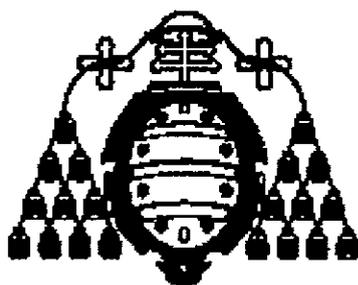


REFLEXIONES TEÓRICAS SOBRE EL PERSONAL
SANITARIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ESPAÑOL.

Doc. 169/99

Begoña González-Busto Múgica

UNIVERSIDAD DE OVIEDO



**REFLEXIONES TEÓRICAS SOBRE EL PERSONAL
SANITARIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ESPAÑOL**

Begoña González-Busto Múgica

**DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS Y
CONTABILIDAD**

Oviedo, Diciembre de 1998

Introducción

El objetivo de este documento es efectuar una reflexión teórica acerca del personal que presta sus servicios en el sector sanitario, haciendo especial hincapié en el caso de los médicos, por presentar, frente al resto del personal, el mayor grado de profesionalidad y cualificación. Asimismo, estas reflexiones se centran, en diversos aspectos, en el caso concreto del Sistema Nacional de Salud español.

En este sentido, en primer lugar, se centra la atención en el desempeño del profesional en el ámbito sanitario, a través de sus actitudes, los incentivos aplicados y el efecto que la propiedad tiene sobre su comportamiento. A continuación, se analizan las políticas de contratación y remuneración aplicadas, así como los efectos que generan. Finalmente, se analizan las relaciones de agencia existentes en el ámbito sanitario, prestando especial atención a la relación médico-paciente.

1. Desempeño del profesional en el ámbito sanitario

1.1. Actitudes del personal médico

A la hora de analizar las actitudes del personal médico, deben tenerse en cuenta varios aspectos organizativos, así como la especial relación que mantienen con sus clientes, los pacientes. El médico no desempeña un único papel dentro del sistema sanitario. En primer lugar, el médico actúa como definidor del producto final del hospital además, ejerce los papeles de apoderado del cliente en su toma de decisiones, de asalariado del hospital, de cliente de otros servicios dentro del centro, de proveedor de parte de los servicios demandados y, finalmente, de generador simultáneo de oferta y demanda (Valor y Ribera, 1990).

El profesional médico desarrolla su actividad en el seno de una burocracia profesional (Mintzberg, 1979). Esta estructura organizativa se caracteriza por el hecho de que la coordinación se alcanza mediante la normalización de habilidades y mediante la preparación y adoctrinamiento de sus miembros, en este caso el equipo médico. De este modo, el propio profesional ejerce un amplio control sobre sus actividades, actuando con un amplio grado de independencia respecto al resto de los miembros de la organización. Esta libertad se fundamenta en la formación específica recibida por el profesional a través de su formación académica inicial y mediante su pertenencia a algún tipo de asociación profesional, la cual le capacita para asumir la responsabilidad y la toma de decisiones en su ámbito laboral.

En la organización clínica se detecta una incongruencia en cuanto a su estructura jerárquica: por un lado existen gerentes revestidos de autoridad formal pero sin poder real y por otro, médicos sin autoridad formal ni responsabilidades organizativas, siendo en realidad los encargados de la toma de decisiones (Ortún, 1990). En cuanto a estos últimos, las posibles contingencias a que se puede enfrentar son situaciones predeterminadas y, por tanto, ya normalizadas; es decir, en función de la necesidad del paciente percibida por el profesional (diagnóstico), se aplica un determinado programa de actuación (tratamiento o intervención). Se tienden a establecer una serie de protocolos definidos como un conjunto de recomendaciones acerca de los procedimientos y diagnósticos a emplear ante un determinado cuadro clínico (Ortún, 1990).

En definitiva, el trabajo de estos profesionales es demasiado complejo para poder ser supervisado por terceras personas tales como directivos o analistas. Establecer criterios de evaluación de su actividad entraña una gran complejidad y un elevado riesgo debido al tipo de servicio ofrecido puesto que el profesional es reacio a aceptar cualquier tipo de control externo y, en caso de ser sometido a él, tiende a cumplirlo de una manera excesivamente rígida. El argumento empleado en contra de esas medidas de control, especialmente si éstas centran su atención en los costes, es que no es posible escatimar recursos cuando el fin último de su

servicio es la salud de un paciente. Una de las principales dificultades para la gestión de un proyecto sanitario es precisamente el hecho de que no existe limitación explícita acerca de los recursos que pueden emplearse en cada proyecto a paciente en concreto puesto que la salud no tiene precio (Valor y Ribera, 1990).

Para el caso concreto del posible establecimiento de criterios de eficiencia económica que afectan a la actividad del personal médico, existen una serie de limitaciones a dicha iniciativa (Ortún, 1990). Entre ellas, se pueden señalar la dificultad por parte del médico de interiorizar el coste de oportunidad de atender a un paciente, un inadecuado concepto de ética médica, la disfuncionalidad organizativa entre autoridad administrativa y responsabilidad médica, expuesta anteriormente y la presencia de incentivos perversos. De ahí que cualquier intento de introducir una gestión clínica que potencie la eficiencia requiera, como condición fundamental, la voluntad por parte de la dirección institucional de crear un clima de confianza mutua entre clínicos y gestores en el centro (Martí, 1997, p. 91).

1.2. Incentivos para el desempeño de los profesionales

La estructura organizativa sanitaria no posee un sistema de incentivos eficiente para los profesionales que prestan sus servicios en la misma (Arruñada, 1994). La falta de eficiencia observada en el sistema es consecuencia, en gran medida, de la carencia de incentivos e instrumentos en manos de los gerentes de los centros (Barber y González López-Valcárcel, 1996). Las empresas profesionales de carácter privado se integran mediante una estructura caracterizada por la existencia de unos incentivos preestablecidos con relación al status, a la retribución a percibir, a las condiciones de trabajo. En el caso de que estos incentivos estén adecuadamente diseñados, se logrará alcanzar una coincidencia o convergencia entre los intereses del profesional y los de la organización en su conjunto, es decir, se conseguirá adecuar o al menos acercar el comportamiento individual del profesional al considerado óptimo para la organización. A este respecto, debe diferenciarse entre incentivos y motivación, puesto que los incentivos son proporcionados por el entorno para motivar al individuo a efectuar una serie determinada de tareas (Valor y Ribera, 1990, pp. 148-51). La necesidad de motivación surge como consecuencia del hecho de que los individuos tienen sus propios intereses personales, que rara vez coinciden con los intereses de otros individuos (Milgrom y Roberts, 1992). En concreto, se distinguen dos tipos fundamentales de motivación desde el punto de vista del individuo motivado (Barea y Gómez, 1994, p. 157): motivación extrínseca y motivación intrínseca.

La motivación extrínseca se corresponde con la satisfacción de las necesidades primarias o materiales, mediante la compensación percibida de otras personas ajenas como consecuencia de la acción. El ejemplo característico del tipo de incentivo que produzca esta motivación es el salario. Por otro lado, la motivación implícita está vinculada a la satisfacción del individuo por el sólo hecho de llevar a cabo la acción, de modo que el énfasis se pone en este caso en el trabajo en sí como motivador para la realización personal del sujeto.

La distinción entre estos dos tipos de motivación se fundamenta en la separación de los cinco elementos que componen la jerarquía de necesidades de Maslow (1954)¹ en dos grandes grupos: de nivel inferior (fisiológicas y seguridad), que se corresponde con la motivación extrínseca, y de nivel superior (afecto, estima y realización personal) que se corresponde con la motivación intrínseca.

¹Maslow (1954) distingue cinco tipos de necesidad según la siguiente jerarquía: fisiológicas, seguridad, afecto, estima y realización personal.

Con carácter general, la motivación de un individuo frente al trabajo o cargo que desempeña depende no sólo del sistema de incentivos que se le aplique, sino también de la valoración que el individuo haga de los mismos (Valor y Ribera, 1990, p. 149). Un mismo incentivo puede ser muy eficaz o motivar a un determinado sujeto y no afectar o incluso ser contraproducente o negativo para otro. A este respecto, diversas investigaciones han agrupado las fuentes de motivación en un total de once elementos, independientemente de que se trate de motivación extrínseca, intrínseca o social²: mejoras en la remuneración³, sentirse mejor como persona, conseguir la oportunidad de desarrollar sus capacidades, conseguir una mayor seguridad en el empleo, tener la oportunidad de aprender cosas nuevas, ser ascendido o conseguir un mejor puesto, sentir que se ha realizado algo meritorio, tener más autonomía en el trabajo, ser más respetado por la gente con la que se trabaja, que los superiores reconozcan que el trabajo a su cargo ha sido bien hecho, que la gente con quien se trabaja sea más amistosa.

Se establecen cuatro principios que han de guiar la fijación de un adecuado sistema de incentivos (Milgrom y Roberts, 1992): el principio de información, el principio de intensidad del incentivo, el principio de intensidad en la vigilancia y el principio de igualdad en la compensación.

El principio de información: El valor total se puede incrementar si al diseñar el sistema retributivo se liga la remuneración a aquellas variables que el agente controla. De esta manera se pueden eliminar aquellos factores aleatorios y, por tanto, fuera del control del agente, que afectan a su rendimiento. De esta forma, se evita el traslado de riesgo al agente, adverso al mismo, de modo que puede controlar su retribución.

Principio de intensidad del incentivo: A la hora de establecer el grado de intensidad de los incentivos, es necesario tener en cuenta cuatro factores: I) el beneficio incremental obtenido como consecuencia de un esfuerzo adicional, II) el grado de precisión en la medida y evaluación de las actividades objeto de análisis, III) el grado de aversión al riesgo de los agentes objeto del incentivo y IV) la respuesta de los agentes ante los incentivos aplicados.

En cuanto al primer factor, ha de ser tenido en cuenta puesto que no tiene sentido intensificar los incentivos cuando un esfuerzo adicional no reporta beneficios. Respecto al grado de precisión en la medición de las actividades, si éste es bajo, no es adecuado establecer un incentivo intenso, puesto que el agente podría fácilmente burlarlo, alcanzando valores elevados en la medición sin un rendimiento efectivo. Por último, respecto al tercer y cuarto factor, cuanto menor sea el grado de aversión al riesgo y mayor la respuesta de los agentes, es adecuado intensificar los incentivos.

Principio de intensidad en la vigilancia: Cuanto mayor sea la intensidad de los incentivos, más cuidadosas serán las mediciones. A este respecto, se plantea la cuestión de si incentivos más intensos llevan a mediciones más cuidadosas o, si por el contrario, son estas últimas las que justifican la intensidad de los incentivos. La respuesta a esta cuestión es que no existe una relación causa-efecto entre las dos variables, intensidad y medición; en un sistema de incentivos óptimamente definido, ambas se fijan simultáneamente, siendo, por tanto, actividades complementarias.

Principio de igualdad en la compensación: Este principio se fundamenta en situaciones en las que el agente ha de llevar a cabo diversas tareas como parte de su relación con el principal, debiendo asignar tiempo y atención a cada una de ellas. En el caso de que esa asignación de tiempo y atención no pueda ser adecuadamente controlada por el principal, aquella actividad con menor rendimiento marginal no recibirá ni tiempo ni atención por parte del agente,

² Rodríguez Porras, J. M.: *El Factor Humano en la Empresa*. Ediciones Deusto, Bilbao, 1988.

³ Este primer elemento depende del nivel de renta y la aversión al riesgo.

centrándose este último en aquella actividad que mayor tasa de retorno marginal le produzca (Holmstrom y Milgrom, 1994, p. 973)⁴.

Este principio supone una seria limitación a la hora de establecer fórmulas de compensación por incentivos puesto que, para la consecución de una asignación eficiente, el principal deberá buscar un equilibrio entre las tasas marginales de retorno de la dedicación a cada actividad, de modo que dichas tasas sean iguales. En consecuencia, si alguna de las actividades no puede ser controlada u objeto de aplicación de un incentivo de igual intensidad al resto de actividades, entonces deberán eliminarse los incentivos a aplicar a cada una de las actividades. De este modo se evita que alguna de las actividades sea descuidada por el agente.

Según el grado de intensidad de los incentivos, se distinguen dos tipos genéricos: incentivos de bajo nivel e incentivos de alto nivel (Williamson, 1985). Los incentivos de alto nivel implican que existe una gran correlación entre las variaciones en el rendimiento y las variaciones en la remuneración, mientras que los de bajo nivel implican escasa correlación entre ambas variables. Los incentivos de alto nivel son característicos del mercado, mientras que los de bajo nivel lo son de la organización⁵.

Los incentivos de bajo nivel potencian la coordinación y cooperación (Holmstrom y Milgrom, 1994), de ahí que su aplicación dentro de la empresa responda a una preferencia por la coordinación a costa de reducciones en el rendimiento a corto plazo.

Dentro del ámbito organizativo, la intensidad de los incentivos depende de la dimensión de la organización. Así, cuanto mayor sea su dimensión y, por tanto, su nivel de burocratización, menor es la intensidad de los incentivos. Al aumentar el tamaño de la organización y, en consecuencia su complejidad, las normas surgen para facilitar la coordinación; dichas normas tienen la virtud de reducir costes de influencia que proliferan al

⁴ Milgrom y Roberts (1992; 128-29) desarrollan matemáticamente este principio estableciendo que: en el supuesto de que un empleado realice dos tareas diferentes, representadas por niveles de esfuerzo e_1 y e_2 , considerando estos últimos como tiempo dedicado a las dos actividades. Se asume que el coste incurrido por el empleado es un coste de oportunidad, puesto que ese tiempo no va a estar disponible para efectuar otras actividades mejor remuneradas. Así, tiene sentido establecer el coste en función únicamente del esfuerzo total y no diferenciando entre las dos actividades: $C(e_1 + e_2)$. El empleador mide el rendimiento a través de los indicadores: $e_1 + x_1$ y $e_2 + x_2$, siendo x_1 y x_2 los valores esperados de \bar{X}_1 y \bar{X}_2 .

Suponiendo que el empleador paga al empleado siguiendo una fórmula lineal de compensación basada en dos indicadores; entonces el salario pagado será $w = \alpha + \beta_1(e_1 + x_1) + \beta_2(e_2 + x_2)$. Se plantea entonces cómo establecer α , β_1 , β_2 , e_1 , e_2 .

Para tener en cuenta los incentivos, es necesario examinar en primer lugar el objetivo del empleado dada esa regla de compensación. Un empleado que busque su interés personal elegirá e_1 y e_2 que le permitan maximizar su ingreso cierto equivalente:

Equivalente cierto del empleado =

$$\alpha + \beta_1(e_1 + x_1) + \beta_2(e_2 + x_2) - C(e_1 + e_2) - \frac{1}{2}rVar(\beta_1x_1 + \beta_2x_2)$$

En este caso se supone que el esfuerzo se restringe a un número no negativo; es decir: e_1 y $e_2 \geq 0$. Si e_1 es estrictamente positivo, entonces la opción maximizadora para el empleado implica que la derivada de la ecuación anterior con respecto a e_1 debe ser igual a cero; así $\beta_1 = C'(e_1 + e_2)$. De igual modo, si e_2 es estrictamente positivo, entonces $\beta_2 = C'(e_1 + e_2)$. El análisis de los incentivos del empleado únicamente establece que β_1 debe ser igual a β_2 si cada una de las tareas debe recibir la misma atención por parte del empleado.

⁵ La aplicación de incentivos de alto nivel dentro de la empresa generan dos problemas fundamentales: en primer lugar la falta de cuidado en el empleo de los activos de la empresa y, en segundo lugar, la posible manipulación de los flujos de beneficios de la misma.

centralizarse las decisiones (Milgrom y Roberts, 1992, Milgrom, 1988)⁶. La existencia o proliferación de normas formales dificultan la aplicación de incentivos de alto nivel, puesto que su aplicación, teniendo en cuenta el principio de intensidad del incentivo, reduce la libertad del agente y, por tanto, su capacidad de respuesta ante el incentivo.

Si se compara el sector privado y público, aquellas circunstancias que dificultan la aplicación de incentivos de alto nivel en el primero, suelen manifestarse con mayor intensidad en el segundo; de ahí que el poder motivador del sistema de incentivos sea menor en el sector público del que se lograría en el privado (Salas, 1995, p. 36). Esas circunstancias que dificultan el diseño de contratos con incentivos de alto nivel son: la multiplicidad de objetivos, junto con dificultades en su medición, la falta de puntos de referencia para establecer comparaciones, la heterogeneidad de preferencias entre los propietarios y, por último, la dispersión de la propiedad (Tirole, 1994).

Ahora bien, la decisión de aplicar incentivos de alto o bajo nivel dentro de la empresa deberá estar guiada por la búsqueda de un equilibrio entre motivación y coordinación. Así, a la hora de diseñar un sistema de incentivos, la organización debe establecer previamente su orden de prioridad entre una mayor coordinación o una mayor motivación.

1.2.1. Los mercados laborales internos

Los mercados laborales internos pueden definirse como los flujos y niveles de personal a través de los diversos puestos de la organización (Rosen, 1987, p. 19). Estos mercados constan de un empleador y sus empleados permanentes (Milgrom y Roberts, 1992) y se caracterizan por la existencia de relaciones laborales a largo plazo, puertas de entrada limitadas, carreras definidas dentro de la empresa y promociones. El mercado laboral interno apenas interactúa con el mercado laboral externo puesto que la movilidad hacia y desde el mercado interno es reducida y las condiciones del mercado externo apenas ejercen influencia en la asignación de puestos y la retribución dentro del interno. En definitiva, los mercados internos, más que reflejar las condiciones del mercado general, operan en gran medida según normas administrativas propias.

No todo empleado o trabajador se encuentra inmerso en un mercado laboral interno. Por ello, se ha establecido como criterio la pertenencia a dos sectores: primario y secundario, siendo los mercados internos comunes en los primeros y escasos o no existentes en los segundos. El sector se caracteriza por la existencia de relaciones laborales a corto plazo, sin posibilidades de promoción y con niveles salariales determinados, básicamente, por los mercados laborales externos (fundamentalmente, mano de obra no especializada). El sector primario abarcaría al resto de los puestos, con un mayor nivel de especialización o de formación profesional. Por tanto, los médicos, al igual que la mayoría de profesionales, como personal que presta su servicio en el seno de una organización, entraría dentro de este último sector, si bien no lo estaría en el caso de que ejerciera la práctica privada.

En estos mercados, el sueldo se liga al puesto que se desempeña más que al rendimiento individual de cada trabajador; así, el principal mecanismo de incentivos en estos casos es el ascenso, hecho que se ve facilitado por la circunstancia de que el personal suele pasar la mayor parte de su vida profesional en la misma organización.

Si se centra la atención en el sector público, y partiendo de las cinco características de la política de contratación en este sector (López Casasnovas, 1993):

⁶ Véase apartado 1.1.

CARACTERÍSTICAS DE LA POLÍTICA DE CONTRATACIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO

- 1- Entrada mediante concurso-oposición.
- 2- Formación previa a cargo del candidato.
- 3- Escasas inversiones específicas del empleado en el trabajo.
- 4- Empleo de por vida.
- 5- Sistema de promoción en el que la categoría y antigüedad son fundamentales.

Tabla 1.2.1: Características principales de la política de contratación en el sector público

Se observa cómo, la promoción y el empleo vitalicio, que se analizan a continuación son dos aspectos clave en los mercados laborales internos.

La promoción como incentivo profesional

Las promociones dentro de la organización cumplen dos funciones básicas en toda organización: en primer lugar, facilitan la asignación de los individuos a los puestos que mejor puedan desempeñar de modo que puedan contribuir en mayor medida a los resultados y éxito de la empresa y, en segundo lugar, sirven como instrumento de incentivo y recompensa para el personal (Baker, Jensen y Murphy, 1988, p. 599; Milgrom y Roberts, 1992).

Sin embargo, el empleo de la promoción como incentivo plantea una serie de inconvenientes ya que su efectividad depende de la identidad y el horizonte temporal esperado del inmediato superior; además, no supone un incentivo para los empleados que se alejen del standard de promoción y requiere un crecimiento de la organización que alimente este sistema de recompensa (Baker et al, 1988). Asimismo, su efectividad depende también de los fracasos previos del empleado en sus intentos de obtener una promoción.

En definitiva, la promoción es un mecanismo de carácter discreto y aplicable a una parte limitada del personal frente a los incentivos monetarios, los cuales tienen un carácter continuo, puesto que pueden variarse con la continuidad que se desee y pueden aplicarse a todo el personal. Centrando este razonamiento al caso del médico en la sanidad pública, podría deducirse que este incentivo tiene un papel poco significativo. El número de ascensos a los que puede acceder durante su permanencia en el sistema sanitario es reducido, pudiendo ascender a la máxima categoría a una pronta edad. De este modo, el incentivo de ascenso desaparece para el individuo que lo ha alcanzado y para sus subordinados, pues cuanto más joven sea su inmediato superior más se alejará en el tiempo su posibilidad de ascenso.

Concretamente, el uso de la promoción a jefe de servicio plantea una serie de inconvenientes (Ortún, 1990). En primer lugar, puede ocasionar la creación de puestos innecesarios o no justificados ya que si los puestos existentes están cubiertos por profesionales relativamente jóvenes deberá recurrirse a la creación de nuevos puestos o servicios guiados únicamente para evitar la insatisfacción o la pérdida de un profesional valioso para la organización. En segundo lugar, el profesional que es ascendido no tiene por qué ser un buen gestor, con lo que el resultado final para el hospital es la pérdida de un buen médico y la obtención de un mal gestor. A este respecto, Milgrom y Roberts (1992) exponen ese mismo inconveniente pero con carácter general para organizaciones profesionales en las cuales se promueve a científicos o ingenieros, afirmando que los mejores profesionales son ascendidos para convertirse en gerentes mediocres, mientras que otros, que hubieran sido aún peores gerentes, pero que no fueron ascendidos, pierden su motivación o lealtad. Además, el empleo de la promoción como premio a la buena actuación en el puesto actual puede llevar al cumplimiento del principio de Peter, el cual establece que los individuos en las organizaciones "son promovidos hasta que finalmente alcanzan su nivel de incompetencia" (Peter y Hull, 1979). El último inconveniente que plantea el empleo de la promoción como mecanismo de incentivo es que el paso a un puesto de gestión lleva al médico promocionado a desvincularse

del ejercicio de su profesión con lo que sus conocimientos, poco a poco, van quedando desfasados.

Además, las promociones pueden servir como señal a terceros ajenos a la organización de la valía de aquellos que son ascendidos o promovidos (Milgrom y Roberts, 1992) lo cual puede conducir a su pérdida. Esta es una de las razones por las cuales toda promoción debería ir acompañada de un incremento salarial, razón que justificaría el interés de la empresa en dilatar toda posibilidad de ascenso con el fin de mantener la asimetría de información en cuanto a la capacidad del empleado potencialmente objeto de un ascenso frente a terceros.

Todos estos motivos en conjunto ocasionarían insatisfacción por parte del profesional. Como solución a los problemas planteados por la promoción como mecanismo incentivador, se propone la creación de una carrera profesional para el médico que se desarrolle independientemente de la carrera administrativa y de modo horizontal, es decir, que permita incrementar el prestigio y la remuneración del profesional pero no la capacidad de mando (Ortún, 1990).

En cuanto a la retribución, como ya se ha señalado, la política de promoción facilita la detección de los empleados más valiosos, por lo que suelen ir acompañados de aumentos salariales aún en el caso de que el nuevo cargo a desempeñar no suponga una mayor dificultad en cuanto al desempeño de la nueva actividad. Ésta sería una primera causa explicativa en cuanto al incremento en la remuneración a medida que se avanza en la escala jerárquica. Ahora bien, esto no explicaría por qué la retribución no es más sensible al desempeño en el nuevo cargo y a las características individuales del sujeto (Milgrom y Roberts, 1992). La retribución debe incrementarse más que proporcionalmente al nuevo rango o puesto con el fin de mantener el incentivo entre aquellos empleados que compiten por los puestos de niveles superiores (Rosen, 1986). En las primeras etapas de la carrera profesional, los incentivos del individuo se ven incrementados por la posibilidad, no sólo de alcanzar el puesto inmediatamente superior, sino también todos los posibles puestos por encima de ese. Sin embargo, a medida que el individuo progresa a través de la jerarquía dentro de la organización, se van reduciendo los puestos o niveles que le quedan por alcanzar. Así, esa posibilidad que incrementaba sus incentivos comienza a disminuir, por lo que se sustituye ese incentivo por mayores incrementos salariales (Rosen, 1987, pp. 21-2).

Una primera causa explicativa de ligar la remuneración al cargo sería la dificultad de establecer medidas adecuadas de la productividad o desempeño en un cargo. Así, cuando es difícil establecer medidas directas y objetivas del output de cada empleado, son utilizados sistemas de evaluación del rendimiento relativos, inherentes a la promoción (Rosen, 1987). Estos últimos proveen ciertas propiedades que resultan óptimas en presencia de aversión al riesgo, como lo es la eliminación de alteraciones en la varianza debido a errores de medida que son comunes a todos los participantes (Holmstrom, 1982, Nalebuff y Stiglitz, 1983). Ello es especialmente cierto cuando se trata de cargos que implican una elevada cualificación, como sería el caso de los profesionales, para los cuales es difícil determinar las aportaciones de cada individuo al conjunto de la organización, puesto que éstas, en último término, dependen en gran medida de las acciones y decisiones de otros. Por ello, el ligar la retribución a la productividad o desempeño daría lugar, en definitiva, a una "política retributiva aleatoria".

Se plantea como una opción, frente a la retribución vinculada al cargo, la negociación individual del salario por empleado. Esta opción podría ocasionar elevadas ineficiencias debido a los elevados costes de negociación que supondría⁷.

Una segunda opción sería el establecimiento de las retribuciones de forma descentralizada, es decir, otorgar a los gerentes individuales la responsabilidad de determinar las

⁷Señalan Milgrom y Roberts (1992), como otro inconveniente, la necesidad de establecer los incentivos adecuados para aquellos que negocian en nombre de la organización con el fin de que defiendan adecuadamente sus intereses.

retribuciones de sus subordinados. Esta opción tiene la ventaja de que los gerentes individuales serán capaces de conocer, establecer y juzgar más fácilmente las aportaciones de sus subordinados. Esta solución sería útil en la medida en que los gerentes tuvieran los incentivos adecuados para apropiarse de los costes o beneficios derivados de tales decisiones. Sin embargo, en la práctica se observa cómo los gerentes encargados de tales decisiones optan por valorar positivamente a todos sus empleados, evitando establecer distinciones entre los mismos. Ello es así debido a que, en último término, ellos soportan los costes personales derivados de las malas calificaciones a sus subordinados, por lo que, a no ser que se establezcan mecanismos de control sobre este tipo de decisiones o el decisor se vea perjudicado o beneficiado directamente por las mismas, optará siempre por una valoración igual y positiva.

En el caso concreto de la sanidad española, se observa cómo los intentos de establecer incentivos monetarios en forma de primas por rendimiento han fracasado. Sus principales inconvenientes radican en la dificultad de establecer una medida de actividad que reúna conjuntamente un contenido económico y sanitario y en la dificultad de encontrar un equilibrio entre la evaluación cuantitativa y cualitativa. En 1987 se implantó un complemento de productividad variable a través del Real Decreto-Ley 3/1987 del 11 de septiembre sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de Sanidad. Este tipo de primas introducía un componente variable en la retribución percibida por el médico en función de la valoración de su inmediato superior.

El establecimiento de estos incentivos económicos únicamente propició un incremento de la retribución del total del personal afectado por dichas medidas, puesto que no fueron correctamente aplicadas, perjudicando a aquellos que las habían empleado de un modo adecuado y estricto. La evaluación se hizo explícita al forzarse que fuera conocida públicamente; de ahí que los superiores, en general, tendieran a evitar efectuar evaluaciones negativas sobre el rendimiento de sus subordinados. Además, existe la evidencia de que se tiende a sobrevalorar el rendimiento propio por encima de la media, lo cual favorece que el incentivo, en general, se perciba como injusto (Arruñada, 1994). Por ello, el superior tenderá a valorar a todos positivamente, con lo que todos ellos recibirán el mismo componente de retribución variable. Si, por el contrario, optase por diferenciar a sus subordinados aplicando correctamente el incentivo, únicamente conseguiría generar descontento y malestar entre los mismos.

De hecho, se tienden a evitar sistemas de retribución variable en función de la productividad basados tanto en evaluaciones objetivas como subjetivas debido a los inconvenientes que ocasionan. Las evaluaciones subjetivas no serían adecuadas por la desconfianza que existiría entre el superior y el subordinado y las objetivas por la dificultad de establecer o determinar medidas objetivas y comportamientos disfuncionales (Baker et al, 1988). Como ya se ha expuesto, para el caso del personal médico, la dificultad de establecer criterios de evaluación o de control es aun mayor que para otro tipo de actividad debido al especial servicio que prestan. Sin embargo, sin tener en cuenta esta tendencia general y las dificultades que entrañan, se introdujeron en el sistema sanitario incentivos retributivos variables, no sólo en el caso español sino en otros sistemas nacionales de salud.

Por último, el empleo de la promoción como incentivo puede dar lugar a la aparición de actividades de influencia. Puesto que la evaluación de aquellos empleados que compiten por el ascenso y la decisión de promoción depende de supervisores y comités situados en niveles superiores, los individuos susceptibles de promoción tendrán incentivos para influir a los decisores, mediante actividades improductivas, con el fin de obtener mejores puntuaciones (Milgrom, 1988)⁸.

⁸Estos incentivos perversos a desarrollar actividades de influencia surgen para cualquier sistema de evaluación (Baker, 1987) y permiten explicar algunos de los procedimientos burocráticos establecidos por la organización para controlarlos.

Nombramiento vitalicio

Un aspecto a tener en cuenta en cuanto a las políticas de promoción son las reglas del nombramiento vitalicio (Milgrom y Roberts, 1992). Un empleado que haya recibido el cargo vitalicio no puede ser despedido a menos que exista una causa seria y, en el caso de que así ocurra, mediante un proceso muy exigente y costoso para el contratante. Este es el caso del personal funcionario en general y del personal de la sanidad pública, ya sea de carácter funcional o estatutario. Para el caso del personal funcional, en cualquier administración y no sólo en el ámbito sanitario, una primera causa explicativa que justificaba el establecimiento de este tipo de contrato vitalicio sería la necesidad de evitar "períodos administrativos muertos". Es decir, que los cambios de gobierno en una nación no supusieran o conllevaran vacíos administrativos por el cambio de personal de la antigua a la nueva administración.

Con carácter más general, existen otra serie de factores que explicarían el empleo de nombramientos vitalicios en cualquier tipo de organización (Milgrom y Roberts, 1992):

En primer lugar, la "pericia" justificaría el empleo de contratos vitalicios. Este motivo puede aplicarse más concretamente a los nombramientos académicos en organizaciones tales como universidades, centros de investigación o escuelas, si bien también es aplicable a aquellas organizaciones que adoptan la forma de sociedades colectivas compuestas por profesionales tales como abogados, auditores u otro tipo de expertos. Básicamente se fundamenta en la idea de que si bien la administración tiene capacidad para valorar el rendimiento y productividad del personal ya contratado, serán los científicos, claustros de departamentos, catedráticos, en definitiva, el personal cualificado, los que tendrán mayor capacidad de selección de posibles candidatos para un determinado puesto. En el caso de que los nombramientos de estos individuos no fuera de carácter vitalicio, no estarían interesados o motivados a contratar a los mejores candidatos, puesto que a medio o largo plazo se convertirían en sus competidores directos. El coste de oportunidad de un cargo vitalicio en estas circunstancias equivaldría a la pérdida del output de aquellos candidatos que dejarían de ser contratados en caso de que el contrato de los miembros encargados de la evaluación y contratación no fuera de tipo vitalicio (Carmichael, 1988, p. 453). De este modo, este tipo de nombramiento garantiza que el encargado de la selección no perciba al mejor candidato como una amenaza para su futuro o permanencia en la organización.

Un segundo factor explicativo sería el "conocimiento", para aquellos casos en los que la pericia profesional no es un factor determinante. Si una persona ocupa un puesto sensible a su capacidad, los resultados que obtenga en el mismo darán lugar a una señal de su capacidad para dicho puesto. Así, tras una experiencia suficiente, podría llegarse a conocer perfectamente el grado de correspondencia o adecuación de una persona a un puesto, pudiendo la primera tener que permanecer en el segundo de forma indefinida o ser cambiada a otro distinto. Se daría así un contrato vitalicio puesto que aunque en el futuro este individuo pasara a desempeñar pobremente su trabajo, la estimación de su capacidad que se había obtenido con anterioridad, bien en el mismo puesto o en el anteriormente ocupado, habría sido lo suficientemente elevada como para que el rendimiento esperado para el futuro continuara siendo más elevado en el puesto sensible a la capacidad que en el otro.

Frente a los incentivos de promoción o de retribución variable, Baker, Jensen y Murphy (1988) afirman que los incentivos basados en primas son más efectivos que los anteriores. Sin embargo, su aplicación al caso analizado no es posible puesto que la oferta de carácter público del servicio sanitario no se plantea la obtención de beneficios que puedan ser repartidos.

1.2.2. Sistema retributivo de los profesionales médicos

La retribución al personal médico es un aspecto de vital importancia para todo el sistema sanitario dado el elevado porcentaje que supone del total de gastos del sistema de salud

nacional. Para el caso concreto de España, los gastos de personal suponen algo más del 50% del total (Elola, 1994, p. 78) y el 71,5% del valor de la producción⁹ (Barea y Gómez, 1994, p. 150), con una evolución creciente a lo largo del tiempo¹⁰. Además, las revisiones salariales han tendido a la consolidación de salarios fijos, desvinculándolos de la cantidad de trabajo o de cualquier tipo de incentivo al rendimiento. Debe señalarse, asimismo, que este aumento en el gasto no ha ido acompañado como cabría esperar de aumentos en la actividad o eficiencia de los centros pertenecientes al sistema.

En cuanto al hecho de si el pago es un motivador efectivo, Baker, Jensen y Murphy (1998) señalan que se tiende a afirmar que las diferentes recompensas monetarias son contraproducentes puesto que generan efectos adversos que, en último término resultan costosas para la moral y productividad de los empleados. La explicación última sería que el ofrecer distinto trato a los empleados supone un detrimento para la moral de los empleados, reduciendo esta última y, en último término, su productividad.

Con carácter general, las retribuciones pueden establecerse en función de cuatro factores (Fama, 1991, p.25): en función del tiempo, es decir, salario por horas trabajadas, en función de un salario fijo, comúnmente empleada para directivos y servicios profesionales, por piezas o a destajo, es decir, ligado al output obtenido por el profesional y, finalmente, mediante participación en los beneficios, basándose para ello en alguna medida del rendimiento del equipo u organización.

Ahora bien, centrándose en el caso sanitario, Ortún (1992, pp. 112-115), al analizar la relación entre formas de pago y práctica clínica, señala que existen tres formas puras de pago: por acto, por salario y per cápita (por persona protegida). A continuación se enumeran los efectos más destacables de cada una de estas tres formas¹¹:

a) En cuanto al pago por acto:

⁹ Este porcentaje se obtiene de cifras correspondientes a 1990.

¹⁰ Esta evolución creciente es debida al aumento de número de efectivos, consecuencia de la puesta en marcha de nuevos servicios y del aumento de las plantillas en centros sanitarios.

¹¹ Ortún (1992) enumera los efectos que se exponen a continuación, mencionando que han sido estudiados en condiciones no siempre generalizables.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece un aumento en el número de pacientes que son vistos o atendidos, de interés cuando el número de médicos es escaso. • Favorece un aumento en el número de servicios por paciente¹². • Favorece la alta tecnología y el cuidado secundario y terciario 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la pérdida de integralidad de la asistencia sanitaria, al no estimular el interés en el contenido preventivo que debe acompañar a toda asistencia. • Crea un mayor riesgo de corrupción, favoreciendo la aparición de dicotomías o "dicos"¹³. • Propicia la inequidad por áreas geográficas y por clases sociales, pues la oferta se tiende a centrar en zonas de mayor renta. • Prima el "hacer" más que el "observar y escuchar", componentes imprescindibles de una atención correcta al paciente. • Requiere gran cantidad de controles para su administración. • Potencia la aparición de demanda inducida. • Supone, cuando se controla, una regulación del precio pero no de la cantidad. Así, en el caso de congelación de tarifas, podrían surgir el desdoblamiento y proliferación de actos como respuesta inmediata.

Tabla 1.2.2.1: Ventajas e inconvenientes del empleo del pago por acto en la asistencia sanitaria

El pago por acto es característico en el ejercicio privado de la medicina; sin embargo, en el ámbito público también se emplea en ocasiones. Los programas especiales o "peonadas", sistemas de contratación de actividades médicas a realizar fuera de la jornada habitual de trabajo, emplean el pago por acto como mecanismo de pago. Una primera conclusión de su aplicación¹⁴ hace referencia a la falta o dificultad para controlar la posible generación y traslado de demanda por parte de los médicos desde el horario habitual al extraordinario. Se plantean dos soluciones a este incentivo perverso (Arruñada, 1994, p. 23): en primer lugar, controlar que no se operen a los pacientes propios dentro de estos programas especiales, si bien esta medida podría originar pérdidas de calidad asistencial; en segundo lugar, incluir en los programas especiales únicamente a aquellos médicos con elevada productividad dentro de la jornada habitual.

b) En cuanto al pago por salarios:

¹² Ese aumento en el número de servicios por paciente es una ventaja cuando dichos servicios son necesarios, en caso contrario, se transforma en un inconveniente.

¹³ Se denomina dicotomía a la entrega de compensaciones por parte de los centros o médicos a los que se envían pacientes (Ortún, 1992, p. 111).

¹⁴ Esta afirmación se basa en indicios, pues no existen estudios empíricos que lo demuestren fehacientemente (Arruñada, 1994).

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Premia el mérito al ascender un profesional, situándolo en un nivel jerárquico más elevado hasta su jubilación, con el consiguiente aumento salarial. • No constituye un obstáculo a la cooperación entre colegas, por lo que favorece el trabajo en equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula el interés del personal en la promoción, potenciando el objetivo de "agradar al superior" al ser éste quien, en último término, debe apreciar el mérito del subordinado. • Desvincula la cantidad y calidad de los servicios prestados de la estructura de las remuneraciones, favoreciendo la insensibilidad del sistema respecto a las peticiones de los pacientes. • Al eliminar la capacidad del médico para actuar sobre sus ingresos, tienden a regularse las horas trabajadas en el sector público, reduciéndose el porcentaje total del tiempo dedicado al sector público, como respuesta directa a la reducción del porcentaje que los ingresos procedentes del sector público representan sobre los ingresos totales. • Incentiva un aumento de la presión por parte de los profesionales para aumentar la plantilla ya que ello supondría una reducción de la carga de trabajo.

Tabla 1.2.2.2: Ventajas e inconvenientes del empleo del pago por salario en la asistencia sanitaria

El pago por salario es el método retributivo empleado en la atención especializada. En los últimos tiempos se trasladó asimismo a la atención primaria, en la cual se empleaba el pago per cápita, si bien se ha vuelto a establecer una nueva versión del sistema retributivo anterior en atención primaria, introduciendo un complemento de productividad en función del cupo de pacientes, edad y otras variables demográficas y epidemiológicas (Arruñada, 1994).

El salario como medio de pago es comúnmente empleado para retribuir a directivos y trabajadores profesionales y predomina en aquellas situaciones en las cuales no es posible o prácticamente imposible obtener información acerca del flujo de esfuerzo u output por unidad de tiempo¹⁵ y el control sobre el trabajador o su output genera información de escasa utilidad acerca de las variables esfuerzo y producción (Fama, 1991, pp. 25, 42).

Los principales inconvenientes del empleo del salario como principal mecanismo retributivo, y que se recogen en la tabla 1.2.2.2, son la posible aparición de actividades de influencia y la falta de motivación al desligarse la retribución de la productividad. Respecto a las actividades de influencia, al convertirse la promoción en el único medio de incrementar la remuneración¹⁶, los posibles candidatos al ascenso incurrirán en costes de influencia con el fin de mejorar su posición frente al resto de competidores (Milgrom, 1988)¹⁷. En cuanto a la falta de relación entre la retribución y la carga de trabajo, surge la tendencia a reducir el esfuerzo y con ello la productividad; con ello se consigue mejorar las condiciones de trabajo, al no poder afectar el empleado su retribución, y presionar la creación de empleos adicionales que permitan reducir su carga laboral (Arruñada, 1994, pp.18-19).

c) En cuanto al pago per cápita:

¹⁵ Fama (1991) establece una comparación entre el empleo de la retribución en función del tiempo y por salario.

¹⁶ Se hace referencia en este caso a situaciones en las cuales los posibles complementos variables tienen un peso escaso sobre el total percibido por el trabajador.

¹⁷ Véase en el apartado *La promoción como incentivo profesional*.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Es consistente y coherente con la definición de la salud como producto final del proceso de atención. • Promueve y potencia el contenido preventivo de la atención sanitaria, el cuidado anticipatorio. Supone, en definitiva, anticiparse y trabajar para evitar o disminuir los problemas médicos y sociales. • Admite ajustes por la edad y combinaciones con el pago por acto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede dar lugar a una referencia excesiva a los especialistas hospitalarios y extra-hospitalarios y a un uso elevado de recetas farmacéuticas y análisis complementarios, actividades que suponen un ahorro de esfuerzo y constituyen un aumento de la calidad aparente frente al paciente. • No centra el interés en el control de la cantidad y calidad de los productos intermedios prestados.

Tabla 1.2.2.3: Ventajas e inconvenientes del empleo del pago per cápita en la asistencia sanitaria

Respecto al pago per cápita, señalar únicamente que es característico de la atención primaria y si bien en principio ha sido sustituido por la retribución salarial, de nuevo se introduce a través de complementos de productividad que incluyen como variable el cupo o número de pacientes a cargo del médico (Arruñada, 1994). Su principal ventaja, recogida en la tabla 1.2.2.3 es el hecho de que potencia el contenido preventivo de la atención, incrementando el interés del médico en mantener sanos a los pacientes de su cupo. De este modo, el médico intentará, ya en la primera consulta averiguar el diagnóstico del paciente, ya que consultas posteriores supondrán una sobrecarga de trabajo sin retribución directa, al contrario de lo que ocurriría en caso de ser remunerado por acto. Por ello, incrementará sus actividades preventivas, con el fin de reducir la frecuencia de visitas de los pacientes de su cupo (Ortún, 1992).

Por último, en cuanto al tiempo como factor o criterio de pago, debe señalarse que las guardias constituyen el único exponente de remuneración por tiempo entre los médicos. Las guardias se incluyen dentro del complemento de atención continuada y suponen una parte relativamente importante de la retribución percibida por el personal médico¹⁸. Los ingresos consecuencia de las guardias se obtiene de multiplicar la cantidad de ellas efectuadas por su precio, efectuándose un elevado número de ellas por dos causas: el interés económico de los profesionales que, mediante este complemento retributivo pueden compensar el descenso experimentado por otros conceptos y, en segundo lugar, por la elevada sobre-especialización de la atención, que hace necesaria la permanencia de un elevado número de profesionales en el centro fuera de la jornada laboral (Arruñada, 1994, p. 23).

Estructura retributiva del personal de organismos sanitarios públicos

La estructura retributiva del personal que presta servicios en organismos dependientes del INSALUD aparece recogida en el Real Decreto Ley de septiembre de 1987. Se compone de las siguientes retribuciones básicas y complementos:

¹⁸ Arruñada (1994, pp. 23-24) calcula, en datos de 1994, que para un adjunto, que efectúe cuatro guardias mensuales durante 11 meses del año, la compensación total percibida por concepto de guardias es de 2.318.448 ptas., teniendo en cuenta la compensación explícita (1.189.930 ptas.), un salario implícito por las libranzas (803.992 ptas.) y las tres compensaciones que se añaden a sus pagas de vacaciones y extraordinarias (aproximadamente 108.175 ptas. cada una). Independientemente de que se estén aplicando libranzas, la cuantía sigue siendo elevada.

Retribuciones básicas
<ul style="list-style-type: none"> - Un sueldo, igual para todo el personal perteneciente a un mismo grupo de clasificación, según el tipo de título académico exigido para el ingreso. - Antigüedad, en función de los trienios, que equivalen a una suma igual para cada grupo de clasificación cada tres años de servicio. - Dos pagas extraordinarias, estableciendo como importe mínimo una mensualidad de sueldo y trienios.
Retribuciones complementarias
<ul style="list-style-type: none"> - Un complemento de destino, correspondiente al nivel de puesto que se ocupe. - Un complemento específico en función de las condiciones particulares de determinados puestos por la especial dificultad para su desempeño, grado de responsabilidad, dedicación, especial cualificación, no pudiéndose asignar más de un complemento específico a cada puesto. - Un complemento de productividad, que pretende remunerar el rendimiento particular del individuo que ocupa un puesto, así como su participación en programas o acciones concretas, cuya cuantía será conocida públicamente. Su cuantía está limitada por la Ley de Presupuestos de cada ejercicio y la cantidad a asignar a cada individuo es determinada por el responsable de la gestión de cada programa de gasto. - Un complemento de atención continuada, incluyéndose en este apartado las guardias. - Indemnizaciones por motivo de servicio y residencia y la ayuda familiar.

Tabla 1.2.2.4: Esquema retributivo del personal en de organismos sanitarios públicos

De un análisis de los anteriores conceptos retributivos, se puede concluir que la retribución final obtenida por el personal es prácticamente fija. Los únicos componentes que pueden introducir variabilidad son, en primer lugar, el complemento de atención continuada, dentro del cual se incluyen las guardias, si bien el número de ellas efectuadas mensualmente y, por tanto, la cantidad percibida por tal concepto, tiende a ser el mismo¹⁹; y en segundo lugar, el complemento de productividad variable²⁰, que en el caso del personal sanitario se acabó transformando en retribución fija e igual para todo el personal.

1.3. Efecto de la propiedad sobre el desempeño del profesional médico

Un aspecto que debe tenerse en cuenta a la hora de analizar los sistemas de incentivos profesionales y sus efectos sobre la conducta del personal a los que se aplica es aquel relacionado con la propiedad de los centros en los cuales los profesionales médicos prestan sus servicios, es decir, si ésta es pública o privada. A este respecto, existen dos posturas

¹⁹ Únicamente en períodos vacacionales, el número de guardias se incrementa notablemente por profesional.

²⁰ Ya comentado previamente.

contrapuestas: por un lado, aquellos que defienden la propiedad privada de los centros sanitarios argumentando que dicha propiedad actúa como aliciente para una conducta más eficiente de los médicos ya que en este caso, al ser propietarios, evitarían incurrir en un consumo excesivo de recursos, tanto en términos de materiales empleados (pruebas diagnósticas, material farmacéutico) como de tiempo medio invertido por servicio. Si bien podría pensarse que este comportamiento más eficiente del profesional podría ir en menoscabo de la integralidad o calidad del servicio prestado al paciente, los defensores de la propiedad privada argumentan que dicha conducta estaría contrapesada en todo momento por la ética médica. Dicha ética evitaría cualquier comportamiento abusivo del profesional en búsqueda de su beneficio personal (Ortún, 1992, p. 111). Ahora bien, ha de tenerse en cuenta que los principios que componen el código de ética médica²¹ son todos ellos relativos; es decir, distintos médicos, igualmente concienciados, pueden, en ocasiones, diferir en cuanto a un comportamiento concreto ante una determinada decisión o acción (Williams, A. 1989).

En contraposición, aquellos que se oponen a la propiedad privada de los centros sanitarios alegan que el objetivo de persecución de beneficios en el ejercicio de la medicina puede dañar seriamente la atención ofrecida al paciente por dos motivos fundamentales: en primer lugar, porque los propios profesionales pueden tratar de distinta forma a los pacientes en el caso de ser los propietarios de los centros para, de este modo, incrementar sus beneficios personales; en segundo lugar, puesto que los gerentes pueden limitar la libertad clínica o de actuación del médico de forma perjudicial para la atención sanitaria.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de analizar el efecto de la propiedad en la práctica clínica es la propiedad por parte del profesional de servicios auxiliares, como por ejemplo laboratorios, centros diagnósticos o de terapia. Estas joint-ventures, en las cuales los propios médicos son propietarios de servicios auxiliares a los cuales envían sus pacientes, pueden incrementar los costes de la atención sanitaria al promover una mayor utilización de esos servicios en casos en los que, desde el punto de vista médico pueden ser innecesarios (Mitchell y Sass, 1995). Los argumentos alegados a favor de esta propiedad por parte del profesional son, en primer lugar, que con ello se persigue una mayor calidad del servicio en su conjunto al asegurar un mayor seguimiento y garantizar la adecuación del servicio auxiliar a cada caso o paciente en concreto; en segundo lugar, otro argumento empleado a favor es el del altruismo, es decir, que el profesional optaría por la propiedad de esos servicios para favorecer el acceso a una atención beneficiosa para la población. Sin embargo, como crítica a este argumento se puede afirmar que, en caso de ser cierto, deberían observarse mayores índices de propiedad en aquellas áreas o regiones con escasez de servicios, como es el caso de las áreas rurales, hecho que no se observa en la realidad, tendiendo a concentrarse en zonas con niveles de renta más elevados (Mitchell y Sass, 1995). Como argumento en contra, se alega la posibilidad de aparición de demanda inducida indirecta, en el sentido de que el médico, como agente del paciente, podría inducir demanda al recomendar tratamientos cuyos costes exceden a los beneficios para el paciente²².

Si bien pueden adoptarse diversas medidas orientadas a eliminar los efectos negativos originados por la propiedad por parte del médico de este tipo de centros, la eliminación de los envíos del profesional a sus propios centros de atención auxiliares no tiene por qué suponer una desaparición total de este efecto, pudiendo surgir figuras alternativas, como por ejemplo el empleo de terapeutas en sus propias instalaciones (Pauly, 1979). En definitiva, únicamente supondría el cambio de un tipo de contrato a otro, probablemente más costoso. Por ello, previo a

²¹ The Standford University Committee on Ethics identifican seis principios que delimitan la ética médica: preservar la vida, aliviar el sufrimiento, no dañar, asegurar que los recursos médicos son asignados con justicia, respetar la autonomía del paciente y, por último, decir la verdad.

²²El concepto de demanda inducida, así como la distinción entre demanda inducida directa e indirecta se analizan más en profundidad en el apartado a ella referida.

la adopción de cualquier medida política al respecto, debe tenerse en cuenta y reconocerse la existencia de una gran variedad de potenciales formas contractuales a adoptar en caso de eliminar la opción de la propiedad privada de los centros de atención auxiliares.

Independientemente de la postura adoptada, es decir, si se defiende o no la propiedad privada de los centros, en ambos casos se hace evidente que el tipo de propiedad afecta realmente a la práctica clínica.

En el caso español, al igual que en aquellos países que siguen el esquema del sistema nacional de salud, la propiedad de los centros en los cuales se presta el servicio sanitario es pública, con independencia de que se adquieran los servicios de centros privados con carácter de apoyo al servicio público. En relación con la propiedad pública, una de las principales críticas que se hace de los sistemas sanitarios públicos es la falta o ausencia de competencia y, como resultado, una falta de incentivos que están presentes en los mercados competitivos (Mooney, 1994, pp. 152-63). Ahora bien, si bien podría argumentarse que las fuerzas competitivas podrían ser útiles a la hora de promover la eficiencia, sin embargo, parece existir un cierto consenso en cuanto a que no contribuirán de igual modo a la consecución del objetivo de equidad en la atención sanitaria. Por lo tanto, aun partiendo de las potenciales ventajas de las fuerzas competitivas en términos de incrementos en la eficiencia de cualquier sistema sanitario, en este caso, el libre funcionamiento del mercado sería contrario a uno de los principales objetivos de todo sistema sanitario, la equidad, y que de hecho es una de las prioridades en el caso español.

Si bien se habla de la falta de incentivos en el sector público sanitario, es necesario plantearse el objetivo o finalidad última de dichos incentivos, es decir, si éstos se diseñan para incrementar la efectividad, para reducir los costes, para mejorar la eficiencia operativa o la eficiencia asignativa²³, para favorecer la equidad o, finalmente, para lograr un cambio. En este sentido, la introducción de competencia en el sector es una de las propuestas a que se recurre habitualmente como elemento capaz de incentivar a los distintos competidores para incrementar su efectividad o reducir sus costes. Sin embargo, la evidencia acerca del impacto de la competencia sobre la calidad o efectividad en la atención sanitaria es más bien escasa.

Se plantean, por tanto, las siguientes cuestiones: ¿puede la competencia entre hospitales reducir los costes sin afectar a los resultados? Y, en caso positivo, ¿cuál es la mayor reducción posible en costes antes de que los resultados obtenidos se vean negativamente afectados?. Como respuesta a estas preguntas, no se deduce de forma inmediata que la competencia per se sea la mejor forma de incentivo para ampliar la efectividad, al menos en el ámbito del hospital. Para que funcione la competencia en un mercado debe existir un número mínimo de empresas competidoras y los consumidores deben tener información sobre la calidad de los productos. Sin embargo, estos supuestos parecen no cumplirse en el caso de los mercados hospitalarios. Se podría argumentar que la competencia lleva a la especialización dentro de los hospitales, lo cual podría llevar a reducciones en los costes. La cuestión es entonces si esa misma especialización no pudiese conseguirse sin competencia. La provisión de más y mejor información a los consumidores para lograr mejoras en la eficiencia operativa de los mercados de atención sanitaria es potencialmente importante. Ahora bien, surge entonces la cuestión de cuál es el nivel de información óptima, dado que su obtención y diseminación no son gratuitas y se requieren decisiones sobre su contenido y presentación. Sin embargo, es relevante señalar a este respecto que la principal razón que justifica la formación de los médicos es precisamente que esta última se trata de la forma más eficiente de facilitar que los conocimientos médicos estén a disposición de la población en su conjunto.

²³ La eficiencia técnica u operativa equivale a la producción de la cantidad máxima de output, dada una cantidad de input u obtener un nivel determinado de output con la mínima cantidad de inputs. La eficiencia asignativa hace referencia al empleo de una combinación de factores productivos de coste mínimo, dependiendo, por tanto, de la relación entre los precios relativos y productividades marginales de los inputs (Barber y González López-Valcárcel, 1996, p. 23)

La competencia asimismo podría ser una fuerza fundamental a la hora de adaptar la asignación de recursos en respuesta a los valores sociales, tarea normalmente realizada por el precio en otros mercados; sin embargo, la bondad de la competencia como mejor método para alcanzar este objetivo se pone de nuevo en duda. Lo mismo sucedería a la hora de plantear la competencia como incentivo para la equidad en la atención sanitaria.

La introducción de ciertos elementos y formas de competencia podrían estar perfectamente justificados. Ahora bien, la aplicación de soluciones empresariales en el ámbito público plantea una serie de problemas que han de ser tenidos en cuenta con carácter previo a su aplicación²⁴. No debe olvidarse que el sector público actúa en aquellas parcelas de la economía en las cuales se dan unas condiciones que impiden al mercado, al sector privado, alcanzar la eficiencia social (Salas, 1995, p. 34). De hecho, los intentos actuales de introducir competencia en la sanidad pública no se fundamentan en la libre actuación del mercado, sino en una competencia controlada entre los agentes productores del servicio sanitario y en un margen de elección de médico y centro por parte de los demandantes del servicio, sin que ello afecte a la equidad en el acceso a los servicios sanitarios (Barea y Gómez, 1994, p. 219).

2. Efectos de la política de contratación y remuneración del personal sanitario sobre la eficiencia del sistema

Una vez analizados los distintos criterios o formas de pago y sus posibles efectos sobre el ejercicio de la práctica clínica, la estructura retributiva característica del sistema español, así como las características de la política de contratación en el sector público, es necesario analizar sus efectos sobre la eficiencia del sistema.

En cuanto a la estructura retributiva, es un hecho que el nivel de ingresos afecta de forma decisiva a la oferta de servicios por parte de los profesionales (Rizzo y Blumenthal, 1994, pp. 433-50)²⁵. Tal y como se concluye de la descripción del esquema retributivo del personal sanitario, éste no emplea un criterio único de pago puesto que se observan componentes salariales y variables, en función de la productividad. Las retribuciones básicas, que engloban sueldo, trienios y pagas extraordinarias, conforman el componente fundamental del mismo. Por lo tanto, los efectos del pago por salario antes enunciados son aplicables al caso de la sanidad española. Se ha observado una tendencia a la consolidación de los elementos retributivos fijos, lo que ha dado lugar a la práctica desaparición de las retribuciones variables ligadas a la productividad. Asimismo, se observa una tendencia hacia la homologación del personal, de modo que las diferencias retributivas entre personal de distinta categoría, como pueden ser médicos y enfermeras, tiende a ser cada vez menor. Ambas tendencias podrían encontrar una causa explicativa en la acción sindical, así como en el funcionamiento burocrático-administrativo de la sanidad pública, que tiende a centralizar los procesos de toma de decisiones, a anular la diversidad y a impedir a los gestores de los distintos centros la negociación de los incentivos profesionales (Elola, 1994, p. 83-4).

En cuanto al componente de pago a destajo o pago por acto, no aparece en el esquema retributivo básico, pero sí es aplicado en la práctica a través de la puesta en marcha de los programas especiales. Como ya se ha expuesto, estos programas son aplicados cuando las listas de espera de determinados servicios reflejan volúmenes o períodos de espera muy elevados. En estos casos, el centro en cuestión puede decidir el establecimiento de una peonada para un

²⁴ Véase Arrufiada (1994b), apartado III.3 Problemas en la introducción de soluciones empresariales.

²⁵ Las decisiones del médico en cuanto a la oferta de servicios es sensible tanto al efecto renta como al efecto sustitución. El efecto sustitución, ante una reducción en el nivel de ingresos, induce a reducciones en la oferta y el efecto renta a incrementos en la misma. Sin embargo, el efecto neto es de una reducción en la oferta de servicios (Rizzo y Blumenthal, 1994, p.450).

servicio en particular que se enfrente a tal situación. Ésta consiste, en definitiva, en la introducción de un componente de pago por acto, al remunerar en función del número de intervenciones o consultas efectuadas fuera de la jornada laboral por el médico, dependiendo de que se trate de lista de espera de consultas externas o de hospitalización. La aplicación de esta medida supone la aparición de algunos de los efectos característicos de este tipo de remuneración²⁶. De todos ellos, pueden surgir los relacionados con la tendencia a eliminar el componente preventivo de la asistencia sanitaria, con la necesidad de mayores controles para su administración y con la posible aparición de demanda inducida. En definitiva, al profesional podría interesarle el mantenimiento en su servicio de una lista de espera que justifique la aplicación de este tipo de programas, puesto que supondría una fuente de ingresos adicional, por lo que el interés será mayor cuanto mayor sea la insatisfacción del médico en relación con el nivel retributivo percibido. Ello no significa que pueda hacerse una generalización acerca de la aparición de este efecto perverso, puesto que, en último término, depende de la ética personal y profesional de cada individuo.

Sin embargo, una consecuencia más común y generalizada de la introducción del componente de pago a destajo, que incluso es normalmente reconocida por el propio personal y que ha sido contrastada empíricamente, es la alteración en el ritmo o empleo del tiempo del profesional en estos casos. Con carácter general, puede afirmarse que se observa un incremento en el ritmo de trabajo en el caso de que el pago sea por acto frente al caso de que la remuneración sea de tipo salarial. Ello demuestra que el incentivo altera el comportamiento del individuo. En este caso, el incremento en el ritmo de trabajo podría efectuarse a costa de tareas que afecten o no de un modo directo al paciente; es decir, podría ocurrir que se incrementara el ritmo para actividades tales como la preparación de un quirófano o la celeridad con que el celador lleva al paciente al mismo. Estos ejemplos suponen una reducción de tiempos muertos, aumentando la productividad sin afectar a la calidad de la atención. También podría dar lugar a un incremento en el ritmo de realización de aquellas actividades que afectan directamente o que constituyen propiamente la atención sanitaria al paciente, de modo que podría suponer un menoscabo para la calidad de la atención ofrecida. Sin embargo, ésta no es una práctica habitual y, de nuevo, debe señalarse que con ello no se está afirmando que el profesional viole la ética médica en favor de sus intereses personales, sino que este tipo de medida puede dar lugar a ello.

Una primera conclusión, por tanto, es que, previo al establecimiento de este tipo de programas, es necesario tener en cuenta el principio de igualdad en la compensación (Milgrom y Roberts, 1992)²⁷. En el caso de los programas especiales, al incentivar el trabajo fuera de la jornada laboral, puede conducir a una reducción del esfuerzo y productividad dentro de la jornada laboral, proporcionalmente menos incentivada. Asimismo, otras variables fundamentales para una adecuada prestación del servicio sanitario, como es la calidad asistencial, puede verse menoscabada al no ser objeto de incentivo.

A este respecto, existe evidencia empírica sobre el efecto que la estructura retributiva del personal médico tiene sobre el desempeño de su trabajo (Mooney, 1994, pp. 126-35; Krasnik *et al*, 1990)²⁸. Con ello se demuestra una discrecionalidad importante por parte de los médicos en

²⁶No todos los efectos del pago por acto expuestos por Ortún (1992) surgen en este caso, puesto que su aplicación se limita a los casos en que existen listas de espera y en los que el centro y el servicio afectado están de acuerdo en la aplicación de programas especiales.

²⁷ Véase apartado 1.2 en el cual se definen los cuatro principios que han de guiar el establecimiento de un adecuado sistema de incentivos.

²⁸ Se hace referencia a un estudio efectuado en Dinamarca junto con otros autores, en el cual se analizó el modo en que un cambio en el sistema retributivo de los médicos generales afectaba a su práctica de la medicina. La situación de partida era la siguiente: los médicos de Copenhague percibían un salario fijo, mientras que los del resto del país eran retribuidos mediante una parte fija y una variable por acto. En 1987, el esquema retributivo de los médicos de la capital fue homologado a los del resto del país. Esta situación se tomó como base para analizar el comportamiento

su forma de actuar y cómo el sistema de remuneración empleado puede llevarles a actuar de un modo u otro en cuanto a su atención al paciente o su envío a otros puntos del sistema sanitario. En definitiva, un cambio en el esquema retributivo puede suponer un cambio importante en relación con las pautas de tratamiento y de recomendaciones efectuadas por el personal médico.

La aversión al riesgo de los profesionales en términos de desear evitar caídas en sus ingresos por debajo del nivel de partida parece ser una explicación lógica al incremento inicial de los servicios prestados a pacientes y que, más adelante, en alguna medida, se redujeron ligeramente (de ahí la importancia de tomar dos períodos tras el cambio efectuado y no sólo uno)²⁹.

Si bien la demanda inducida será analizada con posterioridad, debe señalarse en relación con este estudio que los resultados sugieren que posiblemente haya existido demanda inducida por la oferta. Sin embargo, sería posible que el cambio en la remuneración simplemente llevara a los médicos a estar más dispuestos a ofrecer sus servicios, y que ésta sea una respuesta standard del mercado por el lado de la oferta ante un incremento en los precios. A la vista de la reacción ante el cambio en la retribución, junto con el hecho de que los médicos están peor posicionados para inducir pacientes que para inducir servicios a esos pacientes, se sugiere que la noción de demanda inducida es inapropiada y que lo que realmente surge es *necesidad inducida por la oferta*. Se muestra así que el concepto de necesidad, que normalmente en la literatura médica aparece como una entidad objetiva y susceptible de medición es, en la práctica, altamente subjetiva y es función de la forma en que se retribuye a los profesionales médicos.

Con todo esto, no se pretende afirmar o concluir que la compensación monetaria sea el único incentivo real para los médicos (Mooney, 1994). Otro estudio efectuado al respecto (Kristiansen y Mooney, 1993) en Noruega demuestra que la densidad de médicos y la rotación parecen ser al menos tan importantes como la naturaleza y composición del sistema de remuneración en cuanto a su influencia sobre los patrones o pautas de comportamiento o ejercicio³⁰.

En cuanto a la ética médica, ésta no dicta lo que el profesional debe hacer en el sentido de que exista una forma única y correcta de actuación frente a un paciente o problema. La ética es más bien la que indica lo que *no se debe hacer*. Esto significa que existe un rango de respuestas o comportamientos válidos del médico frente a un problema particular y todas las respuestas dentro de este rango son éticas. Por tanto, se concluye que el hecho de que los profesionales puedan ser persuadidos a cambiar de comportamiento cuando se les modifica el sistema de remuneración no es una conducta no-ética, partiendo de que los incentivos son tales que no incitan a salirse de ese rango considerado ético.

antes y después del cambio y en comparación con el resto de los médicos daneses. Este estudio se efectuó sobre un total de 71 médicos generales de la ciudad de Copenhague, elegidos aleatoriamente, para un período anterior a la homologación con el resto del país y para dos períodos posteriores al cambio. Cada período cubría todos los contactos con pacientes durante una determinada semana. Estos resultados fueron comparados con las actividades de los médicos generales del resto del país. Se emplearon datos de dos períodos tras el cambio, puesto que se creía que éste no sería el mismo en un futuro inmediato tras el cambio frente a un período más alejado en el tiempo, ya que, en este último, los profesionales habrían tenido tiempo para ajustarse a los efectos de la modificación en la retribución. Una vez finalizado el estudio, se observó que el cambio en el modo de actuación de los médicos analizados era mayor a corto que a largo plazo. La causa explicativa a este comportamiento, propuesta por los autores, se fundamenta en la búsqueda por parte de los profesionales de un *ingreso deseado* que se equiparara a sus ingresos iniciales. A corto plazo, frente al cambio, temerían quedar por debajo de su salario inicial, por lo que lo sobrepasaron; sin embargo, a largo plazo, al observar el exceso, redujeron el ritmo de trabajo. Es importante señalar que el envío a especialistas por parte de estos médicos se redujo en un 25%, mientras que el envío a hospitales disminuyó en un tercio.

²⁹ Véase nota al pie anterior.

³⁰ Se concluyó, asimismo, que estos factores eran débiles en comparación con la influencia de la edad y sexo del paciente y procedimientos médicos.

En cuanto al pago por acto, debe señalarse que normalmente los diversos estudios realizados centran su interés en los efectos de su aplicación y en el nivel que suponen sobre el total de la remuneración percibida, pero apenas hacen hincapié en el diseño de su estructura. A este respecto, pueden establecerse distintos criterios a la hora de establecer el pago a efectuar por cada acto; por ejemplo, puede establecerse un pago uniforme, independientemente del tipo de servicio prestado, o, por el contrario, pagos variables en función de la clase de actividad que desarrolle el médico en cada servicio. Esta última opción sería empleada en el caso en que aquellos decisores, encargados del diseño de este tipo de políticas, decidieran potenciar o dar prioridad a determinados tratamientos o intervenciones frente a otros, por lo que, consecuentemente, deberían recompensar en mayor medida la ejecución de los primeros frente a los segundos³¹.

De este modo, la provisión de los servicios más recompensados aumentaría y disminuiría las de los menos recompensados, y ello aun cuando estos últimos implicarían ahora un pago por acto que no existía previamente. La aparición de este comportamiento es obvia y de esperar ya que, ante la alternativa de dedicar el tiempo a una actividad que implica una cantidad x de ingresos por su realización, frente a otra que implique una cantidad y , siendo $x > y$, cualquier individuo, en general, optaría por la actividad que supone mayor recompensa (x). Cuando no se aplica el criterio de pago por acto, el profesional es neutral en cuanto a qué servicio prestar. Sin embargo, en el caso de que se establezca, el coste de oportunidad del que implica menor recompensa (y) es alto, por lo que estará menos dispuesto a llevarlo a cabo. Así, se puede concluir que la forma en que se diseña cualquier política retributiva que incluya pago a destajo es fundamental a la hora de determinar su efecto sobre los niveles de provisión de los distintos servicios susceptibles de ser prestados.

Finalmente, y al margen de la aplicación o no del pago por acto en la remuneración del personal médico, Mooney (1994) constata que si bien, con carácter general, se reconoce el hecho de que los incentivos financieros y no financieros afectan a la práctica clínica, sin embargo: apenas existe reconocimiento de esta realidad como instrumento de política en asistencia sanitaria, existe poca información sobre cual es el impacto de los distintos incentivos y sistemas de retribución en el comportamiento del profesional y, finalmente, existen pocos estudios que analicen qué es lo que realmente quiere la sociedad "que haga el médico".

3. La relación de agencia en el ámbito sanitario

Se define el concepto de relación de agencia como todo acuerdo o contrato bajo el cual, una persona, el principal, acuerda con otra persona, el agente, que este último realice algún servicio en su nombre, delegando en él cierta autoridad o poder de decisión (Jensen y Meckling, 1976). Toda relación de agencia supone una delegación del poder, que puede generar problemas de selección adversa o riesgo moral en varios supuestos:

- Cuando los objetivos y, en consecuencia, las funciones de utilidad del principal y el agente difieren y entran en conflicto,
- Cuando existen asimetrías de información que favorecen al agente en la relación,
- Cuando existe posibilidad de alcanzar acuerdos eficientes³².

³¹ Véase de nuevo en el apartado 1.2 *principio de igualdad en las compensaciones*.

³² Puesto que en caso contrario ni siquiera se establecería la relación de agencia entre el agente y principal.

En caso de darse alguno de estos supuestos, surge la posibilidad de aparición de comportamientos oportunistas por parte del agente, generando un coste para el principal (pérdida residual). Dicha pérdida se calcula como la diferencia entre el bienestar potencial que obtendría el principal en caso de que el comportamiento del agente fuera el deseado o pactado y el bienestar que realmente obtiene.

Debido a la posibilidad de incumplimiento por las partes y a la necesidad de eliminar este conflicto, se generan unos costes denominados costes de agencia: costes de control, de garantía, de formalización contractual y pérdida residual. En general, estos costes se repartirán entre las dos partes contratantes en función de si cada parte puede detectar o anticipar el posible comportamiento aprovechado de la otra. Dichos costes son, hasta cierto punto, sustitutivos si bien la pérdida residual es inevitable puesto que a partir de un punto, los costes derivados de perfeccionar el contrato superan los beneficios adicionales del mismo.

RELACIONES DE AGENCIA



Figura 3.1: Relaciones de agencia en el ámbito sanitario y rasgos principales

3.1. Relación de agencia médico-paciente

Partiendo de estos conceptos, debe señalarse que la relación médico-paciente se caracteriza porque, en este caso, no existe una total independencia entre las funciones de utilidad del agente y principal (Mooney, 1994, p. 90)³³. El médico es, en este caso, el agente que se compromete a prestar un servicio al paciente o principal; sin embargo, desarrolla una serie de funciones que van más allá de su labor de proveedor, puesto que se convierte en definidor del producto final, apoderado del paciente, generador de la oferta y demanda simultáneamente (Valor y Ribera, 1990). En esta situación, el principal se encuentra en una situación desventajosa debido a la asimetría de información existente ya que los conocimientos específicos poseídos por el agente, y que son propios de la profesión médica, dificultan el control por parte del paciente. A este respecto, el paciente carece de información sobre su estado de salud, sobre los tratamientos disponibles en cada caso y, por último, sobre la efectividad de cada tratamiento. Así, la relación de agencia en este caso surge del "gap" de información existente entre el paciente y el médico (Mooney, 1994, pp. 90-1). Puesto que el paciente carece de los conocimientos técnicos necesarios para tomar las decisiones oportunas, delega esta

³³La teoría de la agencia asume que las funciones de utilidad del agente y el principal son independientes (Martín y López del Amo, 1994, p. 44)

autoridad en su médico con la esperanza de que este último actuará por él como el paciente mismo lo haría si poseyera los conocimientos adecuados (Feldstein, 1974, p. 382)³⁴.

Por otro lado y en el ámbito de la sanidad pública, al tratarse de una prestación de carácter "gratuito", el agente no está sometido a la presión de garantizar su servicio frente al principal mediante la creación de una reputación o la pertenencia a una organización acreditativa de su actividad, medios todos ellos empleados en las relaciones de agencia más comunes³⁵. Esta afirmación es cierta en la medida en que el paciente no tiene la posibilidad de elegir al profesional que le va a atender. En el momento en que sea posible la elección, el médico deberá incurrir en unos costes de garantía en su relación de agencia frente al paciente.

Esta relación de agencia será perfecta si el principal, en este caso el médico, adopta las decisiones que afectan al paciente teniendo exclusivamente en cuenta los intereses del paciente. Por el contrario, la relación será imperfecta si el médico incorpora a su decisión factores que le son relevantes a él pero no al paciente (Wagstaff, 1990; Ortún, 1990). Si la relación es completa, el modelo de agencia es virtualmente no distinguible del modelo perfecto del comportamiento del consumidor. Sin embargo, es más probable que la relación de agencia sea incompleta. De este modo, las decisiones de los médicos reflejarán no sólo los intereses del paciente, sino también en parte sus preferencias o intereses personales, las presiones por parte de sus colegas profesionales, un sentido de ética médica y, probablemente, un deseo de hacer buen uso de los recursos disponibles (Wagstaff, 1990, p. 180).

El profesional, a la hora de adoptar decisiones que afectan al paciente, tiene indefectiblemente en cuenta factores que se alejan del criterio de defensa de los intereses del paciente. Así, por ejemplo, el médico ha de decidir cuánto tiempo dedicar a un paciente o a otro, cuánto de ese tiempo dedica a la investigación, a la formación del personal a su cargo o a la formación propia. De igual modo se verá afectado por su relación personal con aquellos colegas a los que debería referir sus pacientes (Williams, 1989, p. 8)

En este sentido, basándose en la teoría de la economía de la salud así como en la evidencia empírica existente, existen una serie de factores que llevan a pensar que esta relación de agencia es más bien imperfecta (Martín y López del Amo, 1994, p. 44-6):

- En primer lugar señalan los autores que no existen motivos para creer que el médico actúa de un modo perfectamente altruista frente al enfermo. Un ejemplo claro son las evidencias existentes sobre el efecto que el esquema retributivo del profesional tiene sobre la práctica médica³⁶. La demanda inducida surge como consecuencia de un comportamiento oportunista por parte del médico, que aprovecha la asimetría informativa en su propio beneficio.

- En segundo lugar, la racionalidad limitada, tanto del agente como del principal en esta relación apoya asimismo la afirmación de que esta relación de agencia es imperfecta. En este sentido, el médico no posee información perfecta acerca de la efectividad de los distintos tratamientos a aplicar; además, tanto el médico como el paciente pueden alterar sus decisiones dejándose influir por el marco de referencia o la forma en que se transmite la información; la tendencia del médico a sobrevalorar la efectividad de los tratamientos que aplica, así como a autojustificar todas sus decisiones; y, por último, la "miopía" a la hora de analizar los efectos a largo plazo de las decisiones adoptadas, actuando con una clara orientación al corto plazo (Rumelt, 1995, p. 106) miopía que afectará en menor medida al

³⁴Esta cita aparece recogida en Wagstaff (1990).

³⁵ Es decir, el médico no ha de incurrir en costes de garantía, característicos de la relación de agencia.

³⁶Estos aspectos aparecen desarrollados en los epígrafes referidos a los incentivos para el desempeño de los profesionales, así como en el apartado que analiza la existencia de demanda inducida.

médico³⁷. Este último aspecto, unido a los elevados costes de transferencia de información desde el médico hasta el paciente, anula prácticamente la posibilidad de aplicar en el ejercicio de la medicina el principio del consentimiento informado³⁸. Ahora bien, el médico puede subsanar en parte esta deficiencia adoptando en su ejercicio profesional una "orientación al paciente"; de este modo, puede contribuir a reducir la angustia e incertidumbre del paciente y, en definitiva, a mejorar la relación de agencia desde el punto de vista de satisfacción del principal (Martín y López del Amo, 1994, p. 46).

3.2. Relación de agencia médico-entidad contratante

Sin embargo, además de la relación médico-paciente, también es necesario tener en cuenta la relación médico-entidad contratante. En este caso, debe señalarse la presencia de una asimetría de información similar a la que caracteriza la relación médico-paciente. Benveniste (1987, pp. 85-94) señala la existencia de dos jerarquías bien diferenciadas e institucionalizadas: por un lado la dirección y por otro lo que el autor denomina el cuerpo profesional. En este sentido, el médico, como parte de ese cuerpo profesional o del núcleo de operaciones de la burocracia profesional que conforma un centro hospitalario (Mintzberg, 1979), goza de un elevado nivel de independencia en cuanto al ejercicio de su actividad, tanto en relación con sus compañeros como a sus superiores siendo el control sobre su actividad prácticamente inexistente. Esta discrecionalidad de que disfruta el personal médico tiene importantes repercusiones puesto que se le confían al médico un gran número de decisiones, partiendo del supuesto de que sus conocimientos profesionales le habilitan para tal función. De este modo, es el médico quien decide qué pacientes han de volver a consultar y con qué frecuencia, qué intervenciones deben o no realizarse, aspectos todos ellos que afectan a la demanda futura de sus servicios de un modo directo.

Mediante estas decisiones, el médico afecta a los gastos totales en que incurre la organización ya que cada nueva consulta o intervención conlleva una serie de costes. Si bien el personal médico puede afectar a los costes a través de otra serie de decisiones, en este caso referentes al tipo de tratamiento a aplicar, el tipo de intervención y el lugar en que se va a efectuar, las prótesis o material que van a ser empleadas. Para todas ellas, el médico contará con una serie de alternativas de precios muy diversos. Podría pensarse que el médico decidirá el empleo de aquel recurso que implique la mejor relación coste-utilidad para el paciente y para la organización puesto que el decisor, aparentemente, no va a verse beneficiado o perjudicado como consecuencia de la elección más cara o más barata. Sin embargo, se observa como, en la práctica, tienden a emplearse los tratamientos, intervenciones y prótesis más caras, hecho que contradice el supuesto anterior.

Ello es debido a que no se han tenido en cuenta tres factores que condicionan el comportamiento del médico. Por un lado, la imagen de calidad del servicio que adquiere el paciente depende, en muchos casos, de la percepción que éstos tienen sobre la relación tratamiento-precio. Es decir, el paciente, debido a la asimetría de información, asocia precios elevados en los tratamientos o medicación a calidad, factor que influye en el comportamiento del médico, puesto que no tiene que soportar directamente los costes asociados a esos precios más altos.

³⁷ Tal y como señala Rumelt (1995, p.106), las organizaciones, como conjunto, tienden a actuar como si sólo el corto plazo importara, mientras que individuos dentro de ella pueden estar al corriente de las consecuencias a largo plazo de las acciones.

³⁸ Dada la amplitud y dificultad de los conocimientos poseídos por el agente en esta relación, es prácticamente imposible trasladarlos al paciente para que éste consienta en someterse a un tratamiento o a una intervención estando perfectamente informado. En definitiva, es prácticamente imposible eliminar la asimetría de información.

En segundo lugar, la gran cantidad de litigios y demandas interpuestas contra los médicos por parte de pacientes insatisfechos ha hecho surgir la práctica de la llamada "medicina defensiva". Este concepto hace referencia a las precauciones tomadas por el personal médico para evitar futuras posibles reclamaciones. Estas precauciones se traducen en análisis, revisiones, tratamientos de elevado coste mediante los cuales el médico pretende asegurar, de forma inequívoca, sus diagnósticos. Este tipo de práctica tiene importantes repercusiones sobre el gasto sanitario total; de hecho, la principal causa explicativa específicamente sanitaria del incremento del gasto sanitario es la mayor densidad de pruebas diagnósticas y terapéuticas por proceso (Ortún, 1990, p.24)³⁹.

Asimismo, debe señalarse que en la relación de agencia médico-centro sanitario este último debería asumir el papel de defensor de los intereses del paciente frente al médico, debido a la asimetría de información característica de la relación médico-paciente descrita en primer lugar.

3.3. Relación médico-agentes externos

Un tercer factor, externo al diagrama representado en la figura 3.1 y de gran influencia es el vínculo existente entre el agente en esta relación de agencia, es decir, el médico y un tercer agente: las empresas suministradoras de material clínico, farmacéutico, equipamiento electromédico, protésico... Estos agentes externos no poseen una capacidad de influencia uniforme sobre el sistema, sino que dependerá en último término de la mayor o menor relación que hayan sido capaces de articular con las estructuras político-administrativo centrales (Elola, 1994, p. 60). La presión a que son sometidos los profesionales por este tercer grupo de agentes, les llevaría a elegir aquellas opciones más caras, que suponen en definitiva un mayor margen para el vendedor, aun cuando esta elección no sea la más acertada para cada caso en particular. Las "gratificaciones" que reciben por parte de estos suministradores, les llevaría a adoptar la elección que más les beneficia personalmente, independientemente del coste que pueda suponer para la organización. En definitiva, este comportamiento es causado en último término por la elevada discrecionalidad decisoria que disfruta el personal médico y por los niveles salariales que reciben y que son considerados insuficientes, hecho que les lleva a buscar ingresos o gratificaciones complementarias de terceros agentes que estén dispuestos a dárselas a cambio de ciertos servicios de apoyo a su firma.

A este respecto, la excesiva politización y burocratización, características del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, favorece la tendencia de las organizaciones hacia el logro de los objetivos y metas de sus agentes internos (Elola, 1994, pp. 64-6). Ello es así porque la lógica del control formal que subyace a su funcionamiento hace que sea escasamente relevante el logro de los objetivos de la organización que, por otro lado y para el caso de la sanidad pública española son excesivamente genéricos, al estar definidos en términos de lograr la eficacia, eficiencia, equidad, participación ciudadana. La normalización conlleva una preocupación excesiva por el cumplimiento de las normas y reglas preestablecidas, independientemente de si su aplicación favorece o no el cumplimiento de los objetivos generales que teóricamente se persiguen. Esta incongruencia, unida a la inexistencia de un adecuado esquema de incentivos que favorezcan un comportamiento del profesional orientado hacia los objetivos de la organización, hace que estos últimos opten, en último término, por perseguir el logro de sus intereses particulares, independientemente de que estos sean antagónicos frente a los globales, o incluso los de agentes externos, tales como los

³⁹Debe señalarse a este respecto que la medicina defensiva no es el único factor causante de este aumento en el número de pruebas efectuadas por proceso, puesto que también estarían justificadas por los avances científicos en medicina, que ponen a disposición del profesional mayor cantidad de medios y pruebas a realizar a la hora de diagnosticar y tratar determinadas patologías.

suministradores del sistema sanitario, en el caso de que estos coincidan o beneficien a los suyos propios.

3.4. Relación paciente-centro sanitario

En cuanto a la relación surgida entre el paciente, como demandante de un servicio, y el centro hospitalario, ésta se caracteriza por el compromiso del agente, en este caso el centro, de satisfacer adecuadamente las necesidades del principal. En este sentido, el agente se compromete a defender los intereses de los pacientes frente al profesional, si bien, debido a la estructura organizativa característica de estos centros –burocracia profesional– caracterizada por su elevada descentralización (Mintzberg, 1979), el control del núcleo de operaciones por parte de los cargos directivos⁴⁰ se ve seriamente dificultada.

Por otro lado, la burocracia administrativa, que convive con la profesional en este tipo de organizaciones (Elola, 1994), y que abarca las labores de tipo administrativo, dificulta la adaptación del comportamiento del centro en su conjunto a las necesidades de sus usuarios, independientemente de la relación médico-paciente, al no favorecer la “personalización” o “individualización” de los servicios prestados. De hecho, gran parte de las reclamaciones de los usuarios de los centros sanitarios se fundamentan en aspectos burocráticos y administrativos.

4. Actitudes del personal directivo

Se ha señalado como un error común en muchas organizaciones el hecho de centrar el interés en el corto plazo (Rumelt, 1995, p. 106). Esta actitud es debida, en primer lugar a que en el ámbito directivo se pretenden muy a menudo resultados inmediatos que resuelvan los problemas planteados en un breve período de tiempo, sin tener en cuenta las repercusiones que dichas decisiones van a ocasionar en el largo plazo. En muchas ocasiones, ese énfasis en el corto plazo es consecuencia inmediata de la dificultad de percibir relaciones causa-efecto separadas por períodos de tiempo elevados y a que, en muchas ocasiones, los efectos percibidos son consecuencia de la interacción de varias variables. En definitiva, no se conoce la variable clave sobre la que actuar debido a que las demoras en las reacciones y la interacción entre variables dificultan la percepción de las causas de una determinada situación o el efecto de una determinada medida. Las variables decisorias empleadas en decisiones orientadas al corto plazo que permiten eliminar aparentemente un problema de forma inmediata, no coinciden con los puntos de apalancamiento o variables sobre las cuales se debe actuar para obtener una solución definitiva del problema a largo plazo (Senge, 1992). Este razonamiento se confirma en el caso de las listas de espera puesto que se observa cómo todas las medidas establecidas para su reducción se orientan de forma manifiesta al corto plazo. Las decisiones adoptadas se limitan únicamente a reorientar dichas listas hacia otros puntos de actividad, ya sean centros concertados, servicios afines o programas especiales. En definitiva, permiten reducciones de carácter puntual sin buscar las variables causantes de su existencia que constituyen, en definitiva, los puntos de apalancamiento sobre los cuales actuar.

Otro factor que favorece la orientación del directivo al corto plazo es el desequilibrio existente entre el período de permanencia del mismo en el seno de la organización y la duración temporal de esta última. Este desequilibrio puede llevar al personal directivo a despreocuparse en cierta medida de las consecuencias que sus decisiones van a tener a largo plazo puesto que probablemente en ese momento ya no estarán vinculados a la organización o ya no ocuparán el mismo puesto de responsabilidad. Con carácter general, el individuo que ocupa una posición directiva no va a soportar los efectos negativos que pueden ocasionar sus decisiones, surgiendo

⁴⁰Véase apartado “Actitudes del personal directivo”.

por ello un elevado riesgo moral al desvincular las decisiones de sus efectos futuros (Forrester, 1961).

Como ya se ha puesto de manifiesto, los factores que se acaban de exponer y que motivan una orientación al corto plazo son comunes a un amplio abanico de organizaciones. Sin embargo, en el caso del sector sanitario existe otro factor específico que agrava esta tendencia. Las decisiones de carácter gerencial adoptadas en el sector público están básicamente motivadas por la demanda electoral, de modo que el plazo para obtener resultados va a estar enormemente limitado (Arruñada; 1994). Los efectos de las decisiones adoptadas han de ponerse de manifiesto dentro del "horizonte electoral", hecho que coarta la orientación de la gestión hacia el largo plazo. El decisor empresarial, a diferencia del decisor político o público, no va a tener que hacer frente a esa reducción de su ámbito temporal de decisión. En definitiva, los problemas derivados del horizonte temporal se van a ver agravados y su resolución dificultada en mayor medida en el ámbito público.

Por último, y en relación con el personal directivo, se debe señalar que éste suele estar compuesto por médicos que han optado por orientar su carrera hacia el ámbito administrativo. Los profesionales en una burocracia profesional, como es el caso del hospital, pretenden controlar no sólo su trabajo sino también las decisiones administrativas que les puedan afectar. En definitiva, el poder fluye hacia profesionales dispuestos a desarrollar un cargo administrativo en vez de un cargo profesional con la finalidad de defender los intereses de sus colegas situados en el núcleo de operaciones (Mintzberg, 1979). Por este motivo, en el momento en que los profesionales perciben que el directivo no está representándolos adecuadamente, tienden a surgir tensiones en el seno de la organización y enfrentamientos entre los médicos, portadores del poder real, y los directivos, portadores del poder formal. Sin embargo, con esto no se pretende afirmar que el directivo esté en manos del grupo de profesionales ni que actúe, como "recadero" de los mismos ya que, en último término, el profesional pasa a depender del directivo puesto que éste le permite desvincularse o despreocuparse de tareas administrativas para él ingratas.

En cuanto al establecimiento de estrategias, el directivo encuentra dificultades para imponer sus criterios o propuestas sobre el núcleo de operaciones formado por los profesionales. Los objetivos formales, en este caso, difícilmente se pueden traducir en términos operativos, dada la ambigüedad con que se definen; de ahí que sean los objetivos de los colectivos profesionales, más claramente definidos, los que acaben teniendo mayor peso (Ventura, 1997, p.51). De este modo, las estrategias en este tipo de organizaciones vienen definidas como el resultado del conjunto de estrategias seguidas por cada profesional, no se establecerán, por tanto, a priori. Por ello, si el directivo desea afectar a la organización en su conjunto mediante una estrategia debe hacer uso de su poder informal, introduciendo lentamente sus criterios evitando, de este modo, conflictos con los profesionales que, en definitiva, únicamente pretenden llevar a cabo su trabajo sin interferencias y con libertad. Esta difícil situación del personal directivo frente a sus colegas profesionales puede ocasionarle dificultades y ser otro motivo de tensión junto con el anterior.

5. Conclusiones

A la hora de analizar la gestión del personal sanitario, y más concretamente del personal médico, es fundamental tener en cuenta, en primer lugar, el especial papel que desempeña en el sistema sanitario, puesto que no se limita al de mero proveedor de un servicio. Asimismo, es necesario resaltar el grado de profesionalidad y cualificación que ostentan, hecho que dificulta su control, haciendo necesario dotarles de una elevada autonomía de gestión en el desempeño de su trabajo. Por último es necesario destacar las importantes implicaciones que, el tipo de remuneración y el sistema de incentivos aplicados, tendrán sobre el sistema, dado el elevado porcentaje que el apartado de personal supone del total de gastos del Sistema Nacional de Salud.

Se resaltan en este trabajo los inconvenientes que presentan las distintas formas de retribución en el caso de ser aplicadas al personal médico, así como las ventajas y limitaciones

del empleo de la promoción como principal mecanismo de incentivo. Asimismo se analiza el impacto que el tipo de propiedad de los centros en los que prestan sus servicios puede tener sobre el desempeño de los profesionales.

Por último, se analizan las relaciones de agencia existentes en el sector sanitario, análisis que permite resaltar los distintos papeles desempeñados por el personal médico en este ámbito, prestando especial atención a la relación médico-paciente, caracterizada por la fuerte asimetría informativa y que se puede ver afectada por los aspectos relacionados con los incentivos aplicados, retributivos y de propiedad previamente mencionados.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRUÑADA, B.. (1994): «Diseño organizativo y gestión del personal en la sanidad pública». **XIV Jornadas de Economía de la Salud**, Santiago de Compostela.
- ARRUÑADA, B.. (1994b): «Gestión empresarial de los servicios públicos: el caso de la sanidad». **XIV Jornadas de Economía de la Salud**, Santiago de Compostela.
- BAKER, G. P. (1987): «Monitoring Costs and Compensation Structure», **Harvard Business School**, Mayo.
- BAKER, G. P., JENSEN, M. C. y MURPHY, K. J. (1988): «Compensation and Incentives: Practice vs. Theory». **The Journal of Finance**, vol. 43, nº3, pp. 593-616.
- BAKER, G. P. (1992): «Incentive Contracts and Performance Measurement». **Journal of Political Economy**, vol. 100, nº3, pp. 599-614.
- BARBER, P. y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (1996): «La eficiencia técnica de los hospitales públicos españoles», **Política y gestión sanitaria: la agenda explícita**, pp. 17-62.
- BAREA TEJEIRO, J. y GÓMEZ CIRIA, A. (1994): **El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad**, Publicación del Instituto de Estudios Económicos
- BENVENISTE, G. (1987): **Professionalizing the Organization, Reducing Bureaucracy to Enhance Effectiveness**. London: Jossey-Bass Publishers.
- CARMICHAEL, H. L. (1983): «The Agent-Agents Problem: Payment by Relative Output», **Journal of Labor Economics**, vol. 1, nº 1, pp. 51-53.
- CARMICHAEL, H. L. (1988): «Incentives in Academics: Why is There Tenure?», **Journal of Political Economy**, 96, pp. 453-72.
- COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1991): **Informes de las Subcomisiones**.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PÚBLICA (1993): **Plan de Salud para Asturias. Situación de Salud, Análisis Preliminar**. Servicio de Planificación Sanitaria.
- ELOLA, J. (1994): **Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su Eficiencia y Alternativas de Reforma**. SG Editores, Barcelona.
- FAMA, E. F. (1991): «Time, Salary, and Incentive Payoffs in Labor Contracts». **Journal of Labor Economics**, vol. 9, nº1, pp. 25-44.
- FELDSTEIN, M. S. (1974): «Econometric Studies of Health Economics». **Frontiers of Quantitative Economics**, Intriligator, M. D. Y Kendrick, D. A. Ed., vol. 2, North-Holland, Amsterdam.
- FORRESTER, J. W. (1961): **Industrial Dynamics**. The MIT PRESS, Institute of Technology, Cambridge Massachussetts.

- HOLMSTROM, B. (1982): «Moral Hazard in Teams», *Bell Journal of Economics*, 13, pp. 324-340.
- HOLMSTROM, B. y MILGROM, P. (1994): «The Firm as an Incentive System», *The American Economic Review*, 84, pp. 972-991.
- JENSEN, M. y MECKLING, W. (1976): «Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Capital Structure», *Journal of Financial Economics*, vol. 3, pp. 305-360.
- KRASNIK, A., GROENEWEGEN, P. P., PEDERSEN, P. A., VON SCHOLTEN, P., MOONEY, G. GOTTSCHAU, A., FLIERMAN, A. A. y DAMSGAARD, M. T. (1990): «Changing Remuneration Systems: Effects on Activity in General Practice», *British Medical Journal*, 300, pp. 1698-701.
- KRISTIANSEN, I. S., MOONEY, G. (1993): «The General Practitioners Use of Time: Is It Influenced by the Remuneration System?», *Social Science and Medicine*, vol. 37, nº 3, pp. 393-399.
- LOPEZ CASASNOVAS, G., (1993), «Ofertas de cuidados de salud y políticas de empleo en el sector sanitario público», *Hacienda Pública Española*, (monografías), nº 1, pp. 45-68.
- MARTÍ, E. (1997): «La gestión clínica», *Revista Asturiana de Economía*, vol. 8, pp. 89-102.
- MARTÍN, J. y LÓPEZ DEL AMO, M. P. (1994): *Incentivos e instituciones sanitarias públicas*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Documentos técnicos EASP, 5.
- MASLOW, A. (1954): *Motivation and Personality*. New York, Harper & Row.
- MILGROM, P. (1988): «Employment Contracts, Influence Activities, and Efficient Organization Design». *Journal of Political Economy*, febrero, nº 96, pp. 42-60.
- MILGROM, P y ROBERTS, J. (1990): «The Efficiency of Equity in Organizational Decision Processes». *The American Economic Review*, mayo, nº 80, pp. 154-159.
- MILGROM, P. y ROBERTS, J. (1992): *Economics, Organization and Management*. Prentice-Hall International Editions.
- MINTZBERG, H. (1979): *The Structuring of Organizations*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- MINTZBERG, H. (1992): *El poder de las organizaciones*. Ariel, Barcelona.
- MITCHELL, J. M. y SASS, T. R. (1995): «Physician Ownership of Ancillary Services: Indirect Demand Inducement or Quality Assurance?», *Journal of Health Economics*, 14, pp. 263-289.
- MOONEY, G. (1994): *Key Issues in Health Economics*. Harvester Wheatsheaf.
- NALEBUFF, B. J. y STIGLITZ, J. E. (1983): «Prizes and Incentives: Toward a General Theory of Compensation and Competition», *Bell Journal of Economics*, 14, pp. 21-43.
- ORTÚN RUBIO, V. (1990): «Incorporación de los Criterios de Eficiencia Económica a las Decisiones Clínicas», *Información Comercial Española*, Mayo-Junio, pp. 117-29.
- ORTÚN RUBIO, V. (1992): *La Economía en Sanidad y Medicina: Instrumentos y Limitaciones*. Editorial La Llar del Llibre, Barcelona.
- ORTÚN RUBIO, V. (1995): «Formas y reformas organizativas: Teoría de la organización y sanidad», *Congreso Nacional de Economía. Economía de los Servicios, Economía de la Salud*, pp. 13-42.
- ORTÚN RUBIO, V. (1996): «Innovación organizativa en sanidad», *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*, pp. 157-76.
- PAULY, M. V. (1979): «The Ethics and Economics of Kickbacks and Fee Splitting», *Bell Journal of Economics*, 10, pp. 344-52.

- PETER, L. J. y HULL, R. (1979): **El principio de Peter**. Editorial Plaza & Janés.
- RIZZO, J. A. y BLUMENTHAL, D. (1994): «Physician Labor Supply: Do Income Effects Matter?», **Journal of Health Economics**, nº 13, pp. 443-53.
- RODRÍGUEZ PORRAS, J. M.(1988): **El Factor Humano en la Empresa**. Ediciones Deusto, Bilbao.
- ROSEN, S. (1986): «Prizes and Incentives in Elimination Tournaments», **American Economic Review**, 76, pp. 701-715.
- ROSEN, S. (1987): «Transaction Costs and Internal Labor Markets», Working Paper nº. 2407, **Working Paper Series, National Bureau of Economic Research, Inc.**
- RUMELT, R. P. (1995): «Inertia and Transformation», en Montgomery, C., **Resource based and Evolutionary Theories of the Firm**, pp. 101-132.
- SALAS, V. (1995): «La Organización Empresarial del Sector Público. Reflexiones desde la Teoría de los Contratos», **Instrumentos para la Gestión en Sanidad. XV Jornadas de Economía de la Salud**.
- SENGE, P. M. (1992): **La Quinta Disciplina**. Ediciones Juan Granica, Barcelona.
- TIROLE, J. (1994): «The Internal Organization of Government», **Oxford Economics Papers**, 46.
- VALOR SABATIER, J. y RIBERA SEGURA, J. (1990): «Gestión en la Empresa Hospitalaria». **Información Comercial Española**, Mayo-Junio, pp. 131-52.
- VENTURA, J. (1997): «Coordinación e incentivos en la sanidad pública: el caso asturiano», **Revista Asturiana de Economía**, nº 8, pp. 49-63.
- WAGSTAFF, A. (1990): «Estudios econométricos sobre economía de la salud. Una revisión de la literatura británica», **Información Comercial Española**, nº 681-682, Mayo -Junio, pp. 165-203.
- WILLIAMS, A. (1989): «Incentives, Ethics and Clinical Freedom», **1 European Conference on Health Economics**, Barcelona, P. 07.
- WILLIAMSON, O. E. (1985): **The Economic Institutions of Capitalism**, The Free Press, Nueva York.

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
RELACIÓN DE DOCUMENTOS DE TRABAJO:

- Doc. 001/88 JUAN A. VAZQUEZ GARCIA.- Las intervenciones estatales en la minería del carbón.
- Doc. 002/88 CARLOS MONASTERIO ESCUDERO.- Una valoración crítica del nuevo sistema de financiación autonómica.
- Doc. 003/88 ANA ISABEL FERNANDEZ ALVAREZ; RAFAEL GARCIA RODRIGUEZ; JUAN VENTURA VICTORIA.- Análisis del crecimiento sostenible por los distintos sectores empresariales.
- Doc. 004/88 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- Una propuesta para la integración multijurisdiccional.
- Doc. 005/89 LUIS JULIO TASCON FERNANDEZ; JOSE MANUEL DIEZ MODINO.- La modernización del sector agrario en la provincia de León.
- Doc. 006/89 JOSE MANUEL PRADO LORENZO.- El principio de gestión continuada: Evolución e implicaciones.
- Doc. 007/89 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- El gasto público del Ayuntamiento de Oviedo (1982-88).
- Doc. 008/89 FELIX LOBO ALEU.- El gasto público en productos industriales para la salud.
- Doc. 009/89 FELIX LOBO ALEU.- La evolución de las patentes sobre medicamentos en los países desarrollados.
- Doc. 010/90 RODOLFO VAZQUEZ CASIELLES.- Investigación de las preferencias del consumidor mediante análisis de conjunto.
- Doc. 011/90 ANTONIO APARICIO PEREZ.- Infracciones y sanciones en materia tributaria.
- Doc. 012/90 MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ; CONCEPCION GONZALEZ VEIGA.- Una aproximación metodológica al estudio de las matemáticas aplicadas a la economía.
- Doc. 013/90 EQUIPO MECO.- Medidas de desigualdad: un estudio analítico
- Doc. 014/90 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- Una estimación de las necesidades de gastos para los municipios de menor dimensión.
- Doc. 015/90 ANTONIO MARTINEZ ARIAS.- Auditoría de la información financiera.
- Doc. 016/90 MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ.- La población como variable endógena
- Doc. 017/90 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- La redistribución local en los países de nuestro entorno.
- Doc. 018/90 RODOLFO GUTIERREZ PALACIOS; JOSE MARIA GARCIA BLANCO.- "Los aspectos invisibles" del declive económico: el caso de Asturias.
- Doc. 019/90 RODOLFO VAZQUEZ CASIELLES; JUAN TRESPALACIOS GUTIERREZ.- La política de precios en los establecimientos detallistas.
- Doc. 020/90 CANDIDO PAÑEDA FERNANDEZ.- La demarcación de la economía (seguida de un apéndice sobre su relación con la Estructura Económica).
- Doc. 021/90 JOAQUIN LORENCES.- Margen precio-coste variable medio y poder de monopolio.
- Doc. 022/90 MANUEL LAFUENTE ROBLEDO; ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.- El T.A.E. de las operaciones bancarias.
- Doc. 023/90 ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.- Amortización y coste de préstamos con hojas de cálculo.

- Doc. 024/90 **LUIS JULIO TASCÓN FERNÁNDEZ; JEAN-MARC BUIGUES.**- Un ejemplo de política municipal: precios y salarios en la ciudad de León (1613-1813).
- Doc. 025/90 **MYRIAM GARCÍA OLALLA.**- Utilidad de la teorías de las opciones para la administración financiera de la empresa.
- Doc. 026/91 **JOAQUÍN GARCÍA MURCIA.**- Novedades de la legislación laboral (octubre 1990 - enero 1991)
- Doc. 027/91 **CANDIDO PAÑEDA.**- Agricultura familiar y mantenimiento del empleo: el caso de Asturias.
- Doc. 028/91 **PILAR SAENZ DE JUBERA.**- La fiscalidad de planes y fondos de pensiones.
- Doc. 029/91 **ESTEBAN FERNÁNDEZ SANCHEZ.**- La cooperación empresarial: concepto y tipología (*)
- Doc. 030/91 **JOAQUÍN LORENCES.**- Características de la población parada en el mercado de trabajo asturiano.
- Doc. 031/91 **JOAQUÍN LORENCES.**- Características de la población activa en Asturias.
- Doc. 032/91 **CARMEN BENAVIDES GONZÁLEZ.**- Política económica regional
- Doc. 033/91 **BENITO ARRUÑADA SANCHEZ.**- La conversión coactiva de acciones comunes en acciones sin voto para lograr el control de las sociedades anónimas: De cómo la ingenuidad legal prefigura el fraude.
- Doc. 034/91 **BENITO ARRUÑADA SANCHEZ.**- Restricciones institucionales y posibilidades estratégicas.
- Doc. 035/91 **NURIA BOSCH; JAVIER SUÁREZ PANDIELLO.**- Seven Hypotheses About Public Chjoice and Local Spending. (A test for Spanish municipalities).
- Doc. 036/91 **CARMEN FERNÁNDEZ CUERVO; LUIS JULIO TASCÓN FERNÁNDEZ.**- De una olvidada revisión crítica sobre algunas fuentes histórico-económicas: las ordenanzas de la gobernación de la cabecera.
- Doc. 037/91 **ANA JESÚS LOPEZ; RIGOBERTO PÉREZ SUÁREZ.**- Indicadores de desigualdad y pobreza. Nuevas alternativas.
- Doc. 038/91 **JUAN A. VAZQUEZ GARCÍA; MANUEL HERNÁNDEZ MUÑIZ.**- La industria asturiana: ¿Podemos pasar la página del declive?.
- Doc. 039/92 **INES RUBÍN FERNÁNDEZ.**- La Contabilidad de la Empresa y la Contabilidad Nacional.
- Doc. 040/92 **ESTEBAN GARCÍA CANAL.**- La Cooperación interempresarial en España: Características de los acuerdos de cooperación suscritos entre 1986 y 1989.
- Doc. 041/92 **ESTEBAN GARCÍA CANAL.**- Tendencias empíricas en la conclusión de acuerdos de cooperación.
- Doc. 042/92 **JOAQUÍN GARCÍA MURCIA.**- Novedades en la Legislación Laboral.
- Doc. 043/92 **RODOLFO VAZQUEZ CASIELLES.**- El comportamiento del consumidor y la estrategia de distribución comercial: Una aplicación empírica al mercado de Asturias.
- Doc. 044/92 **CAMILO JOSÉ VAZQUEZ ORDAS.**- Un marco teórico para el estudio de las fusiones empresariales.
- Doc. 045/92 **CAMILO JOSÉ VAZQUEZ ORDAS.**- Creación de valor en las fusiones empresariales a través de un mayor poder de mercado.
- Doc. 046/92 **ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.**- Influencia relativa de la evolución demográfica en le futuro aumento del gasto en pensiones de jubilación.
- Doc. 047/92 **ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.**- Aspectos demográficos del sistema de pensiones de jubilación español.

- Doc. 048/92 SUSANA LOPEZ ARES.- Marketing telefónico: concepto y aplicaciones.
- Doc. 049/92 CESAR RODRIGUEZ GUTIERREZ.- Las influencias familiares en el desempleo juvenil.
- Doc. 050/92 CESAR RODRIGUEZ GUTIERREZ.- La adquisición de capital humano: un modelo teórico y su contrastación.
- Doc. 051/92 MARTA IBÁÑEZ PASCUAL.- El origen social y la inserción laboral.
- Doc. 052/92 JUAN TRESPALACIOS GUTIERREZ.- Estudio del sector comercial en la ciudad de Oviedo.
- Doc. 053/92 JULITA GARCIA DIEZ.- Auditoría de cuentas: su regulación en la CEE y en España. Una evidencia de su importancia.
- Doc. 054/92 SUSANA MENENDEZ REQUEJO.- El riesgo de los sectores empresariales españoles: rendimiento requerido por los inversores.
- Doc. 055/92 CARMEN BENAVIDES GONZALEZ.- Una valoración económica de la obtención de productos derivados del petróleo a partir del carbón
- Doc. 056/92 IGNACIO ALFREDO RODRIGUEZ-DEL BOSQUE RODRIGUEZ.- Consecuencias sobre el consumidor de las actuaciones bancarias ante el nuevo entorno competitivo.
- Doc. 057/92 LAURA CABIEDES MIRAGAYA.- Relación entre la teoría del comercio internacional y los estudios de organización industrial.
- Doc. 058/92 JOSE LUIS GARCIA SUAREZ.- Los principios contables en un entorno de regulación.
- Doc. 059/92 M^a JESUS RIO FERNANDEZ; RIGOBERTO PEREZ SUAREZ.- Cuantificación de la concentración industrial: un enfoque analítico.
- Doc. 060/94 M^a JOSE FERNANDEZ ANTUÑA.- Regulación y política comunitaria en materia de transportes.
- Doc. 061/94 CESAR RODRIGUEZ GUTIERREZ.- Factores determinantes de la afiliación sindical en España.
- Doc. 062/94 VÍCTOR FERNANDEZ BLANCO.- Determinantes de la localización de las empresas industriales en España: nuevos resultados.
- Doc. 063/94 ESTEBAN GARCIA CANAL.- La crisis de la estructura multidivisional.
- Doc. 064/94 MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ; EMILIO COSTA REPARAZ.- Metodología de la investigación econométrica.
- Doc. 065/94 MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ; EMILIO COSTA REPARAZ.- Análisis Cualitativo de la fecundidad y participación femenina en el mercado de trabajo.
- Doc. 066/94 JOAQUIN GARCIA MURCIA.- La supervisión colectiva de los actos de contratación: la Ley 2/1991 de información a los representantes de los trabajadores.
- Doc. 067/94 JOSE LUIS GARCIA LAPRESTA; M^a VICTORIA RODRIGUEZ URÍA.- Coherencia en preferencias difusas.
- Doc. 068/94 VÍCTOR FERNANDEZ; JOAQUIN LORENCES; CESAR RODRIGUEZ.- Diferencias interterritoriales de salarios y negociación colectiva en España.
- Doc. 069/94 M^a DEL MAR ARENAS PARRA; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.
- Programación clásica y teoría del consumidor.

- Doc. 070/94 M^a DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ DE LA UZ; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.- Tantos efectivos en los empréstitos.
- Doc. 071/94 AMELIA BILBAO TEROL; CONCEPCIÓN GONZÁLEZ VEIGA; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.- Matrices especiales. Aplicaciones económicas.
- Doc. 072/94 RODOLFO GUTIÉRREZ.- La representación sindical: Resultados electorales y actitudes hacia sindicatos.
- Doc. 073/94 VÍCTOR FERNÁNDEZ BLANCO.- Economías de aglomeración y localización de las empresas industriales en España.
- Doc. 074/94 JOAQUÍN LORENCES RODRÍGUEZ; FLORENTINO FELGUEROSO FERNÁNDEZ.- Salarios pactados en los convenios provinciales y salarios percibidos.
- Doc. 075/94 ESTEBAN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ; CAMILO JOSÉ VÁZQUEZ ORDÁS.- La internacionalización de la empresa.
- Doc. 076/94 SANTIAGO R. MARTÍNEZ ARGÜELLES.- Análisis de los efectos regionales de la terciarización de ramas industriales a través de tablas input-output. El caso de la economía asturiana.
- Doc. 077/94 VÍCTOR IGLESIAS ARGÜELLES.- Tipos de variables y metodología a emplear en la identificación de los grupos estratégicos. Una aplicación empírica al sector detallista en Asturias.
- Doc. 078/94 MARTA IBÁÑEZ PASCUAL; F. JAVIER MATO DÍAZ.- La formación no reglada a examen. Hacia un perfil de sus usuarios.
- Doc. 079/94 IGNACIO A. RODRÍGUEZ-DEL BOSQUE RODRÍGUEZ.- Planificación y organización de la fuerza de ventas de la empresa.
- Doc. 080/94 FRANCISCO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.- La reacción del precio de las acciones ante anuncios de cambios en los dividendos.
- Doc. 081/94 SUSANA MENÉNDEZ REQUEJO.- Relaciones de dependencia de las decisiones de inversión, financiación y dividendos.
- Doc. 082/95 MONTSERRAT DÍAZ FERNÁNDEZ; EMILIO COSTA REPARAZ; M^a del MAR LLORENTE MARRÓN.- Una aproximación empírica al comportamiento de los precios de la vivienda en España.
- Doc. 083/95 M^a CONCEPCIÓN GONZÁLEZ VEIGA; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.- Matrices semipositivas y análisis interindustrial. Aplicaciones al estudio del modelo de Sraffa-Leontief.
- Doc. 084/95 ESTEBAN GARCÍA CANAL.- La forma contractual en las alianzas domésticas e internacionales.
- Doc. 085/95 MARGARITA ARGÜELLES VÉLEZ; CARMEN BENAVIDES GONZÁLEZ.- La incidencia de la política de la competencia comunitaria sobre la cohesión económica y social.
- Doc. 086/95 VÍCTOR FERNÁNDEZ BLANCO.- La demanda de cine en España. 1968-1992.
- Doc. 087/95 JUAN PRIETO RODRÍGUEZ.- Discriminación salarial de la mujer y movilidad laboral.
- Doc. 088/95 M^a CONCEPCIÓN GONZÁLEZ VEIGA.- La teoría del caos. Nuevas perspectivas en la modelización económica.
- Doc. 089/95 SUSANA LÓPEZ ARES.- Simulación de fenómenos de espera de capacidad limitada con llegadas y número de servidores dependientes del tiempo con hoja de cálculo.
- Doc. 090/95 JAVIER MATO DÍAZ.- ¿Existe sobrecualificación en España?. Algunas variables explicativas.
- Doc. 091/95 M^a JOSÉ SANZO PÉREZ.- Estrategia de distribución para productos y mercados industriales.
- Doc. 092/95 JOSÉ BAÑOS PINO; VÍCTOR FERNÁNDEZ BLANCO.- Demanda de cine en España: Un análisis de cointegración.

- Doc. 093/95 **M^a LETICIA SANTOS VIJANDE.**- La política de marketing en las empresas de alta tecnología.
- Doc. 094/95 **RODOLFO VÁZQUEZ CASIELLES; IGNACIO RODRÍGUEZ-DEL BOSQUE; AGUSTÍN RUIZ VEGA.**- Expectativas y percepciones del consumidor sobre la calidad del servicio. Grupos estratégicos y segmentos del mercado para la distribución comercial minorista.
- Doc. 095/95 **ANA ISABEL FERNÁNDEZ; SILVIA GÓMEZ ANSÓN.**- La adopción de acuerdos estatutarios antiadquisición.. Evidencia en el mercado de capitales español.
- Doc. 096/95 **ÓSCAR RODRÍGUEZ BUZNEGO.**- Partidos, electores y elecciones locales en Asturias. Un análisis del proceso electoral del 28 de Mayo.
- Doc. 097/95 **ANA M^a DÍAZ MARTÍN.**- Calidad percibida de los servicios turísticos en el ámbito rural.
- Doc. 098/95 **MANUEL HERNÁNDEZ MUÑIZ; JAVIER MATO DÍAZ; JAVIER BLANCO GONZÁLEZ.**- Evaluating the impact of the European Regional Development Fund: methodology and results in Asturias (1989-1993).
- Doc. 099/96 **JUAN PRIETO; M^a JOSÉ SUÁREZ.**- ¿De tal palo tal astilla?: Influencia de las características familiares sobre la ocupación.
- Doc. 100/96 **JULITA GARCÍA DÍEZ; RACHEL JUSSARA VIANNA.**- Estudio comparativo de los principios contables en Brasil y en España.
- Doc. 101/96 **FRANCISCO J. DE LA BALLINA BALLINA.**- Desarrollo de campañas de promoción de ventas.
- Doc. 102/96 **ÓSCAR RODRÍGUEZ BUZNEGO.**- Una explicación de la ausencia de la Democracia Cristiana en España.
- Doc. 103/96 **CÁNDIDO PAÑEDA FERNÁNDEZ.**- Estrategias para el desarrollo de Asturias.
- Doc. 104/96 **SARA M^a ALONSO; BLANCA PÉREZ GLADISH; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.**- Problemas de control óptimo con restricciones: Aplicaciones económicas.
- Doc. 105/96 **ANTONIO ÁLVAREZ PINILLA; MANUEL MENÉNDEZ MENÉNDEZ; RAFAEL ÁLVAREZ CUESTA.**- Eficiencia de las Cajas de Ahorro españolas. Resultados de una función de beneficio.
- Doc. 106/96 **FLORENTINO FELGUEROSO.**- Industrywide Collective Bargaining, Wages Gains and Black Labour Marketing Spain.
- Doc. 107/96 **JUAN VENTURA.**- La competencia gestionada en sanidad: Un enfoque contractual
- Doc. 108/96 **MARÍA VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA; ELENA CONSUELO HERNÁNDEZ.**- Elección social. Teorema de Arrow.
- Doc. 109/96 **SANTIAGO ÁLVAREZ GARCÍA.**- Grupos de interés y corrupción política: La búsqueda de rentas en el sector público.
- Doc. 110/96 **ANA M^a GUILLÉN.**- La política de previsión social española en el marco de la Unión Europea.
- Doc. 111/96 **VÍCTOR MANUEL GONZÁLEZ MÉNDEZ.**- La valoración por el mercado de capitales español de la financiación bancaria y de las emisiones de obligaciones.
- Doc. 112/96 **DRA.MARIA VICTORIA RODRIGUEZ URÍA; D. MIGUEL A.LÓPEZ FERNÁNDEZ; D^{ña}.BLANCA M^a PEREZ GLADISH.**- Aplicaciones económicas del Control Óptimo. El problema de la maximización de la utilidad individual del consumo. El problema del mantenimiento y momento de venta de una máquina.

- Doc. 113/96 OSCAR RODRÍGUEZ BUZNEGO.- Elecciones autonómicas, sistemas de partidos y Gobierno en Asturias.
- Doc. 114/96 RODOLFO VÁZQUEZ CASIELLES; ANA M^a DÍAZ MARTÍN.- El conocimiento de las expectativas de los clientes: una pieza clave de la calidad de servicio en el turismo.
- Doc. 115/96 JULIO TASCÓN.- El modelo de industrialización pesada en España durante el período de entreguerras.-
- Doc. 116/96 ESTEBAN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ; JOSÉ M. MONTES PEÓN; CAMILO J. VÁZQUEZ ORDÁS.- Sobre la importancia de los factores determinantes del beneficio: Análisis de las diferencias de resultados inter e intraindustriales.
- Doc. 117/96 AGUSTÍN RUÍZ VEGA; VICTOR IGLESIAS ARGÜELLES.- Elección de Establecimientos detallistas y conducta de compra de productos de gran consumo. Una aplicación empírica mediante modelos logit.
- Doc. 118/96 VICTOR FERNÁNDEZ BLANCO.- Diferencias entre la asistencia al cine nacional y extranjero en España.
- Doc. 119/96 RODOLFO VÁZQUEZ CASIELLES; IGNACIO A. RODRÍGUEZ DEL BOSQUE; ANA M^a DÍAZ MARTÍN.- Estructura multidimensional de la calidad de servicio en cadenas de supermercados: desarrollo y validación de la escala calsuper.
- Doc. 120/96 ANA BELEN DEL RÍO LANZA.- Elementos de medición de marca desde un enfoque de marketing.
- Doc. 121/97 JULITA GARCÍA DÍEZ; CRISTIAN MIAZZO.- Análisis Comparativo de la Información contable empresarial en Argentina y España.
- Doc. 122/97 M^a MAR LLORENTE MARRÓN; D. EMILIO COSTA REPARAZ; M^a MONTSERRAT DIAZ FERNÁNDEZ.- El Marco teórico de la nueva economía de la familia. Principales aportaciones.
- Doc. 123/97 SANTIAGO ALVAREZ GARCÍA.- El Estado del bienestar. Orígenes, Desarrollo y situación actual.
- Doc. 124/97 CONSUELO ABELLÁN COLODRÓN.- La Ganancia salarial esperada como determinante de la decisión individual de emigrar.
- Doc. 125/97 ESTHER LAFUENTE ROBLEDO.- La acreditación hospitalaria: Marco teórico general.
- Doc. 126/97 JOSE ANTONIO GARAY GONZÁLEZ.- Problemática contable del reconocimiento del resultado en la empresa constructora.
- Doc. 127/97 ESTEBAN FERNÁNDEZ; JOSE M. MONTES; GUILLERMO PÉREZ-BUSTAMANTE; CAMILO VÁZQUEZ.- Barreras a la imitación de la tecnología.
- Doc. 128/97 VICTOR IGLESIAS ARGÜELLES; JUAN A. TRESPALACIOS GUTIERREZ; RODOLFO VÁZQUEZ CASIELLES.- Los resultados alcanzados por las empresas en las relaciones en los canales de distribución.
- Doc. 129/97 LETICIA SANTOS VIJANDE; RODOLFO VÁZQUEZ CASIELLES.- La innovación en las empresas de alta tecnología: Factores condicionantes del resultado comercial.
- Doc. 130/97 RODOLFO GUTIÉRREZ.- Individualism and collectivism in human resource practices: evidence from three case studies.
- Doc. 131/97 VICTOR FERNÁNDEZ BLANCO; JUAN PRIETO RODRÍGUEZ.- Decisiones individuales y consumo de bienes culturales en España.
- Doc. 132/97 SANTIAGO GONZÁLEZ HERNANDO.- Clasificación de productos de consumo y establecimientos detallistas. Análisis empírico de motivaciones y actitudes del consumidor ante la compra de productos de alimentación y droguería.

- Doc. 133/97 **VICTOR IGLESIAS ARGÜELLES.-** Factores determinantes del poder negociador en los canales de distribución de productos turísticos.
- Doc. 134/97 **INÉS RUBÍN FERNÁNDEZ.-** Información sobre operaciones con derivados en los informes anuales de las entidades de depósito.
- Doc. 135/97 **ESTHER LAFUENTE ROBLEDO; ISABEL MANZANO PÉREZ.-** Aplicación de las técnicas DEA al estudio del sector hospitalario en el Principado de Asturias.
- Doc. 136/97 **VICTOR MANUEL GONZÁLEZ MÉNDEZ; FRANCISCO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.-** La valoración por el mercado de capitales español de los procedimientos de resolución de insolvencia financiera.
- Doc. 137/97 **MARIA JOSÉ SANZO PÉREZ.-** Razones de utilización de la venta directa, los distribuidores independientes y los agentes por parte de las empresas químicas españolas.
- Doc. 138/97 **LUIS OREA.-** Descomposición de la eficiencia económica a través de la estimación de un sistema translog de costes: Una aplicación a las cajas de ahorro españolas.
- Doc. 139/97 **CRISTINA LOPEZ DUARTE; ESTEBAN GARCÍA CANAL.-** Naturaleza y estructura de propiedad de las inversiones directas en el exterior: Un modelo integrador basado basado en el análisis de costes de transacción.
- Doc. 140/97 **CRISTINA LOPEZ DUARTE; ESTEBAN GARCÍA CANAL; ANA VALDÉS LLANEZA.-** Tendencias empíricas en las empresas conjuntas internacionales creadas por empresas españolas (1986-1996).
- Doc. 141/97 **CONSUELO ABELLÁN COLODRÓN; ANA ISABEL FERNÁNDEZ SÁINZ.-** Relación entre la duración del desempleo y la probabilidad de emigrar.
- Doc. 142/97 **CÉSAR RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ; JUAN PRIETO RODRÍGUEZ.-** La participación laboral de la mujer y el efecto del trabajador añadido en el caso español.
- Doc. 143/97 **RODOLFO VÁZQUEZ CASIELLES; ANA MARÍA DIAZ MARTÍN; AGUSTÍN V. RUIZ VEGA.-** Planificación de las actividades de marketing para empresas de servicios turísticos: la calidad como soporte de la estrategia competitiva.
- Doc. 144/97 **LUCÍA AVELLA CAMARERO; ESTEBAN FERNANDEZ SANCHEZ.-** Una aproximación a la empresa industrial española: Principales características de fabricación.
- Doc. 145/97 **ANA SUÁREZ VÁZQUEZ.-** Delimitación comercial de un territorio: Importancia de la información proporcionada por los compradores.
- Doc. 146/97 **CRISTINA LOPEZ DUARTE; ESTEBAN GARCÍA CANAL.-** La inversión directa realizada por empresas españolas: análisis a la luz de la teoría del ciclo de desarrollo de la inversión directa en el exterior.
- Doc. 147/98 **ANA BELEN DEL RIO LANZA; VICTOR IGLESIAS ARGUELLES; RODOLFO VAZQUEZ CASIELLES; AGUSTIN RUIZ VEGA. -** Metodologías de medición del valor de la marca.
- Doc. 148/98 **RAFAEL ALVAREZ CUESTA. -** La estimación econométrica de fronteras de producción: una revisión de la literatura.
- Doc. 149/98 **FERNANDO RUBIERA MOROLLO.-** Análisis univariante de las series de empleo terciario de las regiones españolas.
- Doc. 150/98 **JOSE ANTONIO GARAY GONZALEZ.-** Los gastos y los ingresos plurianuales.

- Doc. 151/98 **ISABEL GARCIA DE LA IGLESIA.**- La elección contable para los gastos de investigación y desarrollo.
- Doc. 152/98 **LUIS CASTELLANOS VAL; EMILIO COSTA REPARAZ.** - Teoría de sistemas y análisis económico: una aproximación metodológica.
- Doc. 153/98 **M^a DEL CARMEN RAMOS CARVAJAL.** - Estimación indirecta de coeficientes input-output.
- Doc. 154/98 **RODOLFO VAZQUEZ CASIELLES; ANA MARIA DIAZ MARTIN; M^a. LETICIA SANTOS VIJANDE; AGUSTIN V. RUIZ VEGA.**- Utilidad del análisis conjunto para establecer la importancia de las estrategias de calidad en servicios turísticos: simulación de escenarios alternativos en empresas de turismo rural.
- Doc. 155/98 **SANTIAGO ALVAREZ GARCIA; ANA ISABEL GONZALEZ GONZALEZ.** - El proceso de descentralización fiscal en España, especial referencia a la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias
- Doc. 156/98 **SANTIAGO ALVAREZ GARCIA.**- La tributación de la unidad familiar. Nuevas consideraciones sobre un antiguo problema.
- Doc. 157/98 **SUSANA LOPEZ ARES; ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.**- Condicionantes demográficos de la economía asturiana.
- Doc. 158/98 **CELINA GONZALEZ MIERES.**- La marca de la distribución: un fenómeno que afecta a distribuidor, fabricante y consumidor.
- Doc. 159/98 **IGNACIO DEL ROSAL FERNANDEZ.**- Análisis de la demanda agregada de electricidad en España con series temporales: un tratamiento de cointegración.
- Doc. 160/98 **JESUS ARANGO.**- Evolución y perspectivas del sector agrario en Asturias.
- Doc. 161/98 **JESUS ARANGO.**- Cronología de la construcción Europea.
- Doc. 162/98 **JULITA GARCIA DIEZ; SUSANA GAGO RODRIGUEZ.**-Programas de doctorado en contabilidad en las universidad españolas: estudio empírico.
- Doc. 163/99 **MAR ARENAS PARRA; AMELIA BILBAO TEROL; BLANCA PÉREZ GLADISH; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA; EMILIO CERDÁ TENA (Universidad Complutense de Madrid).**- Aplicación de la programación compromiso a la gestión de hospitales públicos.
- Doc. 164/99 **M^a DEL CARMEN RAMOS CARVAJAL.**- La comarcalización de las Tablas input-output: Una primera aproximación.
- Doc. 165/99 **LUIS IGNACIO ÁLVAREZ GONZÁLEZ; RODOLFO VÁZQUEZ CASIELLES; MARÍA LETICIA SANTOS VIJANDE; ANA MARÍA DÍAZ MARTÍN.**- Orientación al mercado como cultura de negocio y conjunto de actuaciones: Un contraste metodológico para organizaciones no lucrativas.
- Doc. 166/99 **M^a JOSÉ SANZO PÉREZ.**- Funciones de los vendedores industriales de los distribuidores independientes. Una tipología realizada en el sector químico.
- Doc. 167/99 **M^a BEGOÑA ÁLVAREZ ÁLVAREZ; RODOLFO VÁZQUEZ CASIELLES; FRANCISCO J. DE LA BALLINA BALLINA; M^a LETICIA SANTOS VIJANDE.**- Evidencias empíricas de la promoción de ventas en los establecimientos detallistas.
- Doc. 168/99 **BEGOÑA GONZÁLEZ-BUSTO MÚGICA.**- La dinámica de sistemas como metodología para la elaboración de modelos de simulación.
- Doc. 169/99 **BEGOÑA GONZÁLEZ-BUSTO MÚGICA.**- Reflexiones teóricas sobre el personal sanitario en el Sistema Nacional de Salud Español.

- Doc. 170/99 YOLANDA ÁLVAREZ CASTAÑO.- Cómo alcanzar el éxito en el proceso de innovación tecnológica.
- Doc. 171/99 YOLANDA ÁLVAREZ CASTAÑO.- La organización del proceso de desarrollo de un nuevo producto.
- Doc. 172/99 RODOLFO VÁZQUEZ CASIELLES; MARÍA LETICIA SANTOS VIJANDE; ANA MARÍA DÍAZ MARTÍN; LUIS IGNACIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ.- Estrategias de marketing: Desarrollo de investigaciones sobre orientación al mercado y marketing de relaciones.
- Doc. 173/99 SANTIAGO R. MARTÍNEZ ARGÜELLES; FERNANDO RUBIERA MOROLLÓN.- Patrones de convergencia regional en los Servicios de la Economía Española.
- Doc. 174/99 JUAN PRIETO RODRÍGUEZ; VÍCTOR FERNÁNDEZ BLANCO.- Are modern and classical music listeners the same people?
- Doc. 175/99 VÍCTOR MANUEL GONZÁLEZ MÉNDEZ; FRANCISCO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.- Transferencias de riqueza y efecto contagio ante crisis bancarias. Implicaciones para las relaciones banca-industria.
- Doc. 176/99 SANTIAGO ÁLVAREZ; MARÍA TERESA ÁLVAREZ.- Impuestos medio ambientales y control de la generación de residuos. ¿Hacia una reforma fiscal verde?
- Doc. 177/99 JAVIER SUÁREZ PANDIELLO.- Rationality and rent seeking in the spanish regulation of professional soccer.
- Doc. 178/99 JAVIER SUÁREZ PANDIELLO.- Determinantes políticos del gasto público en España.