de pacientes a los distintos facultativos cuando estos presentan distintos niveles de altruismo, concluye que los médicos que intrínsecamente se preocupan por el bienestar de sus pacientes ofrecen una atención de mayor calidad y prefieren trabajar en el sector público. También existen evidencias empíricas de que las motivaciones intrínsecas son un

elemento determinante en el esfuerzo y la calidad de los servicios prestados por los profesionales médicos. Brock et al. (2011) investigan el papel desempeñado por las motivaciones intrínsecas en la calidad de los servicios médicos prestados por un grupo de 104 médicos en Tanzania. El estudio combina datos de campo en los que se mide la calidad de la atención (incluye medidas de referencia de la calidad, así como respuesta al escrutinio de los compañeros y a una intervención deliberada para motivar un mayor esfuerzo) con los resultados de un experimento en laboratorio en el que participan 71 de los médicos participantes y en el que se mide la generosidad, la respuesta a la información social y al sentimiento de orgullo propio. Como resultado del estudio concluyen que la heterogeneidad de las motivaciones intrínsecas de estos profesionales es un elemento determinante de la calidad en la atención sanitaria y que el nivel de esfuerzo se puede incrementar de manera significativa si se actúa sobre esta forma de motivación. Las preferencias sociales incrementan la calidad y no son sustitutas de los efectos del escrutinio por parte de los compañeros, con lo que la calidad se puede incrementar si se les aporta algún estímulo proveniente de sus compañeros. Se resalta el hecho de que las mayores ganancias en calidad provienen de aquellos que inicialmente ejercían los menores niveles de esfuerzo y que aquellos que mostraron un comportamiento más egoísta en los experimentos de laboratorio incrementaron sensiblemente sus niveles de esfuerzo cuando fueron expuestos al escrutinio de otros profesionales.

Lagarde y Blaauw (2011) llevan a cabo un experimento para analizar la capacidad potencial de diversos tipos de incentivos para modificar la propensión de las enfermeras a poner por delante de sus propios intereses aquellos de su pacientes. Cada participante tenía que tomar decisiones de asignación entre ellos y los pacientes en cinco contextos distintos, de los cuales uno servía para fijar un marco de referencia y los otros cuatro venían determinados por cuatro sistemas de incentivos. Dos de estos sistemas incluían un factor económico y otros dos solamente información. Del análisis de los datos agregados se desprende que sólo los dos incentivos basados en la provisión de mayor información y que no ofrecen beneficios económicos adicionales resultan efectivos para fomentar la generosidad y que la respuesta a estos incentivos varía de un país a otro. Los autores concluyen que los resultados del experimento sugieren, de una parte, que las políticas de recompensas monetarias futuras (bonus) y promoción profesional parecen no ser efectivas para animar a los profesionales sanitarios a tomar posiciones más difíciles, quizás por la falta de confianza o por la preferencia por el presente. Además, los resultados sugieren que, no sólo los

incentivos no monetarios tienen un mayor potencial para motivar a los profesionales sanitarios a sacrificar parte de sus recompensas en aras de conseguir un beneficio para sus pacientes, sino que además, estos incentivos no financieros son más efectivos desde el punto de vista de los costes. En particular resaltan la potencialidad que tiene el dar publicidad a aquellos profesionales que han optado por opciones más altruistas, por el posible efecto multiplicador que esta visibilidad puede tener entre sus compañeros de profesión. En cuanto al uso de sanciones el efecto es perverso en el sentido de que, no sólo aquellos que han sido sancionados y perciben la sanción como arbitraria o injusta pasan a actuar de una manera más egoísta y muestran una menor propensión a ayudar a sus pacientes, sino que aquellos compañeros no sancionados también muestran un comportamiento menos generoso. Por último, se ha de resaltar el hecho de que la respuesta a los incentivos no fuese la misma en todos los países, lo cual sugiere que el entorno cultural puede ser un factor condicionante de la respuesta de los individuos ante los distintos incentivos.

Todos estos resultados sugieren que al abordar la política sanitaria hay que sopesar la posibilidad de incrementar la calidad de los servicios prestados por el personal sanitario actuando sobre las motivaciones intrínsecas de estos profesionales. Se ha de tener en cuenta además, el efecto positivo del soporte y opinión de otros compañeros de profesión y por último, el nada desdeñable hecho de que las acciones en estos campos ofrecen potencialmente una ventaja en cuanto al análisis coste beneficio con respecto a aquellas acciones basadas en la motivación mediante incentivos financieros.

3. Incentivos financieros y preferencias sociales: el efecto crowding out

En los apartados anteriores hemos observado que las preferencias sociales son un elemento motivador relevante. Por otro lado, hemos analizado también el papel que, en este sentido, juegan los incentivos financieros, tanto como elemento de control del uso de recursos y por lo tanto del gasto, en aras de mejorar la eficiencia en la prestación de servicios sanitarios, como en su vertiente de promotor de un servicio de mejor calidad. Si se supone la existencia de separabilidad entre preferencias sociales e incentivos financieros, las tasas, subsidios y otros incentivos tienen un impacto sobre el comportamiento del individuo solo mediante las variaciones que se producen en el coste económico y los beneficios de las actividades a las que dichos incentivos van dirigidas. Sin embargo, la literatura reciente ofrece evidencias de lo contrario. Es decir, o bien las preferencias sociales se verán reforzadas por el uso de incentivos financieros produciéndose un efecto de complementariedad que denominaremos crowding in, o bien se verán afectadas de forma adversa, produciéndose un efecto crowding out. Ambos efectos se recogen en la figura 1.

Asumiendo que el establecimiento de un incentivo financiero que incremente las recompensas individuales del individuo mejorará su contribución a la acción provisoria del bien público, esta acción puede verse reforzada si ese incentivo ejerce un efecto positivo sobre las preferencias sociales del individuo (efecto crowding in en la segunda fila de la figura 1) o contrarrestada si ejerce un efecto negativo (efecto crowding out en la tercera fila de la figura 1), dando por supuesto un efecto positivo de las preferencias sociales en la provisión del bien público mediante la acción (a).

Incentivos (s)	Efecto producido		Efecto producido	Provisión de un bien Público	Acción (a)
	+	Recompensas materiales propias	+		
	+	Preferencias Sociales	+		
	-		+		

Figura 1. Interacción entre incentivos financieros y preferencias sociales. Fuente: Bowles y Polanía-Reyes (2012).

Un buen ejemplo para ilustrar el efecto crowding out lo constituye el estudio realizado por Gneezy y Rustichini (2000) en los centros de atención de día para niños en Israel, en el que inicialmente se recogieron datos sobre los padres que llegaban tarde a recoger a sus hijos y, en una segunda etapa, se impusieron unas penalizaciones monetarias para aquellos padres que llegasen con retraso. Tras una fase de adaptación el número de padres que llegaban tarde se incrementó, contrariamente a lo que cabría esperar. Lo que ocurrió fue que la introducción de un factor monetario externo alteró la relación entre los profesores y los padres, pasando de ser una relación no monetaria a una monetaria. Como consecuencia, la motivación intrínseca de los padres para llegar en hora desaparece y es sustituida por el sentimiento de que los profesores ahora están percibiendo una remuneración por cuidar de sus hijos cuando ellos llegan tarde.

La posibilidad de que las intervenciones externas a través del establecimiento de incentivos o castigos monetarios pueden contrarrestar de manera parcial o total el efecto precio ha sido generalmente aceptada a nivel teórico, aunque discutida por algunos economistas. Además, existen evidencias empíricas tanto de la existencia del efecto crowding out como del efecto contrario (Frey y Jegen, 2001). Algunos autores creen que la relación entre los incentivos intrínsecos y extrínsecos no es lineal y muestra una discontinuidad en la relación entre incentivos monetarios y desempeño; para el mismo individuo es posible observar un mejor desempeño en ausencia de incentivos monetarios que cuando estos son introducidos en una cuantía pequeña,

mientras que su desempeño crecerá con el nivel de incentivos a medida que estos representan una cuantía más importante (Gneezy y Rustichini, 2000; James, 2005). Podemos decir que la influencia de los incentivos en las preferencias sociales se produce por dos causas: primero, por la sensibilidad del comportamiento del individuo ante el entorno en que las decisiones son adoptadas (Ross y Nisbett, 1991), proporcionando los incentivos información acerca de este entorno de decisión, por lo que decimos que las preferencias son estado-dependientes, constituyendo diferentes paquetes de incentivos diferentes estados. En este sentido, los incentivos afectan y modifican el comportamiento resultante de las preferencias sociales del sujeto. Segundo, el uso de incentivos monetarios puede alterar el entorno en que las preferencias sociales son aprendidas y por lo tanto la distribución de las mismas entre la población, como por ejemplo la fracción de población con preferencias sociales, su distribución en relación con ciertas características demográficas como el sexo o la edad, por ejemplo (Bisin y Verdier, 2011; Bowles y Gintis, 2011). Decimos en este caso que las preferencias son endógenas y el efecto de los incentivos en las mismas es, a diferencia del caso de las preferencias estado-dependientes, un efecto a largo plazo, ya que la transmisión de valores se suele producir durante la juventud y esos valores adquiridos acompañan al individuo, en la mayor parte de los casos, a lo largo de toda su vida.

Tres son los mecanismos que hacen las preferencias sociales estado-dependientes, y mediante los cuales los incentivos monetarios pueden afectar al comportamiento derivado de esas preferencias. En primer lugar, la implementación de un sistema de incentivos conlleva la revelación al Agente por parte del Principal de información acerca de sus intenciones (mayor justicia, mayor beneficio propio, ...), de su opinión acerca de aquellos a los que van dirigidos los incentivos (si son o no trabajadores, fiables, ...) y del comportamiento que se desea obtener con esos incentivos (Lepper et al., 1982). En este sentido, proveer de incentivos al Agente puede esconder “malas noticias” para el mismo acerca de la naturaleza de la tarea o su habilidad para desarrollarla, siempre y cuando el Principal posea información privada acerca de estas variables. Para ilustrar este mecanismo, Bowles y Polanía-Reyes (2012) citan como ejemplo los Juegos de Confianza en los que a un grupo de estudiantes en el rol de inversores se les otorga la oportunidad de transferir una cantidad de dinero a los fideicomisarios. El experimentador triplicaba luego esta cantidad, de forma que el fideicomisario, conociendo la opción del inversor, podía transferir una parte o nada de esta cantidad extra al inversor, que obtenía así un

beneficio. El inversor además, al transferir dinero al fideicomisario expresaba el nivel deseado de beneficio y tenía la posibilidad de imponer una sanción al fideicomisario si su nivel de beneficio era inferior al deseado. Los resultados experimentales mostraron que en aquellos casos en los que el inversor decidió no imponer la sanción, el fideicomisario retornaba una cantidad de dinero mayor que en los casos en los que la sanción era impuesta. El problema es que el incentivo en este caso envía una señal de desconfianza y autointerés por parte del inversor hacia el fideicomisario y este, en consecuencia, actúa pensando sólo en el propio beneficio. En este contexto, es fácil entender que el efecto de las sanciones sea totalmente distinto cuando estas son impuestas por colaboradores que no obtienen nada a cambio. La señal enviada en este caso podría interpretarse como una desaprobación que proviene de la búsqueda del bien común (“buenas noticias”) y podría provocar, al contrario que en el caso anterior, un efecto de refuerzo o crowding in sobre el incentivo. El Agente inferirá información tanto de la existencia como del tamaño de los incentivos. La diferenciación entre incentivos grandes y pequeños va a depender del caso y en general si los incentivos son lo suficientemente grandes el efecto precio, directo, superará al efecto crowding out, indirecto, en el corto plazo (Gneezy, Meier y Rey-Biel, 2011) aunque con excepciones cuando los incentivos son tan elevados que ejercen demasiada presión sobre los individuos (Ariely, Bracha, y Meier, 2009). Si los incentivos señalan alguna forma de malas noticias para el Agente, tal y como hemos descrito en párrafos anteriores, este actualizará la imagen que posee del Principal, y como consecuencia se puede ver reducida de manera permanente su motivación para realizar la tarea en ausencia de incentivos, de forma que el esfuerzo en la realización de la tarea puede ser incluso menor que en la situación previa a la implementación de un incentivo extrínseco (Gneezy y Rustichini, 2000b; Gneezy, Meier y Rey-Biel, 2011).

En segundo lugar, las decisiones económicas se ven afectadas por el marco de decisión, es decir, por la concepción que el sujeto tenga de los actos, resultados y posibles contingencias asociadas a una elección particular (Tversky y Kahneman, 1981). Los incentivos señalan el tipo de situación y, por ende, el comportamiento adecuado para conseguir el objetivo y pueden por lo tanto activar actitudes de maximización de los beneficios individuales en el agente cambiando de un marco cooperador en el que los individuos solo pueden crear surplus cuando actúan de forma cooperativa a un marco maximizador en el que el individuo se centrará en maximizar sus pagos (Irlenbusch y Sliwka, 2005). Tal y como Khon (1993) nos indica, la

respuesta a la pregunta de si las recompensas motivan es que sí, motivan a la gente a obtener recompensas.

Por último, el efecto crowding out puede aparecer si el sujeto ve comprometida su autonomía (Deci, Koestner y Ryan 1999). La razón es la autodeterminación dañada del individuo. Cuando los individuos perciben una intervención externa como limitadora de su autodeterminación, la motivación intrínseca es sustituida por el control extrínseco (Rotter, 1966). Los fundamentos de este comportamiento restan en lo que en psicología se conoce como la Teoría de la Atribución y Auto-percepción, según la cual los individuos no saben de antemano porque se comportan como se comportan, es decir, no tienen acceso directo al conocimiento de sus propias motivaciones, por lo que tratan de deducirlas de su comportamiento y de la situación en que este comportamiento se produce (Amabile et al., 1994). La atribución del desempeño puede ser, por lo tanto, interna o externa, siendo en el primer caso el motor interno (el propio esfuerzo, habilidad,..) mientras que en el segundo caso el motor será externo (incentivos monetarios o de otro tipo). El establecimiento de incentivos monetarios, puede en este contexto, ocultar las motivaciones internas y llevar al individuo a deducir que lleva a cabo unas determinadas actuaciones porque está motivado extrínsecamente y no porque le resulten interesantes. Esta reevaluación de las características intrínsecas de una tarea puede llevar a un cambio en las expectativas y actitudes hacia dicha tarea. Si los incentivos son posteriormente retirados aparece el efecto de la sobre-justificación: si una persona es recompensada por realizar una tarea que ya resulta interesante en si misma, la persona atribuirá su comportamiento a esa recompensa, con lo que al retirar la recompensa su nivel de desempeño volverá a niveles inferiores al inicial (Kunz y Pfaff, 2002).

Desde el punto de vista del carácter endógeno de la preferencias, mientras la teoría económica las ha considerado tradicionalmente como exógenas, los economistas han reconocido desde hace tiempo su maleabilidad (Bar-Gill y Fershtman, 2004). Es decir, las preferencias sociales no son variables ajenas al modelo, no se trata de un conjunto de valores adquiridos en el entorno cultural y familiar y que nos acompañan toda la vida. Las preferencias sociales son parte integrante de un modelo de incentivos y por lo tanto interaccionan con las demás variables del modelo actualizándose. El carácter endógeno es relevante en relación al proceso de adquisición de las mismas, que se produce sobre todo al principio de la vida del individuo y permanece con él con el paso del tiempo. En este sentido la implementación de un sistema de incentivos puede provocar un cambio a largo plazo

en la motivación, afectando tanto al espectro de las motivaciones a las que los individuos son expuestos como a las recompensas económicas y el estatus de aquellos con preferencias diferentes de las del individuo (Bowles y Polanía-Reyes, 2012). La afirmación anterior se basa en dos regularidades empíricas: en primer lugar, el efecto de la mera exposición como fuente de aprendizaje de las preferencias sociales y que es una de las razones por las que el aprendizaje cultural prima lo común sobre lo raro, independientemente del éxito económico de cada uno. Así pues, la probabilidad de que un individuo adopte una preferencia social varía con la frecuencia del comportamiento indicativo de dicha preferencia en la sociedad. La segunda regularidad empírica, tienen que ver con el efecto de la presencia de incentivos para contribuir a un bien social, que puede hacer que algunos observadores interpreten un acto generoso como puramente egoísta o derivado del propio interés. Ambos factores unidos, suponen que el uso de incentivos puede reducir el porcentaje de población cuyos actos se interpretan como altruistas y por ende, con preferencias sociales, disminuyendo por lo tanto el peso relativo de estos individuos frente a los puramente egoístas y la probabilidad de que estas preferencias sean adoptadas por nuevos individuos (Hwang y Bowles, 2010).

La consideración del efecto de las preferencias sociales sobre la motivación es especialmente relevante en el estudio del sector sanitario. Los médicos son la clase de profesionales y la medicina la clase de actividad en la que existe una clara posibilidad de que el establecimiento de un sistema de incentivos extrínsecos tenga un efecto final contrario al perseguido con su implantación, y esto es así porque la profesión médica es difícil, requiere creatividad y es, por lo tanto, interesante por sí misma, requiere un alto grado de compromiso profesional para alcanzar la excelencia y, en general, cuanto mayor es la sofisticación cognitiva y el pensamiento creativo que se necesita para llevar a cabo una tarea, peor tiende a actuar la gente al realizar la tarea a cambio de una recompensa.

Estos razonamientos son consistentes con la idea de que los incentivos no son malos *per se*, y que el efecto crowding out que los mismos pueden ejercer sobre las preferencias sociales tiene más que ver con el significado que los mismos tienen para aquellos a los que van dirigidos. Esta percepción depende de las relaciones entre los actores, la información que el incentivo proporciona y el contexto en el que se ponen en marcha. Así, es posible también que un paquete de incentivos bien diseñado pueda transmitir “buenas noticias” acerca del Principal y provocar por lo tanto un compromiso moral en vez de su contrario. En este caso los incentivos estarían ejerciendo un efecto

crowding in o de complementariedad sobre las preferencias sociales, reforzando los efectos positivos de estas en la provisión del bien público. Esta complementariedad entre los incentivos y las preferencias sociales ayuda a explicar porque las penalizaciones impuestas a los “free-riders” por compañeros de profesión que no obtienen un beneficio directo de la imposición de esas sanciones ayudan a incrementar los niveles de contribución. Una explicación es que estos incentivos impuestos por compañeros activan sentimientos como la vergüenza o algún otro tipo de preferencia social que empuja a los individuos a contribuir más. Un ejemplo del funcionamiento de este mecanismo se recoge en Barr (2001). La autora estudia, a través de experimentos económicos, como las sociedades rurales de África afrontan los dilemas sociales. Los individuos anuncian su nivel de contribución a todos los presentes en la sesión y se da la posibilidad a los presentes de hacer comentarios acerca de las decisiones de los demás. El experimento muestra que catorce de un total de dieciocho comunidades obtienen niveles mayores de cooperación tras la introducción de sanciones no monetarias basadas en el sentimiento de vergüenza desatado por las críticas.

También los incentivos y coacciones derivados de diseños institucionales o del marco legislativo que limitan las formas extremas de comportamiento antisocial y que facilitan las interacciones mutuamente beneficiosas para las partes, pueden tener un efecto de complementariedad con las preferencias sociales, al garantizar que los que cumplen las normas no serán perjudicados por aquellos ciudadanos egoístas que sólo piensan en la maximización de su propia utilidad. Por ejemplo, Shinada y Yamagishi (2007) llevaron a cabo con 157 nuevos alumnos de la Universidad de Hokkaido experimentos para analizar el comportamiento cooperativo en grandes grupos de personas llegando a la conclusión de que la cooperación dentro de un grupo es sostenible cuando los free-riders son castigados. Además, ese castigo tiene tanto un efecto directo como uno indirecto al promover la cooperación. El efecto directo del castigo altera las consecuencias de la cooperación y la no cooperación de forma que se hace más atractiva la primera para una persona racional. El efecto indirecto provee las condiciones necesarias para la cooperación, es decir, la expectativa de que el resto de compañeros también cooperará, reforzando por lo tanto el efecto directo, tanto si el castigo es impuesto por los propios compañeros como si es impuesto por un tercero. En resumen, podemos decir que los casos de crowding in son mucho menos frecuentes que aquellos de crowding out y suelen estar asociados a incentivos que invitan a la aprobación o desaprobación moral por parte de los compañeros.

La aceptación de que los efectos crowding out y crowding in existen no implica que los incentivos financieros no deban ser utilizados, sino que pone de manifiesto que, dada la no separabilidad entre incentivos financieros y preferencias sociales, sus relaciones han de ser tenidas en cuenta al valorar la pertinencia de la implementación de un sistema de incentivos y proceder a su diseño e implementación. En este sentido, hemos de distinguir entre incentivos categóricos y marginales. En el caso de los primeros, su mera presencia, independientemente de su tamaño, provoca un cambio en el comportamiento, mientras que los incentivos con un efecto marginal suponen que, en su presencia, el incentivo es menos efectivo que bajo la asunción de aditividad. Es decir, el incentivo con efecto marginal puede tener una relación lineal positiva con el desempeño, pero su pendiente será menor que la que obtendríamos bajo la hipótesis de aditividad. La asunción de aditividad supone que los individuos responderán a la presencia de incentivos no modificando sus preferencias sociales preexistentes. Dependiendo de su volumen, un incentivo puede ser efectivo aún cuando exista un efecto de sustitución entre dicho incentivo y las preferencias sociales del individuo, lo cual plantea un problema si intentamos identificar la existencia de efectos crowding. Es decir, no podemos asumir que el hecho de que haya una mejora del desempeño implique la no existencia de un efecto crowding out. Habrá que disponer de un resultado de referencia en el que se haya evaluado el resultado del desempeño en ausencia de incentivos, estimar el impacto del incentivo en el desempeño bajo la hipótesis de aditividad y, por último, observar los resultados tras la implantación del incentivo.

Estas cuestiones ponen de manifiesto lo complejo de la decisión de implantar o no un sistema de incentivos y, en caso de optar por su implantación, el diseñar un modelo adecuado. En algunos casos, será mejor la no implementación del incentivo. Así, por ejemplo, en el experimento llevado a cabo por Fehr y Gächter (2002) estos concluyen que la cooperación voluntaria prácticamente desaparece cuando se imponen sanciones a los agentes y, por lo tanto, son más eficientes los contratos que no ofrecen incentivos. A pesar de ello, los principales prefieren incentivar porque estos contratos les permiten apropiarse de una mayor parte del surplus, por lo que son más beneficiosos para ellos. En otras ocasiones, será necesario para el principal aumentar el incentivo, ya sea aumentando la recompensa para el agente por actuar de una determinada manera o la penalización por no hacerlo. Por ejemplo, en el experimento llevado a cabo por Gneezy y Rustichini (2000), estos llegan a la conclusión de que para un grupo de niños que habían recogido donaciones sin incentivos, la inclusión de

los mismos casi no surtía efecto si los incentivos eran pequeños, pero si estos eran suficientemente grandes la cantidad de dinero recogida aumentaba. La no consideración de estas cuestiones llevaría a que, si existe un efecto crowding, sea categórico o marginal, un sistema de incentivos que no tenga en cuenta estos efectos podría fijar incentivos muy altos o muy bajos con respecto a su valor óptimo.

La figura 2 muestra el funcionamiento de los efectos crowding categórico y marginal y como en presencia de crowding out, el nivel de incentivos necesario para alcanzar un determinado nivel de output será mayor que bajo la hipótesis de aditividad. En ausencia de incentivos ($s=0$) el agente ejercerá un nivel de esfuerzo y' . Si el nivel de output deseado es $y^* > y'$, el principal necesitará hacer uso de algún incentivo para incrementar ese nivel de output, y suponiendo que la hipótesis de separabilidad entre preferencias sociales e incentivos se sostuviese, y no hubiese por lo tanto efecto crowding out, bastaría con un nivel de incentivos tal como s^* para alcanzar el output deseado. Si, por el contrario, estamos en una situación en la que tenemos un efecto crowding out categórico, la mera presencia de incentivos disminuye el nivel de output en comparación con la situación de ausencia de incentivos, desde y' hasta y^c , y para conseguir el output deseado de y^* deberá usar un nivel de incentivos ($s^c > s^*$) mayor que el necesario en caso de separabilidad. De modo similar, en presencia de un efecto crowding out marginal, el incentivo es menos efectivo que bajo la hipótesis de separabilidad y, por lo tanto, para obtener el nivel de output deseado y^* será necesario emplear un nivel de incentivos s^m ($s^* < s^m < s^c$). Por supuesto, si tenemos un efecto crowding out categórico y marginal al mismo tiempo sería necesario un nivel de incentivos todavía mayor.

En Hwang y Bowles (2012) encontramos una estimación de los efectos categórico y marginal obtenida a partir de datos empíricos de un experimento de bienes públicos en el que los participantes se encontraban ante tres condiciones: no aplicación de incentivos, un bonus de cuantía baja otorgado a aquel que presenta la mayor contribución y, por último, un bonus de cuantía alta otorgado a aquel que presenta la mayor contribución. Las recompensas eran tales que una contribución de 25 permitía al individuo maximizar sus recompensas. En el caso de ausencia de incentivos la contribución media fue de 37, lo cual sugiere una influencia importante de las preferencias sociales, ya que la contribución es sensiblemente superior a las 25 de un individuo que sólo estuviese motivado por las recompensas materiales, en concreto un 48% superior.

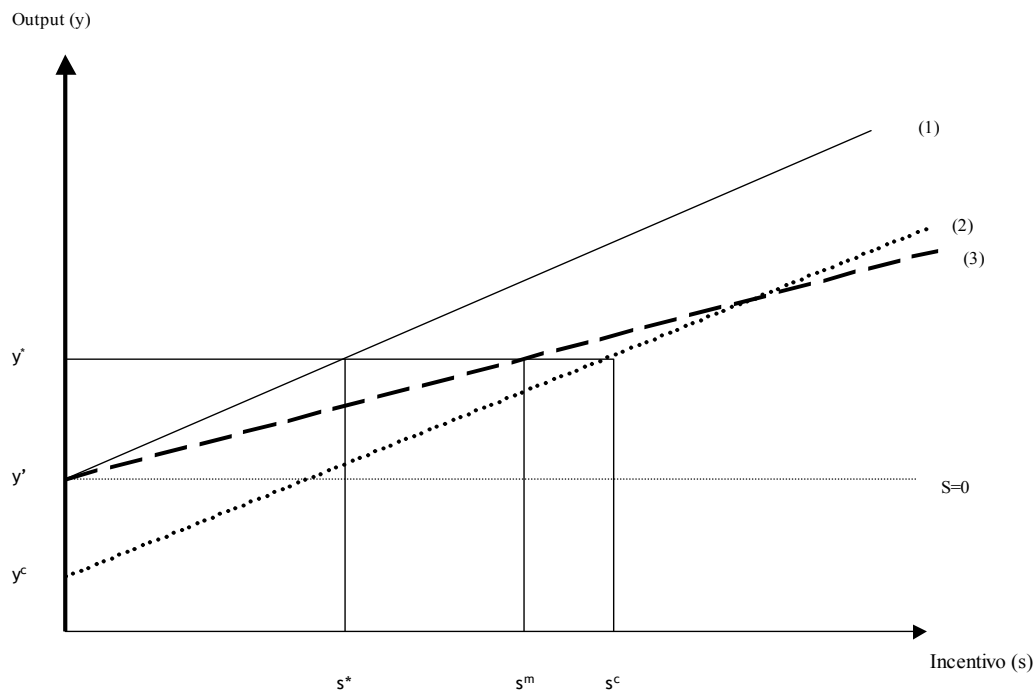
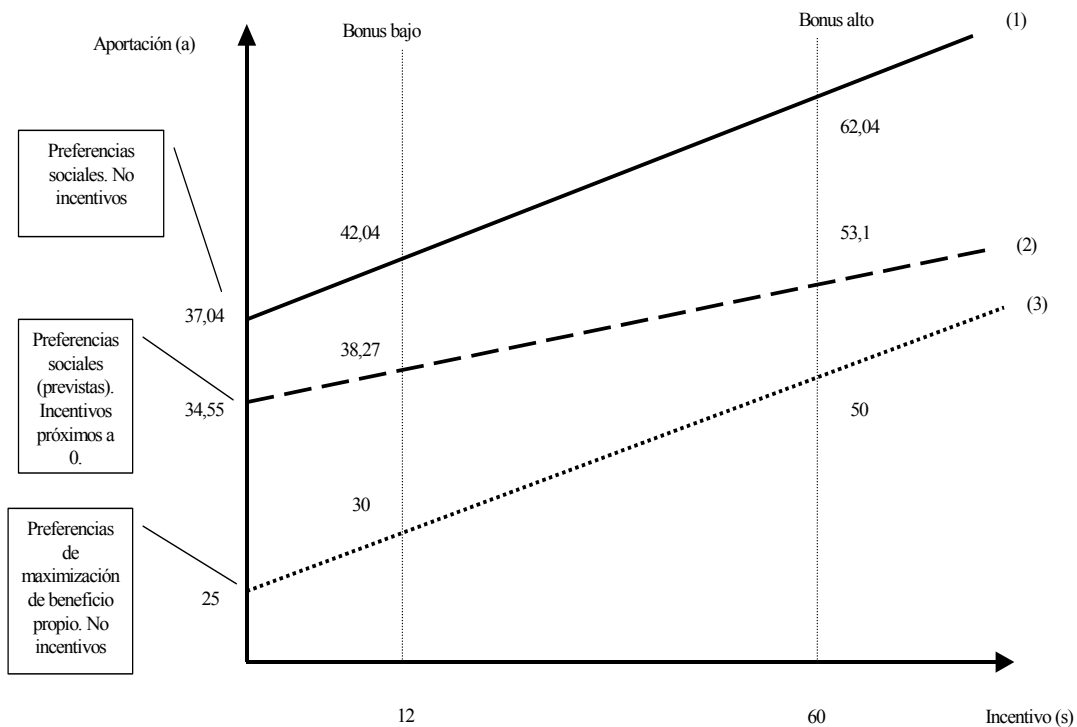


Figura 2. Efectos crowding out categórico y marginal.

En el caso de un bonus de cuantía pequeña, los resultados no ofrecían diferencias significativas con respecto al caso de ausencia de bonus. Sin embargo, si el bonus era de cuantía elevada, la contribución media ascendía hasta 53 unidades, frente a los 50 previstos para los sujetos egoístas, por lo que los autores concluyen que “mientras los incentivos elevados funcionan (incrementan las contribuciones un 43% sobre el caso de ausencia de incentivos) parece que lo hacen sustituyendo preferencias de maximización del beneficio propio por preferencias sociales”. La figura 3 recoge las estimaciones de los efectos marginales y categóricos. El efecto crowding out provoca una reducción del 26% en el efecto marginal de los incentivos, que viene dado por la diferencia entre las pendientes de las rectas 1 y 2. El efecto categórico estimado es de una reducción del 21% del efecto de las preferencias sociales, medidas por la diferencia vertical entre las rectas 1 y 3.



Fuente: Hwang y Bowles (2012)

- (1) Contribuciones previstas bajo el supuesto de separabilidad
- (2) Datos observados. Contribuciones medias en cada situación
- (3) Contribuciones previstas para individuos puramente egoístas

Figura 3. Efectos crowding out categórico y marginal: resultados.

Hemos visto que el uso de remuneraciones basadas en incentivos tiene el efecto de aumentar el interés del profesional en su propio beneficio y disminuir su preferencia por la cooperación de manera simultánea, por lo que la organización ha de diseñar el incentivo teniendo en cuenta que ha de compensar la menor disposición hacia la contribución voluntaria por parte del profesional, resultando que en presencia de crowding out los incentivos han de ser mayores que si estos fuesen aditivos con respecto a las preferencias preexistentes. Esta relación no es sin embargo estática. La interacción entre el efecto crowding out y las preferencias sociales es dinámica en el sentido de que, cuanto más se usan los incentivos y actúa el efecto crowding out sobre las preferencias sociales, mayor es la erosión que se produce sobre las mismas y mayor es el volumen de incentivos que se han de pagar, hasta que, eventualmente, el

efecto crowding out es completo y el individuo se ha convertido en totalmente egoísta y sólo actuará bajo criterios de maximización de su propia utilidad. Como hemos visto al analizar el carácter endógeno de las preferencias estos cambios serán permanentes. Por lo tanto, es razonable pensar que el creciente uso de incentivos lleve aparejado un creciente coste de los paquetes retributivos a medio y largo plazo.

Conclusiones

El desempeño de los profesionales en general depende de diversos factores entre los que podemos incluir, por ejemplo, la capacidad, la disponibilidad y actualización de información, y la motivación. En este sentido, se usan incentivos financieros en el ámbito sanitario con el propósito de motivar a los profesionales para mejorar la calidad asistencial y la eficiencia en el uso de los recursos disponibles. En general, existe una cierta capacidad de los incentivos financieros para influenciar el comportamiento de los profesionales sanitarios. Por lo tanto, es posible obtener a través de su utilización algunas mejoras tanto en aspectos relacionados con la calidad como en lo referido a una mayor eficiencia en el uso de los recursos sanitarios. No hay que olvidar, sin embargo, que la mayor parte de los resultados empíricos que soportan su uso están basados en estudios con relativamente pocos datos y desvinculados de una base teórica que explique el proceso de toma de decisión de aquellos sujetos a los que van dirigidos, por lo que han de ser interpretados con prudencia. Por otro lado, las preferencias sociales se han mostrado, a raíz de la literatura analizada, como un elemento determinante tanto del esfuerzo de los facultativos como de la calidad de los servicios prestados. Estos motivadores son más eficientes desde el punto de vista del análisis coste-beneficio y pueden verse reforzados con medidas como el escrutinio por parte de los compañeros de profesión. Si el gestor supone que existe separabilidad o aditividad, puede verse en la tentación de combinar ambos tipos de incentivos.

No obstante, en este trabajo hemos comprobado que cuando se usan los incentivos monetarios para modificar el comportamiento surge un conflicto potencial entre los efectos de estas motivaciones extrínsecas y las motivaciones intrínsecas, conocido como efecto crowding out. Este efecto puede derivar en una eliminación parcial o completa de las motivaciones intrínsecas de forma que el efecto global de los incentivos sea contrario al inicialmente perseguido.

Tanto los datos como las teorías que soportan la idea de que los incentivos financieros minan las motivaciones intrínsecas de los individuos, también sugieren

algunas soluciones. A tenor de lo visto en este trabajo, los mayores peligros que el establecimiento de un sistema de incentivos supone para la motivación intrínseca de los profesionales tienen que ver con el hecho de premiar a los individuos en vez de a los equipos, recompensar tareas muy específicas y concretas, diseñar los sistemas de incentivos de forma que se perciban como un modo de control externo y usar incentivos demasiado pequeños, por lo que si diseñamos un sistema de incentivos que trate de evitar estos problemas es posible que ejerza un efecto crowding in o de complementariedad con las preferencias sociales. Así, por ejemplo, los casos en los que la implementación de sistemas de incentivos ha funcionado mejor en el sector sanitario han sido aquellos en los que las recompensas han ido dirigidas a grupos u organizaciones. En cuanto a la percepción de los incentivos como un elemento de control, una posible forma de evitarla es poner en poder de los propios profesionales ese control, permitiéndoles que sean ellos mismos los que determinen las medidas adecuadas para cada paciente particular.

La motivación es un concepto complejo por lo que no se ha de abordar un estudio separado de cada uno de sus componentes, sino abordar el problema como un todo en el que no se ha de esperar obtener una respuesta categórica a la pregunta de si los incentivos financieros funcionan o no. Es necesario tratar de identificar los parámetros de interacción de estos incentivos con otros elementos motivadores como las preferencias sociales y con el sistema en su conjunto. En cuanto al aspecto dinámico y personalizado de la motivación, podemos decir que se retroalimenta a sí misma y que diferentes elementos motivadores no tendrán el mismo efecto en diferentes grupos y situaciones. Un sistema de incentivos efectivo ha de tener la flexibilidad necesaria para adaptarse a las distintas situaciones y grupos, incluir tanto incentivos extrínsecos como intrínsecos y variar el peso relativo de ambos, y evolucionar a la par que las necesidades de aquellos a los que trata de incentivar.

Pese a que a medida que se ha generalizado el uso de estos estímulos ha crecido la literatura relacionada con los incentivos monetarios, la mayor parte de ella consiste en experimentos en un entorno controlado que tratan de evaluar la eficacia de los mismos en el cumplimiento de unos objetivos simples. La evaluación a posteriori de las situaciones en que se han implementado, y la reciente literatura que trata de modelizar las relaciones entre incentivos monetarios y preferencias sociales, han de sentar las bases para las investigaciones futuras. Estas deberían dirigirse ahora hacia la construcción de modelos de decisión que permitan evaluar a priori la idoneidad o no del uso de estos estímulos. Esta evaluación a priori es de capital importancia si

tenemos en cuenta el carácter endógeno de las preferencias sociales. El carácter dinámico y la retroalimentación presente en su interacción con los incentivos financieros hacen que la implementación de estos últimos en entornos o modalidades inadecuados provoque efectos no deseados y permanentes. En todo caso, pese a no disponer de modelos adecuados que guíen al planificador en la toma de decisiones ex ante, existen algunas reglas que podemos recomendar: el paquete de medidas destinadas a mejorar la calidad y eficiencia en la provisión de los servicios sanitarios, de las que los incentivos financieros han de ser sólo una parte, han de transmitir de forma clara a los agentes a los que van dirigidas, que el objetivo de las mismas es obtener unos resultados que son beneficiosos para la sociedad en su conjunto y que no existe un objetivo oculto de control o limitación de autonomía.

Es esencial que los profesionales sanitarios reciban una retribución adecuada pero el uso de incentivos en sectores, como el sanitario, donde tradicionalmente ha existido una importante presencia de motivadores intrínsecos puede crear competición y división entre los profesionales, eliminando la ética profesional y creando trabajadores egoístas que basen sus actuaciones en criterios estrictamente económicos de maximización de su utilidad. Es por lo tanto deseable limitar su uso en tanto en cuanto no dispongamos de modelos de decisión más desarrollados que permitan anticipar el efecto de los mismos en cada grupo y cada contexto.

Referencias

- Amabile, T.M., Hill, K.G., Hennessey, B.A., y Tighe, E.M. (1994). The Work Preference Inventory: Assessing Intrinsic and Extrinsic Motivational Orientations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 950-967.
- Anderson, K.K., Sebaldt, R.J., Lohfeld, L., Burgess, K., Donald, F.C., y Kaczorowski, J. (2006). Views of family physicians in southwestern Ontario on preventive care services and performance incentives. *Family Practice*, 23, 469–71.
- Ariely, D., Bracha, A, y Meier, S. (2009). Doing Good or Doing Well? Image Motivation and Monetary Incentives in Behaving Prosocially. *American Economic Review*, 99(1), 544–55.
- Barber Pérez, P., y González López-Valcárcel, B. (2009). *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025)*. Diciembre 2008. Actualización del estudio “Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2006-2030)”. Ministerio de Sanidad y Consumo y Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Recuperado el 19 de julio de 2012 de:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/necesidadesEspecialistas2008_2025.pdf>
- Barr, A. (2001). Social Dilemmas and Shame-Based Sanctions: Experimental Results from Rural Zimbabwe. *University of Oxford Centre for the Study of African Economies Working Paper 11*.
- Bar-Gill, O., y Fershtman, C. (2004). Public Policy with Endogenous Preferences. Harvard Law School John M. Olin Center for Law, Economics and Business Discussion Paper Series, 476.
- Barr, A., y Serneels, P. (2009). Reciprocity in the Workplace. *Experimental Economics*, 12(1), 99–112.
- Berwick, D.M. (1995). The toxicity of pay for performance. *Quality Management in Health Care*, 4, 27–33.

- Bidwell, P., y Thomas, S.D. (2011). Understanding How Incentives Influence Motivation and Retention of Health Workers. En Kabene, S.M. (Ed.), *Human Resources in Healthcare, Health Informatics and Healthcare Systems* (pp. 63 – 78). USA: Medical Information Science Reference (IGI Global).
- Bisin, A., y Verdier, T. (2011). The Economics of Cultural Transmission and Socialization. En Benhabib, J., Jackson, M.O., y Bisin, A. (Eds.), *Handbook of Social Economics, Volume 1A* (pp. 339 – 416). Amsterdam and San Diego: Elsevier, North-Holland.
- Bodenheimer, T., May, J.H., Berenson, R.A., y Coughlan, J. (2005). Can Money Buy Quality? Physician Response to Pay for Performance. *Center for Studying Health System Change Issue Brief No. 102*.
- Bokhour, B.G., Burgess Jr, J.F., Hook, J.M., White, B., Berlowitz, D., Guldin, M.R., Meterko, M., y Young, G.J. (2006). Incentive implementation in physician practices: a qualitative study of practice executive perspectives on pay for performance. *Medical Care Research and Review*, 63, 73–95.
- Bowles, S. (2008). Policies designed for selfinterested citizens may undermine the moral sentiments: Evidence from economic experiments. *Science*, 320, 133–142.
- Bowles, S., y Gintis, H. (2011). *A Cooperative Species: Human Reciprocity and Its Evolution*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Bowles, S., y Polanía-Reyes, S. (2012). Economic Incentives and Social Preferences. *Journal of Economic Literature*, 50(2), 368–425.
- Brewer, G.A., y Selden, S.C. (1998). Whistle blowers in the federal civil service: new evidence of the public service ethic. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8 (3), 413-439.
- Brock, Michelle J., (2011). *Social Preferences Among Clinicians in Tanzania: Evidence from the Lab and the Field*. University of Maryland: Tesis doctoral. Recuperado el 1 de noviembre de 2012 de: <<http://hdl.handle.net/1903/12099>>
- Campbell, S., Reeves, D., Kontopantelis, E., Middleton, E., Sibbald, B. y Roland, M. (2007). Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 357, 181–190.
- Carpenter L., y Seki, E. (2010). Do Social Preferences Increase Productivity? Field Experimental Evidence from Fishermen In Toyama Bay. *Economic Inquiry*, 49 (2), 612–630.

- Carter, M., y Castillo, M. (2002). The Economic Impacts of Altruism, Trust and Reciprocity: An Experimental Approach to Social Capital, *AAE Staff Papers*, University of Wisconsin-Madison.
- Charness, G., y Rabin, M. (2002). Understanding Social Preferences with Simple Tests. *Quarterly Journal of Economics*, 117 (3), 817–869.
- Conrad, D.A., Sales, A., Liang S.Y., Chaudhuri, A., Maynard, C., Pieper, L., Weinstein, L., Gans, D., y Piland, N. (2002). The impact of financial incentives on physician productivity in medical groups. *Health Services Research*, 37, 885–906.
- Christianson J., Leatherman, S., y Sutherland, K. (2007). *Financial incentives, healthcare providers and quality improvements*. Londres, Reino Unido: The Health Foundation.
- Delfgaauw, J. (2007). Dedicated Doctors: Public and Private Provision of Health Care with Altruistic Physicians. Rotterdam, Erasmus School of Economics, Erasmus Universiteit Rotterdam and Tinbergen Institute.
- Della Vigna, S. (2009). Psychology and Economics: Evidence from the Field. *Journal of Economic Literature*, 47 (2), 315–72.
- De Pouvourville, G. (en prensa). Paying doctors for Performance. *European Journal of Health Economics*, 2013. Publicado en línea el 15 de junio de 2012 (DOI 10.1007/s10198-012-0401-z).
- Deci, Edward L., Koestner, R., y Ryan, R.M. (1999). A Meta-Analytic Review of Experiments Examining the Effects of Extrinsic Rewards on Intrinsic Motivation. *Psychological Bulletin*, 125 (6), 627–68.
- Dieleman, M., Toonen, J., Touré, H., y Martineau, T. (2006). The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali. *Human Resources for Health*, 4 (2).
- Dieleman, M., Viet Cuong, P., Vu Anh, L., y Martineau, T. (2003). Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Vietnam. *Human Resources for Health*, 1 (10).
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Programme.
- Doran, T., Fullwood, C., Gravelle, H., Reeves, D., Kontopantelis, E., Hiroeh, U., y Roland, M. (2006). Pay-for-performance programmes in family practices in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 335, 375–384.

- Dudley, R.A. (2005). Pay-for-performance research. How to learn what clinicians and policy makers need to know. *Journal of the American Medical Association*, 294, 1821–1823.
- Ellis, R.P., y McGuire, T.G. (1996). Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*, 15, 257–277.
- Epstein, A.M. (2006). Paying for performance in the United States and abroad. *The New England Journal of Medicine*, 355, 406–08.
- Fehr, E., Kirchsteiger, G., y Riedl, A. (1993). Does Fairness Prevent Market Clearing? An Experimental Investigation. *Quarterly Journal of Economics*, 108 (2), 437–459.
- Fehr, E., y Schmidt, K.M. (1999). A Theory of Fairness, Competition, and Cooperation. *Quarterly Journal of Economics*, 114 (3): 817–868.
- Fehr, E., y Gächter, S. (2002). Do Incentive Contracts Crowd out Voluntary Cooperation?. *Economics Working Paper*. University of Zurich: Institute for Empirical Research.
- Ferman, J.H. (2004). Pay for performance: obstacles/implications. Despite challenges, pay-for-performance programmes are here to stay. *Healthcare Executive*, 19, 44-46.
- Fisher, E.S. (2006). Paying for performance: risks and recommendations. *The New England Journal of Medicine*, 355, 1845–1847.
- Flynn, K.E., Smith, M.A., y Davis, M.K. (2002). From physician to consumer: the effectiveness of strategies to manage health care utilisation. *Medical Care Research and Review*, 59, 455–481.
- Forsythe, R., Horowitz, J.L., Savin, N.E., y Sefton, M. (1994). Fairness in Simple Bargaining Experiments. *Games and Economic Behavior*, 6 (3), 347–369.
- Franco, L.M., Bennett, S., y Kanfer, R. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 54, 1255–1266.
- Frey, B., y Jegen, R. (2001). Motivation Crowding Theory: A Survey of Empirical Evidence. *Journal of Economic Surveys*, 15 (5), 589— 611.
- Gené-Badia J, Escaramis-Babiano, G., Sans-Corrales, M., Sampietro-Colom, L., Aguado-Menguy, F., Cabezas-Peña, C., y Gallo de Puelles, P. (2007). Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy*, 80, 2–10.

- Gneezy, U., y Rustichini, A. (2000). Pay enough or don't pay at all. *Quarterly Journal of Economics*, 115, 791-810.
- Gneezy, U., y Rustichini, A. (2000b). A Fine Is a Price. *Journal of Legal Studies*, 29 (1), 1–18.
- Gneezy, U., Meier, S., y Rey-Biel, P. (2011). When and Why Incentives (Don't) Work to Modify Behavior. *Journal of Economic Perspectives*, 25 (4), 191–210.
- Grimshaw, J.M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L. (2001). Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39, 2-45.
- Grootendorst, P., y Stewart, D. (2006). A re-examination of the impact of reference pricing on antihypertensive drug plan expenditures in British Columbia. *Health Economics*, 15, 735–742
- Henrich, J., Boyd, R., Bowles, S., Camerer, C., Gintis, H., McElreath, R., y Fehr, E. (2001). In search of homo economicus: experiments in 15 small scale societies. *American Economic Review*, 91, 73-79.
- Hofer, T.G., Hayward, R.A., Greenfield, S., Wagner, E.H., Kaplan, S.H., y Manning, W.G. (1999). The unreliability of individual physician 'report cards' for assessing the costs and quality of care of a chronic disease. *Journal of the American Medical Association*, 281, 2098–2105.
- Hwang, S., y Bowles, S. (2010). Are incentives overused in cases where they crowd out pro-social motivations? Working Paper no publicado. Recuperado el 20 de noviembre de 2012 en:
< <http://econ.sciences-po.fr/sites/default/files/file/Samuelbowles.pdf>>.
- Hwang, S. y Bowles, S. (2012). Optimal incentives with state-dependent preferences. *Journal of Public Economic Theory*, en prensa.
- Irlenbusch, B., y Sliwka, D. (2005). Incentives, Decision Frames, and Motivation Crowding Out – An Experimental Investigation. *IZA Discussion Paper No. 1758*.
- James, H. (2005). Why did you do that? An economic examination of the effect of extrinsic compensation on intrinsic motivation and performance. *Journal of Economic Psychology*. 26, 549-566.
- Kohn, A. (1993). Why Incentive Plans Cannot Work. *Harvard Business Review*, septiembre-octubre, 54-63.
- Kuhn, M. (2003). *Quality in Primary Care: Economic Approaches to Analysing Quality-Related Physician Behaviour*. London, UK: Office of Health Economics Research.

- Kunz, A.H., y Pfaff, D. (2002). Agency Theory, performance evaluation and the hypothetical construct of intrinsic motivation. *Accounting, Organization and Society*, 27, 275-295
- Lagarde, M., y Blaauw, D. (2011). *Can we encourage the devotion of nurses? An experimental investigation of the effects of various incentives*. Londres: Consortium for Research on Equitable health Systems (CREHS).
- Le Grand, J. (1997). Knights, knaves or pawns? Human behaviour and social policy. *Journal of Social Policy*, 26 (2), 149–169.
- Leider, S., Möbius, M., Rosenblat, T., y Do, Q.-A.. (2009). Directed Altruism and Enforced Reciprocity in Social Networks. *Quarterly Journal of Economics*, 124 (4), 1815–1851.
- Lepper, M.R., Sagotsky, G., Dafoe, J.L, y Greene, D. (1982). Consequences of Superfluous Social Constraints: Effects on Young Children's Social Inferences and Subsequent Intrinsic Interest. *Journal of Personality and Social Psychology* 42 (1), 51–65.
- Meltzer, D. y Chung, J. (2001). Effects of Competition Under Prospective Payment on Hospital Costs Among High and Low Cost Admissions: Evidence from California. *NBER Working Paper 8069*. National Bureau of Economic Research.
- Matas, V.(2010). *Retribuciones de cuatro tipos de médico de atención primaria, año 2009*. Granada: OMC.
- Mathauer, I., y Imhoff, I. (2006). Health worker motivation in Africa: the roles of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4 (24).
- Maynard, A. (2006). Incentives in health care: the shift in emphasis from the implicit to the explicit .En Dubois, C.-A., McKee, M., y Nolte, E. (Eds.), *Human resources for health in Europe*. Milton Keynes, UK: Open University Press.
- McElduff, P., Lyratzopoulos, G., Edwards, R., Heller, R.F., Shekelle, P., y Roland, M. (2004). Will changes in primary care improve health outcomes? Modeling the impact of financial incentives introduced to improve quality of care in the UK'. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 191–197.
- McGlynn, E.A., Asch, S.M., Adams, J., Keeseey, J., Hicks, J., De Cristofaro, A., y Kerr, E.A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348, 2635–2645.
- McPake, B., y Normand, C. (2008). *Health economics: An international perspective* (2nd ed.). Abingdon, UK: Routledge.

- Nassiri, A., y Rochaix, L. (2006). Revisiting physicians financial incentives in Quebec: a panel system approach. *Health Economics*, 15, 59–64.
- Nichols, L., y O'Malley, A. (2006). Hospital payment systems: will payers like the future better than the past? *Health Affairs*, 25, 81–93.
- Pink, G.H., Brown, A.D., Studer, M.L., Reiter, K.L., y Leatt, P. (2006). Pay-for-performance in publicly financed healthcare: some international experience and considerations for Canada. *Healthcare Papers*, 6, 8–26.
- Reschovsky, J.D., y Hadley, J. (2007). Physician financial incentives: use of quality incentives inches up, and productivity still dominates. *Issue Brief No. 108*. Center for Studying Health System Change. Consultado el 7 de septiembre de 2012 en: < www.hschange.org/CONTENT/905/?PRINT=1 >
- Roland, M. (2004). Linking physicians pay to the quality of care: a major experiment in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 251, 1448–1454.
- Ross, L., y Nisbett, R.E. (1991). *The Person and the Situation: Perspectives of Social Psychology*. Philadelphia: Temple University Press
- Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1), 609.
- Salaman, G., Storey, J., y Billsberry, J. (2005). *Strategic human resource management: Theory and practice* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE. Open University.
- Saltman, R., Bankauskaite, V. (2006). Conceptualising decentralization in European health systems: a functional perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 1, 127-147.
- Scott A. (2001). Eliciting GPs' preferences for pecuniary and non-pecuniary job characteristics. *Journal of Health Economics*, 20, 329-347.
- Shinada, M., y Yamagishi, T. (2007). Punishing Free Riders: Direct and Indirect Promotion of Cooperation. *Evolution and Human Behaviour*, 28 (5), 330–339
- Smith, P. y York, N. (2004). Quality incentives: the case of UK general practitioners – an ambitious UK quality improvement initiative offers the potential for enormous gains in the quality of primary health care. *Health Affairs*, 23, 112–18.
- Spear, J. (2006). Why do health professionals work in a community mental health service. *Australasian Psychiatry*, 14(2), 175–179.
- Titmuss, R.M. (1971). *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy*. New York: Pantheon Books.

- Town, R., Kane, R., Johnson, P., y Butler, M. (2005). Economic incentives and physicians delivery of preventive care: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 234–240.
- Town, R., Wholey, D.R., Kralewski, J., y Dowd, B. (2004). Assessing the influence of incentives on physicians and medical groups. *Medical Care Research and Review*, 61, 80S–118S.
- Tversky, A., y Kahneman, D. (1981). The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science*, 211, 453-458.
- Van Ham, I., Verhoeven, A., Groenier, K., Groothoff, J., y De Haan, J. (2006). Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. *The European Journal of General Practice*, 12, 174–180.
- Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M.B., y Sermeus, W. (2010). Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*, 10 (247).
- Young, G.J., y Conrad, D.A. (2007). Practical issues in the design and implementation of pay-for-quality programs. *Journal of Healthcare Management*, 52, 10–19.