

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Néstor Fabián Rocha

**ANÁLISIS DEL IMPACTO DE UN CAMBIO EN LA
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DE LOS MÉDICOS DE
ATENCIÓN DE DEMANDA ESPONTÁNEA DE UNA
INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD DE CAPITAL FEDERAL
RESPECTO A LA PRODUCTIVIDAD DE LOS
PROFESIONALES DURANTE EL PERÍODO
COMPENDIDO ENTRE 2017 Y 2018**

2018

Citar como: Rocha, N. F. (2018). Análisis del impacto de un cambio en la modalidad de contratación de los médicos de atención de demanda espontánea de una institución privada de salud de Capital Federal respecto a la productividad de los profesionales durante el período comprendido entre 2017 y 2018. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

RESUMEN/ABSTRACT

Existe en el mundo un creciente desfase entre la oferta del recurso humano médico y la demanda de sus servicios. La búsqueda de estrategias que permitan encontrar y retener ese recurso humano esencial es un desafío de los gestores de salud.

Se postula que el diseño de contratos que resulten atractivos y que incluyan incentivos monetarios y no monetarios puede constituir una herramienta útil para el logro de ese objetivo.

Se presenta el caso de un grupo de profesionales en un Centro de atención de demanda espontánea de una institución privada de Salud de la Capital Federal cuyo contrato contempla una remuneración por hora trabajada, en los que se detecta el problema de baja productividad. Se propone como respuesta un cambio en la modalidad de contrato que incluye entre otros un pago retrospectivo de premio por productividad a manera de incentivo.

El objetivo del presente trabajo es estudiar el impacto de este cambio en la productividad de los médicos comparando los meses de marzo, abril, mayo y junio del año 2017, antes del cambio contractual, y los mismos meses del año 2018, posteriores al mismo. Se estudia discriminadamente el impacto en tres subgrupos de profesionales: aquellos con relación de dependencia y más de cinco años de antigüedad, aquellos sin relación de dependencia ni horario fijo ni continuidad semanal y un subgrupo de médicos que se decide jerarquizar como médicos de staff que incluye aumento de salario y otros beneficios no monetarios.

Los resultados demuestran una mejora significativa de la productividad a nivel general, con mayor impacto en el subgrupo de profesionales jerarquizados como staff cuyo incentivo fue mayor. El subgrupo de profesionales de más de cinco años de antigüedad también evidenció una mejora significativa en la productividad, y el subgrupo de médicos sin relación de dependencia ni continuidad laboral no presentó cambios de relevancia en su productividad.

Se concluye que el diseño de contratos adecuados que incentiven aquellos aspectos que el gestor desee priorizar son una herramienta de utilidad para influir en el comportamiento de los prestadores.

Será necesario un seguimiento más prolongado en el tiempo para verificar si estas respuestas positivas al cambio contractual son sostenibles u obedecen a impactos transitorios en respuesta a lo novedoso del sistema de pago.

PALABRAS CLAVE: Productividad- Contratos- Incentivos

SUMMARY

There is a growing gap in the world between the supply of medical human resources and the demand for their services. The search for strategies to find and retain this essential human resource is a challenge for health managers.

It is postulated that the design of contracts that are attractive and that include monetary and non-monetary incentives can be a useful tool for achieving that goal.

We present the case of a group of professionals in a spontaneous demand service center of a private health institution of the Federal Capital whose contract includes a remuneration per hour worked, in which the problem of low productivity is detected. A response is proposed in response to a contract modality that includes, among others, a retrospective payment of productivity reward as an incentive.

The objective of this paper is to study the impact of this change in the productivity of physicians comparing the months of March, April, May and June 2017, before the contractual change, and the same months of 2018, after the same. The impact is studied discriminately in three subgroups of professionals: those with a dependency relationship and more than five years old, those without a dependency relationship or a fixed schedule or weekly continuity, and a subgroup of doctors who decide to rank as staff doctors that includes salary increase and other non-monetary benefits.

The results show a significant improvement in productivity at a general level, with greater impact on the subgroup of professionals ranked as staff whose incentive was greater. The subgroup of professionals over five years old also showed a significant improvement in productivity, and the subgroup of physicians without dependency or work continuity relationship did not present relevant changes in their productivity.

It is concluded that the design of adequate contracts that incentivize those aspects that the manager wishes to prioritize are a useful tool to influence the behavior of the providers.

A longer follow-up will be necessary in order to verify whether these positive responses to the contractual change are sustainable or obey transitory impacts in response to the novelty of the payment system.

KEY WORDS: Productivity- Contracts- Incentives

1) INTRODUCCION

Existe en el mundo un creciente desfase entre la oferta de profesionales de la salud y la demanda de sus servicios. Este aspecto se ha convertido en un problema sanitario global y merece la atención de políticos y gestores de salud quienes buscan métodos eficaces para contratar y retener en sus puestos a este recurso humano esencial. En ese contexto de incertidumbre surge la necesidad de la búsqueda de mecanismos de motivación de los recursos humanos que sean adecuados y que resulten eficaces (ICN et al, 2008)(1).

Luoma (2006)(2) postula que la motivación interna está sustentada en tres factores fundamentales:

- 1) La importancia que el trabajador le asigna al trabajo (importancia percibida)
- 2) La percepción de las chances de éxito en su tarea.
- 3) Las expectativas personales de recompensa por hacer bien su tarea.

Los mercados de trabajo siguen la teoría económica en el sentido de que "el trabajador de salud aceptará un puesto de trabajo si las ventajas de hacerlo son superiores al costo de oportunidad". Las ventajas son los incentivos, financieros y no financieros, que hacen que un profesional de salud quiera seguir formando parte de los recursos humanos. Los riesgos, las frustraciones y los costos de oportunidad son los desincentivos (Hongoro et al ,2006)(3).

La Organización Mundial de la Salud define así los incentivos: "toda recompensa o castigo que puede aplicarse a los dispensadores en relación con las organizaciones en que trabajan, las instituciones en que operan y las intervenciones concretas que dispensan" (OMS,2000) (4). Definidos de manera sencilla, los incentivos son los factores y las condiciones de los entornos de trabajo de los profesionales de salud, que permiten y alientan a éstos a permanecer en sus puestos de trabajo, en su profesión y en sus países. Pueden aplicarse a las personas, a grupos de trabajadores, a equipos o a las organizaciones y pueden variar en función del tipo de empleador (por ejemplo, según se trate de una organización no gubernamental, o de una organización pública o privada). Los incentivos pueden ser positivos o negativos, financieros o no financieros, tangibles o intangibles. Los financieros son "pagos monetarios directos del empleador al empleado", por ejemplo, los salarios, las bonificaciones y los préstamos. Los incentivos no financieros incluyen la concesión de autonomía en el trabajo, la flexibilidad de los horarios laborales y el reconocimiento del trabajo realizado, entre otros. (ICN et al,2008)(1)

La elaboración de planes de salud que incluyan incentivos constituye un desafío para los planificadores de salud. Internalizar el concepto de que este esfuerzo extra que supone un incentivo no constituye un gasto sino una inversión forma parte del cambio de paradigma de los gestores innovadores.

En nuestro país en el año 2004 comenzó a implementarse un plan que es ejemplo de gestión innovadora: el plan Nacer, que se complementó posteriormente con el plan SUMAR.

La implementación del plan Nacer se concibió a partir de tres elementos distintivos (Plan Nacer/Sumar, Min de Salud, 2013)(5):

- a) La formulación de un plan de servicios de salud explícito dirigido inicialmente a la población materno infantil, centrada en los servicios preventivos y de baja complejidad, conocido como Paquete Básico de Servicios (PBS).
- b) La introducción de incentivos monetarios y no monetarios y el pago por desempeño para estimular la provisión de las prestaciones priorizadas por parte de los establecimientos públicos de salud.
- c) El monitoreo y evaluación de los resultados logrados.

El éxito en los resultados de este programa, demostrado por los estudios de impacto en los que se evidencia una disminución de la mortalidad materno infantil y optimización de la calidad y cantidad de atención a la población objetivo, se fundamenta en gran parte por la novedosa asignación de recursos "por desempeño" que el estado nacional y las provincias asignan a los establecimientos de salud, y en la participación de los recursos humanos de dichos establecimientos en las decisiones de utilización y reinversión de esos recursos económicos según sus necesidades y preferencias. De esta manera la compensación monetaria (incentivo tangible) también actúa aumentando la motivación de los equipos de trabajo como consecuencia de la participación activa en las decisiones (incentivo intangible) impactando en la predisposición al esfuerzo, presencia y productividad en el trabajo y en la calidad de la atención.

En todo plan de gestión de salud, ya sea a nivel de políticas de estado o a nivel de la microgestión de establecimientos asistenciales, utilizar los recursos escasos lo más eficientemente posible es uno de los principales objetivos. En este contexto, la productividad y el rendimiento de los recursos humanos constituyen un indicador de relevancia en toda evaluación de eficiencia. Lograr esa optimización de los recursos a través de la motivación utilizando a los incentivos como herramientas es un desafío del gestor.

Los mecanismos de contratación de los profesionales de la salud están fuertemente relacionados con su comportamiento laboral posterior, ya que de su modalidad dependerá el incentivo que el profesional perciba para optimizar el nivel de gasto, su productividad, su exposición al riesgo y su compromiso con la promoción de las prácticas preventivas.

El tema elegido para el presente trabajo responde a un problema inherente a la microgestión de un Centro de atención médica ambulatoria.

Los Centros de salud de atención ambulatoria son en la mayoría de los casos el primer contacto de los pacientes con el sistema de salud. Aquellos que trabajan con la modalidad de demanda espontánea (sin turno previo) ofrecen la dificultad de no controlar la variable de la cantidad de pacientes que concurren a la consulta debiendo basarse en estimaciones para el cálculo del recurso humano médico necesario para satisfacer la demanda asegurando una calidad determinada. Este cálculo se realiza estimando una productividad promedio de los profesionales (cantidad de pacientes atendidos por hora) y en base a proyecciones de la cantidad de pacientes que se espera concurren. Si finalmente en la práctica esa proyección resulta insuficiente o la productividad estimada no se cumple se ve resentida la calidad de la atención ocasionando demoras que resultan en insatisfacción del paciente.

Se analiza en este caso la situación en el principal Centro de demanda espontánea de una institución privada de salud de Capital Federal que forma parte de una unidad de negocios denominada Centros Médicos Ambulatorios que brinda servicios de atención ambulatoria de la salud a los afiliados de otra unidad de negocios de la misma empresa madre que actúa como

financiadora. En este Centro de demanda espontánea se detecta el problema de baja productividad promedio del recurso humano médico de la especialidad de clínica médica, generando disminución de la calidad del producto ofrecido y aumento de los costos por la necesidad de incorporar más profesionales para satisfacer adecuadamente la demanda.

Los contratos del recurso humano en cuestión estaban tradicionalmente estipulados en el pago por hora trabajada (salario), en la modalidad de relación de dependencia en aquellos con día y horario fijo o como autónomos en aquellos profesionales sin estas características, sin continuidad diaria, es decir con horarios aislados o no fijos.

Frente al análisis del problema se propone como una de las soluciones realizar un cambio en la modalidad del contrato incorporando una variable de pago de premio por productividad a manera de incentivo, con la intención de estimular la mejora de la misma a través de una compensación económica.

El otro cambio contractual que se propone para un grupo de los profesionales es el aumento de la carga horaria semanal de trabajo y la designación como "médico de staff" que incluye un aumento del valor de pago/hora y una jerarquización del cargo para lograr un mayor compromiso y adherencia del profesional con los objetivos de la institución.

La intención del presente trabajo es analizar los cambios en las productividades de este recurso humano comparando la situación anterior y posterior al cambio de la modalidad del contrato. Para ello se analizarán las productividades de un grupo de profesionales seleccionados al azar de los meses de marzo, abril, mayo y Junio del año 2017 (previo a la implementación de los cambios contractuales) comparado con los mismos meses del año 2018 con la nueva modalidad de contratación.

Este trabajo abordará el tema desde la perspectiva teórica de la teoría de la agencia y la economía de los contratos en salud, contenidos abordados en la Cátedra de Economía de la Empresa de la carrera de Especialización de Economía y Gestión de la Salud.

Se tratará de un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, donde se analice la base de datos informática de la institución en donde constan la cantidad de horas trabajadas por los profesionales de clínica médica por mes en los períodos arriba detallados y la cantidad de pacientes atendidos en esos mismos períodos, de manera de calcular el índice de productividad de cada uno de ellos. Se seleccionaron al azar tres subgrupos de profesionales: A) Aquellos con contratos con salarios de más de 5 años de antigüedad, B) aquellos médicos que realizan reemplazos con horarios no fijos, cuyo pago es por hora y sin relación de dependencia y C) Aquellos cuyo nuevo contrato contempla cargo de staff (aumento de la carga horaria semanal y jerarquización monetaria). A todos ellos les fue aplicada la nueva modalidad de contrato de premio por productividad.

2) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 PROBLEMA

El problema central detectado fue la baja productividad de los profesionales de clínica médica en el principal Centro de atención ambulatoria de una empresa privada de salud en Capital Federal, durante el año 2017, cuya modalidad de pago era por hora trabajada.

En base a este problema se implementó un cambio en el mes de Diciembre de 2017 en la modalidad del contrato que incorpora un pago de premio asociado a la productividad a todos los médicos del sector y la designación de un grupo de ellos como médicos de staff jerarquizados monetariamente. La toma de decisión de esta medida partió de la hipótesis de que mediante un incentivo económico es posible la mejora de la productividad.

La pregunta central del trabajo es: ¿Cuál fue el impacto sobre la productividad del recurso humano médico del principal Centro de demanda espontánea de una institución privada de salud de Capital Federal a partir del cambio en la modalidad de contratación de los profesionales que incluye incentivos económicos según productividad?

2.2 OBJETIVOS

EL OBJETIVO PRINCIPAL es

- Analizar el impacto sobre la productividad del recurso humano médico de la especialidad clínica médica del principal Centro de demanda espontánea de una institución privada de salud de Capital Federal a partir del cambio en la modalidad de contratación de los profesionales que incluye incentivos económicos por productividad.

Los OBJETIVOS ESPECIFICOS son:

- Calcular el índice de productividad de los profesionales seleccionados analizando la cantidad de horas efectivas trabajadas en los meses de Marzo, Abril, mayo y Junio del 2017 y 2018 y su correlación con la cantidad de pacientes atendidos en igual período.
- Conocer el impacto sobre la productividad luego de un cambio en la modalidad de contrato en el subgrupo de médicos asalariados de más de cinco años de antigüedad en el cargo.
- Conocer el impacto sobre la productividad luego de un cambio en la modalidad de contrato en el subgrupo de médicos en los que se propone un cargo de staff que comprende un aumento de la carga horaria y del valor de pago por hora.
- Conocer el impacto sobre la productividad luego de un cambio en la modalidad de contrato en el subgrupo de médicos sin relación de dependencia con la institución que realizan reemplazos esporádicos y cuyo pago es por hora trabajada.

3)DESARROLLO

3.1 CONTEXTO

El presente análisis de desarrollará en un centro médico ambulatorio que forma parte de una empresa privada aseguradora de la salud que es una de las líderes en el mercado de medicina prepaga argentino, con sede en la Ciudad de Buenos Aires, con alcance nacional y regional. Otorga cobertura a más de 900.000 afiliados en la República Argentina y República Oriental del Uruguay. Está presente desde el año 1989 como prestador de salud y desde 1994 como empresa financiadora de la salud.

El grupo empresario está organizado en diferentes unidades de negocios, una de las cuales comprende a la empresa de medicina prepaga que actúa como financiadora, y otras unidades de negocios que comprenden prestadoras de salud en sus modalidades de clínicas y sanatorios, centros de atención ambulatoria, emergencias domiciliarias y otras.

La misión de la empresa es "cuidar la salud de sus clientes brindando un servicio integral de máxima calidad".

Dentro de la unidad de negocios Centro Médicos Ambulatorios el principal centro de demanda espontánea ubicado en Barrio Norte de la Ciudad de Buenos Aires atiende un promedio de 30.000 pacientes mensuales y cuenta con atención de múltiples especialidades. La especialidad de Clínica Médica atiende un promedio de 8000 pacientes mensuales. La oferta de médicos clínicos para satisfacer esa demanda incluye un promedio de 50 médicos que suman aproximadamente entre 1100 y 1300 horas semanales disponibles para atención.

Los profesionales clínicos tienen una modalidad de contratación que es de pago por hora trabajada (salario). Aquellos con carga horaria semanal fija en modalidad de relación de dependencia y aquellos sin horario fijo ni continuidad semanal mediante facturación como autónomos de las horas mensuales trabajadas.

La productividad promedio mensual general de todos los profesionales de clínica médica en el año 2017 era menor a 2 pacientes por hora. Convencidos de que esta productividad podía optimizarse los responsables de la unidad de negocio decidieron un cambio contractual para todos los profesionales que se implementa en Diciembre del mismo año. Aquellos médicos que alcancen una productividad promedio mensual de 2,5 pacientes/hora reciben un incentivo económico extra equivalente al 8% del valor de la hora médica y del 13% si la productividad alcanza a 3 pacientes/ hora. Adicionalmente se selecciona un grupo de médicos a los que se le otorga el cargo de médicos de staff y cuyo contrato incluye un mínimo de 25 hs semanales en relación de dependencia distribuidas en al menos 3 días de la semana, comprende un pago por hora básico un 20% superior al resto de los profesionales, supone una jerarquización dentro del plantel médico y beneficios como horarios de capacitación, más el pago del premio por productividad si correspondiere.

3.2 METODOLOGIA

Este es un estudio de tipo evaluativo, cuantitativo y retrospectivo que busca analizar el impacto de una intervención llevada a cabo en el mes de Diciembre del 2017 respecto de la productividad de los profesionales.

Se elige seleccionar los meses de marzo, abril, mayo y junio para calcular el índice de productividad en el año 2017, previo a la implementación del nuevo contrato, y los mismos meses del año 2018, posterior a la implementación de dicho cambio, para evitar las variaciones estacionales anuales.

Se seleccionaron al azar profesionales de clínica médica afectados por el cambio, divididos en tres grupos de 4 profesionales cada uno según sus características de contratación para evaluar si existen diferentes respuestas al cambio propuesto:

- a) Médicos de más de 5 años de antigüedad en la empresa con la modalidad de relación de dependencia (Grupo A).
- b) Médicos sin relación de dependencia ni horarios fijos ni continuidad semanal (Grupo B).
- c) Médicos cuyo cambio contractual incluye la categoría de médico de staff, que supone relación de dependencia, aumento de la carga horaria y jerarquización monetaria en el pago (Grupo C).

Se examinan los registros de la Coordinación médica y los registros de recursos humanos para contabilizar la cantidad de horas efectivas trabajadas por los profesionales seleccionados en los meses propuestos de ambos años, descontando las horas de ausencias por licencias. Se revisan los registros informáticos extrayendo los datos de la cantidad de pacientes atendidos por cada uno de los profesionales en esos mismos meses. Finalmente se realiza el cálculo del índice de productividad mensual, seleccionado como indicador, con la fórmula: número de pacientes atendidos/ número de horas trabajadas, que se utiliza para la comparación posterior.

3.3 RESULTADOS

3.3.1 DATOS RECABADOS

Se presenta a continuación las productividades calculadas en base a los datos recabados. En la tabla 1 la productividad general de los 12 profesionales analizados durante el año 2017 y 2018 y el porcentaje de mejora de las mismas, graficado en el gráfico 1.

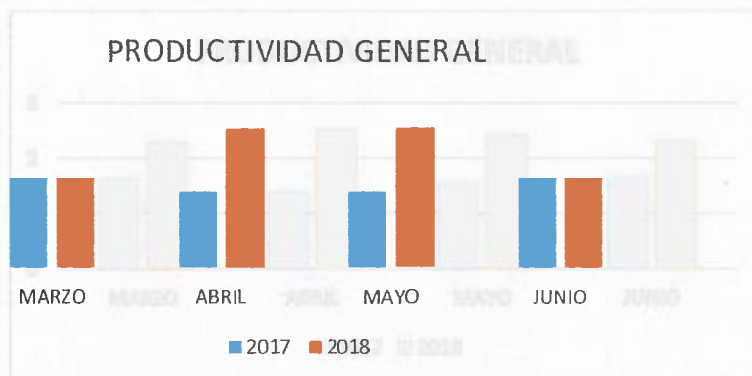
El detalle de las productividades por profesional se presenta en el anexo 1.

Tabla 1. Comparación de la productividad general antes y después de la intervención.

PRODUCTIVIDAD GENERAL				
MES	2017	2018	% DE MEJORA	
MARZO	1,63	2,28	39,88	
ABRIL	1,39	2,52	81,29	
MAYO	1,55	2,42	56,13	
JUNIO	1,64	2,31	40,85	
TOTAL	1,56	2,38	52,56	

Fuente: elaboración propia

Grafico 1. Productividad general comparada



Fuente: elaboración propia

Se realizó un análisis de la cantidad de pacientes atendidos por hora en el subgrupo de profesionales que tienen la característica de gozar de un salario, en relación de dependencia y que tienen más de 5 años de antigüedad en la empresa, lo que supone cierta estabilidad laboral, adaptación a la cultura de la organización y en general el grupo generacional de mayor edad cronológica. (Grupo A)

Tabla 2. Comparación de la productividad del Grupo A antes y después de la intervención.

PRODUCTIVIDAD GRUPO A				
MES	2017	2018		% DE MEJORA
MARZO	1,5	2,19		36,88
ABRIL	1,35	1,91		41,48
MAYO	1,48	2		35,14
JUNIO	1,79	2,16		20,67
TOTAL	1,54	2,06		33,85

Fuente: elaboración propia

Grafico 2. Productividad comparada del Grupo A



Fuente: elaboración propia

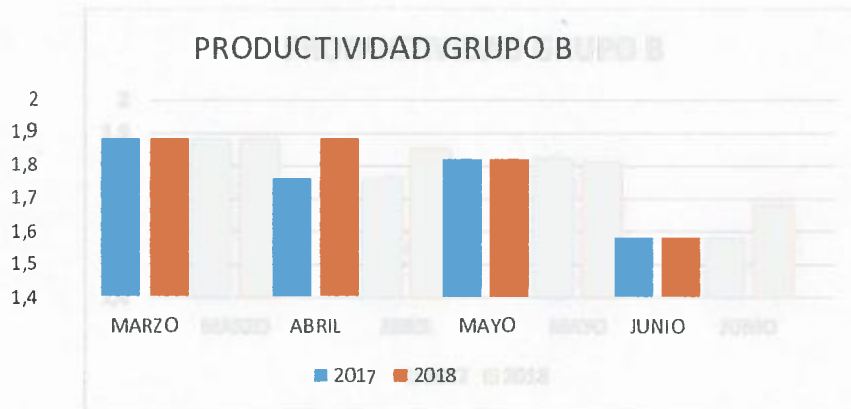
El segundo subgrupo analizado corresponde al de los profesionales que no gozan de los beneficios de la relación de dependencia ya que realizan reemplazos ocasionales o no tienen un horario de trabajo fijo o una continuidad laboral semanal. En general corresponde a médicos que están aún en etapa formativa cumpliendo las últimas etapas del programa de residencia. (Grupo B)

Tabla 3. Comparación de la productividad del Grupo B antes y después de la intervención.

PRODUCTIVIDAD GRUPO B					
MES	2017	2018	% DE MEJORA		
MARZO	1,88	1,88	0,00		
ABRIL	1,76	1,85	5,11		
MAYO	1,82	1,81	-0,55		
JUNIO	1,58	1,68	6,33		
TOTAL	1,77	1,80	1,76		

Fuente: Elaboración propia

Grafico 2. Productividad comparada Grupo B



Fuente: elaboración propia

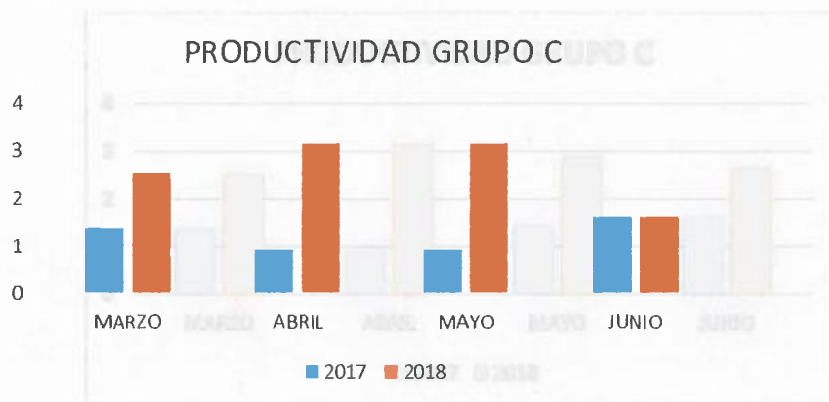
El último subgrupo analizado comprende a los profesionales que fueron seleccionados para ocupar el cargo de médico de staff que incluye además de la relación de dependencia, una jerarquización monetaria basal y beneficios como reconocimiento de tiempo de capacitación. En general comprende a profesionales que han finalizado recientemente su programa de residencia. (Grupo C)

Tabla 3. Comparación de la productividad del Grupo C antes y después de la intervención.

PRODUCTIVIDAD GRUPO C					
MES	2017	2018	2019	% DE MEJORA	
MARZO	1,36	2,5	2,5	83,82	
ABRIL	0,91	3,14	3,14	245,05	
MAYO	1,44	2,88	2,88	100,00	
JUNIO	1,6	2,64	2,64	65,00	
TOTAL	1,42	2,78	2,78	95,93	

Fuente: elaboración propia

Grafico 3. Productividad comparada Grupo C



Fuente: elaboración propia

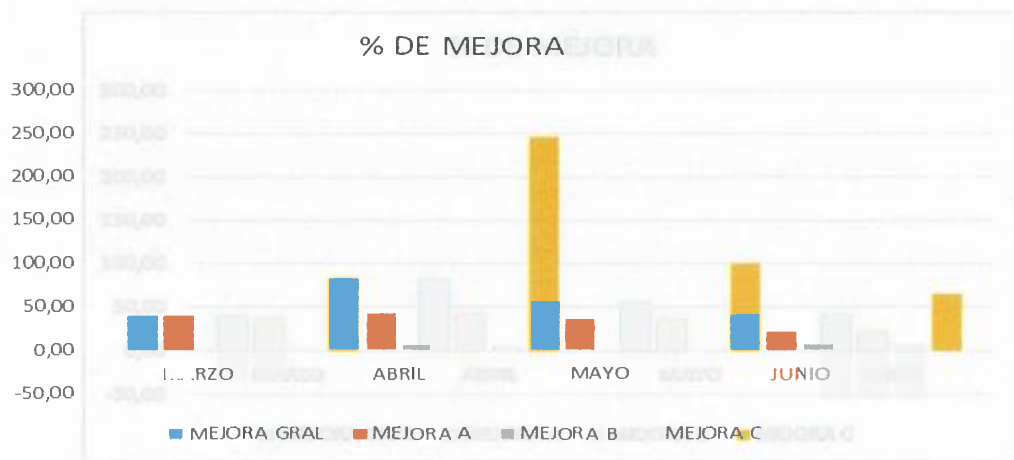
Se presenta una tabla comparativa del porcentaje de mejora de la productividad en los distintos subgrupos después de la vigencia de la nueva modalidad de contratación con el objeto de evaluar las diferencias de impacto entre ellos.

Tabla 4. Porcentaje de mejora de la productividad general y discriminada por grupos después de la intervención.

MES	% MEJORA GRAL	% MEJORA A	% MEJORA B	% MEJORA C
MARZO	39,88	36,88	0,00	83,82
ABRIL	81,29	41,48	5,11	245,05
MAYO	56,13	35,14	-0,55	100,00
JUNIO	40,85	20,67	6,33	65,00
TOTAL	52,56	33,85	1,76	95,93

Fuente: elaboración propia

Grafico 4. Porcentaje de mejora de la productividad discriminado por subgrupo luego de la intervención.



Fuente: elaboración propia

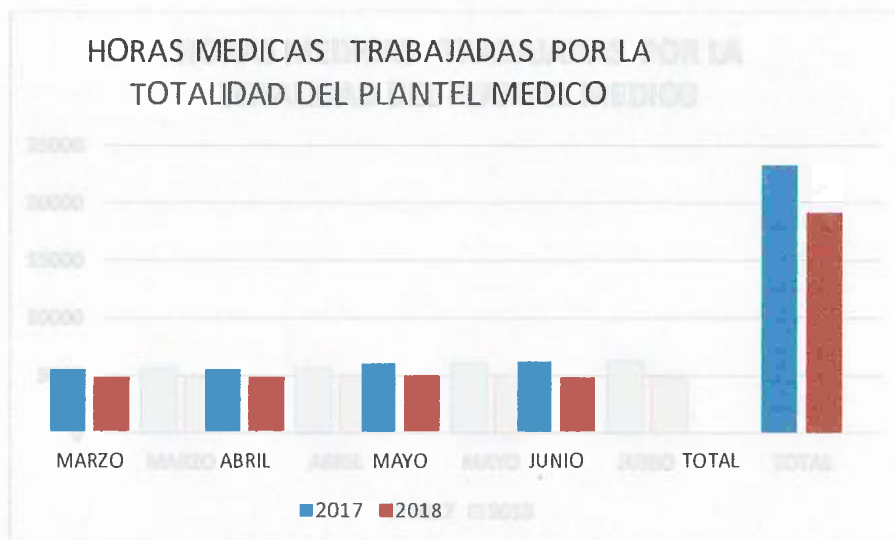
Se presenta finalmente una tabla que muestra la cantidad total de horas médicas trabajadas por el plantel general de médicos clínicos en los meses estudiados con el fin de evidenciar el ahorro de horas realizado en 2018 (17%) posibilitado por la mejora de las productividades.

Tabla 5. Comparación de horas medicas trabajadas por el plantel general en 2017 y 2018

HORAS MEDICAS TRABAJADAS POR LA TOTALIDAD DEL PANTEL				
MES	2017	2018		
MARZO	5477	4746		
ABRIL	5538	4631		
MAYO	6010	4936		
JUNIO	6188	4761		
TOTAL	23213	19074		

Fuente: elaboración propia

Grafico 5. Comparación horas medicas trabajadas por el plantel general en 2017 y 2018



Fuente: elaboración propia

3.3.2 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los datos recabados permite inferir las siguientes conclusiones:

- Luego de la intervención del cambio contractual la productividad promedio general del grupo de profesionales aumentó significativamente ubicándose por encima de 2 y mostrando una mejora de aproximadamente un 50%.
- El grupo de profesionales en relación de dependencia y de más de 5 años de antigüedad también experimentó una mejora de la productividad, aunque por debajo del promedio general, del orden del 33%.
- El grupo de profesionales sin relación de dependencia ni continuidad horaria semanal no mostró cambios significativos en su productividad luego de la nueva modalidad de contrato.

- El grupo de profesionales más beneficiados con los incentivos propuestos, que es el grupo de los nuevos médicos de staff, es el que evidenció mayor respuesta positiva al cambio, con una mejora promedio de la productividad cercana al 95%.
- La mejora general de la productividad en todo el plantel médico permitió reducir considerablemente (17%) la oferta de horas médicas disponibles con la consecuente optimización del gasto.

3.4 MARCO TEORICO- CONCEPTUAL

3.4.1. INCENTIVOS

La teoría económica es un instrumento útil para comprender el diseño y la ejecución de contratos de prestaciones de servicios que garanticen los mejores resultados para todas las partes. Los mecanismos de pago son finalmente contratos que llevan implícitos determinados incentivos.

El activo más valioso de un servicio de salud es su personal. La aplicación de incentivos eficaces representa una inversión mediante la cual ese activo vital puede protegerse, fomentarse y desarrollarse. Como se ha señalado un incentivo es una recompensa financiera o no financiera, explícita o implícita, por realizar un acto determinado (CIE, 2008)(1). En el siguiente cuadro se ilustran los diferentes tipos de incentivos disponibles:

Cuadro 1. Tipos de incentivos

INCENTIVOS FINANCIEROS	INCENTIVOS NO FINANCIEROS
<p>Los términos y condiciones de empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salario/sueldo • Pensión • Seguros (Ej. De enfermedad) • Primas (Ej. De vivienda, para alimentos, para cuidado d niños, estacionamiento, etc.) • Permiso pagado <p>Primas por resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecución de los objetivos de resultados • Años de servicio • Ubicación o tipo de trabajo (ej. zona desfavorable) <p>Otras ayudas financieras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Becas 	<p>Entorno de trabajo favorable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomía en el trabajo y claridad de las funciones y responsabilidades • Recursos suficientes • Reconocimiento del trabajo y de los objetivos conseguidos • Dirección favorable y estructuras de iguales • Carga de trabajo adecuada y gestión eficaz de ésta • Gestión eficaz de los riesgos para la salud y la seguridad laboral, y un lugar de trabajo seguro y limpio • Eficaz representación de los empleados y comunicación con ellos

<ul style="list-style-type: none"> • Préstamos 	<ul style="list-style-type: none"> • Política obligatoria de igualdad de oportunidades • Permiso de maternidad/paternidad • Empleo sostenible <p>Flexibilidad en los contratos de empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horarios de trabajo flexibles • Interrupciones de la carrera profesional planificadas <p>Apoyo al desarrollo profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión eficaz • Estructuras de instructores y de mentores • Acceso/ apoyo a la formación y capacitación • Permiso sabático y de estudios <p>Acceso a servicios tales como los de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud • Cuidado de niños y escuelas • Instalaciones de recreo • Vivienda • Transporte <p>Recompensas intrínsecas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción en el trabajo • Realización personal • Compromiso con valores compartidos • Respeto de los compañeros y de la comunidad • Ser miembro del equipo, pertenencia.
---	---

Fuente: Adaptado de Buchan et al. (Citado en Adams e Hicks 2001)(6)

En nuestro caso de estudio se plantea la incorporación de incentivos monetarios para los 3 subgrupos de profesionales mencionados y se agregan incentivos no monetarios al subgrupo de nuevos médicos de staff (C) que incluyen el reconocimiento por su labor hasta el momento, incentivos a la capacitación continua y el incentivo de pertenecer a un equipo de trabajo con objetivos comunes.

3.4.2 TEORIA DE LA AGENCIA

El pago de prestadores y su análisis se fundamentan en la teoría económica de contratos e incentivos financieros, una de cuyas vertientes más conocidas es la Teoría de la Agencia. Esta teoría intenta estudiar aquellas relaciones bilaterales en la que una parte (el principal) delega y

contrata a otra (el agente) para que realice cierta labor o tome determinadas decisiones. Principal y agente pueden ser individuos, instituciones, organizaciones u otros centros de decisión. En el mercado de la salud existen múltiples ejemplos de relaciones de agencia: la relación entre médico y paciente, la relación entre institución proveedora de salud y el médico, o entre el financiador y el proveedor de salud.

Lo que caracteriza a las relaciones de agencia, y es objeto de estudio teórico, es la existencia de conflictos de intereses y objetivos no siempre confluyentes entre el Principal y el Agente, así como la existencia de asimetría de información entre ambos. El Principal tiene información incompleta respecto del agente, de sus acciones, sus decisiones, su esfuerzo. Esta asimetría de información puede clasificarse según ocurra antes de la firma del contrato (selección adversa) o durante el transcurso del contrato (riesgo moral).

La selección adversa ocurre cuando el Agente conoce, antes de firmar el contrato, un elemento relevante de la relación que el Principal desconoce como por ejemplo ciertas limitaciones o antecedentes o tendencia a conductas oportunistas. El riesgo moral, en cambio, refiere a que una vez firmado el contrato el Principal no puede observar o verificar la acción o esfuerzo que el Agente realiza.

Si la relación analizada es entre el financiador (Principal) y el médico (agente), los objetivos e intereses de éste último pueden no estar alineados con los del financiador y en un escenario de información asimétrica y monitoreo imperfecto la parte más informada puede tener un comportamiento oportunista en base a sus propios intereses, lo que supone un costo para el Principal que se denomina pérdida residual. Esta pérdida puede entenderse como la diferencia entre el bienestar o utilidad potencial que alcanzaría el Principal en el supuesto de un comportamiento óptimo del Agente, y el realmente alcanzado. Para minimizar este comportamiento se plantean sistemas de incentivos que buscan alinear los intereses del agente con los del principal; sin embargo estos mecanismos tienen sus propios costos, que sumados a la pérdida residual, constituyen los llamados costos de agencia (Oggier, 2012)(7). El diseño de esquemas de compensación y retribución, y reglas de decisiones que minimicen esos costos forman parte de la incumbencia de la Teoría de Agencia (Ricart, 1986) (8).

El otro aspecto inherente a la relación de agencia refiere a la distribución de riesgos financieros entre el Principal y el Agente, la administración de ese riesgo y la diferente aversión al mismo por parte de los protagonistas.

El foco de la teoría se ubica en determinar el diseño del contrato más eficiente que gobierna la relación entre el principal y el agente según los supuestos sobre las características de las personas, las organizaciones y la información involucrada. (Eisenhardt, 1989)(9).

En el caso que es objeto de estudio del presente trabajo existe una relación de agencia entre la institución proveedora de salud (Centros Médicos Ambulatorios) que conforma el Principal y los profesionales médicos clínicos que son los Agentes. Existen conflictos de intereses por cuanto el pago del salario constituye un gasto para el Principal, que tenderá a minimizar en la medida de lo posible, y un ingreso para el Agente que buscará maximizar lo más posible. El objetivo del primero será obtener el mayor beneficio exigible (por ejemplo en productividad) al menor costo posible, mientras que los segundos tendrán como objetivo ganar lo más posible trabajando lo estrictamente necesario. Existe asimetría de información que posibilita conductas oportunistas del Agente que pueden incluir tiempos ociosos prolongados, selección de pacientes con menos dificultad clínica y terapéutica, o tendencia a mayor derivación a especialistas entre otras que pueden aumentar los costos del Principal.

3.4.3 TEORIA DE LOS COSTOS DE TRANSACCION

Podemos enmarcar el objeto de estudio del presente trabajo también en la Teoría económica de los costos de transacción desarrollada a partir de los trabajos de Coase y los aportes de Williamson y North entre otros.

Coase (1937) (10) establece que las actividades a realizar por una firma vienen dadas por la comparación entre dos tipos de costos, el de coordinación de los recursos a través de transacciones de mercado, llamados también costos de transacción, y su contraparte, los costos de coordinar los recursos internamente. El costo de producir internamente no solo incluye el costo de producción sino que también el costo de organizar la producción y de encontrar y negociar con los proveedores. Por otra parte, entre los costos de transacción más importantes de pasar por el mercado están los de negociar y firmar contratos, y los de informarse, buscar y seleccionar precios y calidades de productos (Fernandez, 2015)(11). En general, mientras los costos de transacción de usar el mercado disminuyen a medida que aumenta la integración de procesos dentro de la misma empresa, llegando a cero en el caso de que toda la línea insumo – producto esté integrada, los costos de coordinación interna aumentan con la integración de procesos dentro de la organización. (Tarzijan, 2003)(12).

La pregunta de toda empresa productora de bienes o servicios de salud como en el caso que nos ocupa es: ¿conviene producir internamente (integración vertical) o tercerizar el servicio y acudir al mercado? En la teoría de los costos de transacción se analizan al menos tres dimensiones para determinar la necesidad de integrar verticalmente servicios:

- a) la especificidad de los activos.
- b) el grado de incertidumbre.
- c) la frecuencia de las transacciones

Los activos específicos incluyen la localización, los equipos y habilidades profesionales que tienen un valor significativamente más alto en la situación actual que en la mejor alternativa. (Ortún, 1997)(13)

Cuando en una relación contractual existen activos específicos que representan un riesgo muy alto de que una de las partes se aproveche de la otra, es mejor producir este proceso internamente en vez de contratarlo por fuera. (Castaño Yepes, 2004) (14).

El grado de incertidumbre refiere a la falta de seguridad respecto a precios y costos, que aumenta cuanto mayor es la asimetría de información. Si la frecuencia de las transacciones es alta favorece la conveniencia de la integración vertical.

En la integración vertical la relación entre dos eslabones de la cadena es de tipo jerárquico; en esta forma de gobierno hay un incentivo hacia la menor productividad, innovación y competitividad, pues el eslabón que está integrado se encuentra aislado de las presiones de la competencia que lo forzarían a ser más eficiente y mejorar la calidad de su producto o servicio. (Castaño Yepes, 2004).

En el caso que se analiza el producto final es la consulta médica espontánea. La decisión de producir dentro de la empresa o tercerizar el servicio fue decidida a favor de la primera opción en base a la evidencia de alta frecuencia de las transacciones, alta incertidumbre que generaría no contar con profesionales alineados con los intereses de la empresa y activos que se pretenden específicos por el nivel de capacitación que se exige para su incorporación. Una

decisión estratégica del financiador con el objetivo de privilegiar la calidad de la atención y contener los costos.

3.4.4 ECONOMÍA DE LOS CONTRATOS DE SALUD

El área de la economía de los contratos de salud estudia las diferencias entre los posibles contratos y los mecanismos de pago estipulados a los prestadores de salud, y su implicancia en la eficiencia a la hora de la producción de salud.

El sistema de pago a prestadores es uno de los componentes más importantes de las relaciones contractuales entre los agentes de los sistemas de salud y uno de sus signos definidores, fundamentalmente porque las decisiones sobre gasto y nivel de producción dependen, en última instancia, de los profesionales sanitarios y ocurre que las fórmulas de pago y los incentivos que éstas generan son capaces de influir sobre ellos y sobre la calidad porque pueden afectar a la forma de ejercicio de la medicina, el trato al paciente, etc. (Alvarez, Pellisé y Lobo, 2000)(15).

Cada modelo o instrumento de pago tiene virtudes y defectos y estos varían según el contexto en que se los utilice. No existe un modelo ideal que pueda ser utilizado en los distintos sistemas de salud, sino que cada sistema debe seleccionar el modelo cuyas ventajas y desventajas mejor se adapten a los objetivos que se pretendan alcanzar.

Los modelos de pago son, tal vez, los incentivos más poderosos con que cuentan los gestores de salud. Se denomina incentivo a todo elemento introducido por un agente del sistema para modificar la conducta de otro agente. A través de ellos los gestores pueden incentivar conductas de los prestadores que alteren la productividad y calidad de las prestaciones, la composición y distribución de la oferta de servicios, la previsibilidad y el control de los costos globales de la atención médica, las formas de vinculación entre el médico y el paciente y de los profesionales entre sí, el registro de información, etc. (Tobar, Rosenfeld y Reale, 1998)(16).

Un pagador típico de la esfera privada esperaría un beneficio entre la cantidad de servicios proveídos y el costo derivado de los mismos, donde los costos de la prestación debieran ser inferiores a sus ingresos, generando así ganancia. Se estima que cerca del 70% de los costos asociados a la atención de salud se derivan de mano de obra, por lo que la inclusión de incentivos es importante para promover desempeños eficientes (Castro, 2013)(17).

La selección de un mecanismo de pago por parte del financiador se transforma en una señal al proveedor sobre qué aspecto debe priorizar para maximizar sus ganancias.

Existen en la literatura múltiples clasificaciones de los diferentes mecanismos de pago a prestadores individuales según el aspecto que se quiera considerar, a saber:

a) **La previsibilidad del gasto (desde la óptica del financiador):**

Mecanismos prospectivos: permiten conocer de antemano el monto a abonar ya que el financiador preestablece el monto a ser pagado, lo que permite presupuestar. El ejemplo típico es el pago por cápita.

Mecanismos retrospectivos: el pago se realiza luego de llevada a cabo la prestación, cuando el prestador presenta la factura de los servicios realizados, lo que hace imprevisible el gasto. El ejemplo más común es el pago por acto (por prestación).

- b) **La unidad de pago:** según la unidad de pago que el financiador seleccione remunerar podemos distinguir:

Pago por hora: se remunera el tiempo profesional independientemente de la producción. El pago es por "estar disponible". El ejemplo más común es el salario.

Pago por producto total: se abona un monto fijo por número de personas inscriptas cuya asistencia queda comprometida por el prestador. El ejemplo es el pago por cápita.

Pago por acto o servicio: se abona cada prestación que el profesional realice.

- c) **La distribución de los riesgos financieros:** la incertidumbre de costos que conlleva la actividad de servicios de salud en cuanto a la poca previsibilidad de la complejidad de cada consulta puede recaer mayormente en el financiador o en el proveedor, según el mecanismo de pago seleccionado:

Formas desagregadas: se facturan cada uno de los actos que se realizan al paciente, por cuanto el riesgo recae mayormente en el financiador (por ejemplo en el caso de pago por acto)

Formas Agregadas: dentro de un valor predeterminado se deben prestar todos los servicios necesarios, por lo que el riesgo recae en el proveedor (Ej. el caso de pago capitado).

Formas intermedias En los casos de una gama de mecanismos de pago mixtos donde el riesgo se comparte.

- d) **Financiación de la oferta vs la demanda:**

Oferta: el financiador y el prestador se encuentran bajo una misma organización jerárquica, integrados verticalmente, lo que hace que los costos sean básicamente fijos.

Demanda: la función de financiación y provisión se encuentran separadas por lo que los costos para el financiador son básicamente variables.

e) Formas puras vs formas mixtas:

Puras: refiere a las 3 formas básicas de contratación a prestadores individuales: salario, capitación o pago por prestación.

Mixtas: refiere a combinación de formas puras para mitigar desventajas de cada una de ellas.

Existe consenso en la literatura especializada en reconocer tres modelos PUROS de mecanismos de pago a prestadores individuales: salario, capitación y pago por prestación/acto. Se analizarán a continuación según el enfoque de Tobar et al, 1998 (16):

A) SALARIO

- **Base de cálculo:** el profesional recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeñe en un período de tiempo determinado. Se remunera el tiempo disponible que puede ser parcial o full time.
- **Determinantes del volumen de ingresos:** los ingresos del profesional dependerán de la carga horaria y del rango jerárquico dentro de la organización.
- **Comportamiento teórico:** el profesional buscará maximizar el tiempo no asistencial y minimizar las cargas de trabajo.
- **Ventajas:**
 - alta previsibilidad (facilita administración y control de costos)
 - no obstaculiza la cooperación horizontal (entre colegas)
 - no estimula la sobreprestación.
 - homogeiniza la forma de remuneración entre médicos y otros trabajadores.
- **Desventajas:**
 - no incentiva la productividad.
 - introduce presiones para el incremento del personal (de la planta, de las cargas horarias, o la jerarquización) con tendencia a mantener los ingresos y reducir las cargas de trabajo individuales,

- la percepción de ingresos bajos se traduce en reducciones de la jornada efectiva.
- independiza la calidad y la cantidad de las prestaciones de la remuneración lo que puede alejar al prestador de la preferencia de los pacientes.
- no favorece la relación médico paciente.
- puede estimular la subprestación (en cantidad o calidad de servicios).
- aumenta el peso relativo de los costos fijos.

B) PAGO POR PRESTACION:

- **Base de cálculo:** constituye la forma más desagregada ya que la base de cálculo de la remuneración es cada servicio individual que el médico brinda al paciente.
- **Determinantes del volumen de ingresos:** depende de la cantidad de prestaciones realizadas.
- **Comportamiento teórico:** el profesional brindará todos los servicios posibles mientras los costos de estos actos sean inferiores al ingreso marginal que obtendrá.
- **Ventajas:**
 - alta productividad en pacientes atendidos y servicios brindados
 - alta satisfacción de los médicos (dependiendo de la tarifa fijada)
 - buena relación médico paciente (alta satisfacción del usuario)
 - menos tendencia a la derivación de pacientes.
- **Desventajas:**
 - facilita la inducción de la demanda y la sobreutilización.
 - no permite controlar la producción total y provee un escaso control sobre el gasto total.
 - incentiva la sobrefacturación.
 - desincentiva prácticas más costo efectivas como la prevención.
 - incentiva concentración de oferta médica en actividades que permitan rentas mayores.

- requiere numerosos controles para su gestión.
- tiende a aumentar el número de consultas y a disminuir la duración de las mismas.

C) PAGO POR CAPITA

- **Base de cálculo:** pago de una cantidad fija por cada persona bajo la responsabilidad del médico por un período determinado. El pago se realiza independientemente de que los pacientes utilicen o no los servicios del médico o del número de consultas.
- **Comportamiento teórico:** maximizar el número de pacientes a cargo, minimizar las prestaciones a los mismos.
- **Ventajas:**
 - sencillez administrativa.
 - permite estimular la continuidad en la atención.
 - incentiva prácticas preventivas (solo si la cápita se prolongara en el tiempo).
- **Desventajas:**
 - estimula sobreutilización de medios auxiliares (recetas, análisis, pruebas) para satisfacer a los pacientes sin esfuerzos propios, aumentando los costos del sistema.
 - ausencia de incentivos para hacer más que lo mínimo.
 - puede estimular la "selección adversa", es decir la selección de pacientes de menor complejidad y la derivación o rechazo de aquellos que potencialmente insumirán más esfuerzo o prestaciones.
 - sin límites, hay tendencia a aceptar más pacientes de los que se puede atender.

Se describen también modelos MIXTOS de pago que fueron diseñados a partir de la combinación de elementos de dos o más bases de pago con el fin de mitigar las desventajas y potenciar las ventajas de las mismas.

a) COMBINACION DE SALARIO CON PAGO POR ACTO

- Combina la estabilidad y previsibilidad de un salario con el pago por prestación. Diseñado para aquellas actividades que ameritan más tiempo de atención que el promedio por la complejidad de los casos, por lo que el pago por acto solamente no compensaría adecuadamente al profesional. Además permite incentivar la oferta de profesionales en áreas en las cuales hay escasez de recursos humanos.

b) PAGO POR ACTO CON TECHOS INDIVIDUALES

- Diseñado para situaciones en las que se disparan los gastos en los pagos por prestación. Se determinan techos de facturación por encima de los cuales o bien se aplican fuertes descuentos o directamente se limita el pago. Es de utilidad para corregir conductas inadecuadas de los médicos, sin perder el estímulo de la productividad. Requiere de un buen sistema de auditoría.

c) PAGO POR ACTO CON TECHOS GRUPALES

- Se fijan topes de facturación general de todos los profesionales, por encima de los cuales intervienen los descuentos. Incorpora un desincentivo grupal a la sobrefacturación. Permite aumentar el control sobre los costos y hacer más previsible el gasto, pero puede terminar penalizando a los médicos cuidadosos más que a aquellos con tendencia a la sobrefacturación.

d) CAPITACION CON PAGO POR ACTO AJUSTADO

- Utilizado en atención primaria consiste en el pago de una suma fija mensual por paciente asignado ajustándola por edad y género, complementada con pagos por actividad de algunas prestaciones específicas (vacunaciones, prácticas preventivas como solicitud de mamografías o prácticas que requieran costos adicionales como utilización de equipamiento específico)

A los modelos puros y mixtos de pago a prestadores individuales descritos se ha agregado en los últimos años una tendencia al pago por resultados:

MODELO DE PAGO POR RESULTADOS (P4P)

Este modelo es utilizado para proveer incentivos a médicos y prestadores de servicios de salud con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios y disminuir los costos. Consiste en el pago a los proveedores en base a los resultados y no a los servicios mediante la utilización de determinados indicadores de procesos y resultados que midan calidad y/o eficiencia. Las dimensiones de resultado pueden incluir medidas de resultado clínico (mortalidad, morbilidad, calidad de vida ganada), calidad del proceso clínico (examen ocular, test de lípidos a pacientes diabéticos, etc.), seguridad del paciente (tasa de lavado de manos), calidad del servicio, satisfacción/ experiencia del paciente, costo eficiencia, costo efectividad, adherencia a prácticas

basadas en la evidencia, productividad, adopción de tecnologías de la información, entre otras (Cromwell et al 2011)(18).

Las desventajas de este modelo consisten en las dificultades para la selección de indicadores que realmente midan los resultados deseados y la necesidad de procesar enormes volúmenes de información sumamente detallada, habitualmente acompañados de sistemas de información de los que sea posible extraer indicadores de procesos y resultados, con la consideración de que no siempre se correlaciona la producción del acto médico con su registro en los sistemas de información.

EVIDENCIAS DE LAS RESPUESTAS CONDUCTUALES A LOS DIFERENTES MODELOS

Diversos estudios han analizado los efectos de la utilización de los diferentes mecanismos de pago sobre el comportamiento de los prestadores individuales de salud. La mayoría de ellos resulta en evidencia incompleta ya que solo reportan tipo y cantidad de resultados pero no hablan del estado de salud de los pacientes y de medidas de utilización de recursos en cohortes similares para poder medir la eficiencia en los diferentes modelos de pago. Entre estos estudios Gosden et al. (1999) (19) concluyen que:

- Los médicos que reciben salario registran un menor volumen de prestaciones que los que reciben pago por prestación. También registran menor cantidad de pedidos de estudios y menor tasa de utilización de servicios hospitalarios en comparación con los segundos.
- El mecanismo de pago por salario se asocia a un menor número de procedimientos por paciente, consultas de mayor duración y mayor cantidad de cuidados preventivos respecto a los médicos pagados por acto.
- El pago por servicio se asocia a un mayor nivel de provisión de servicios respecto del pago por salario o capitación.

Lagarde et al (2010), también realizaron una revisión de la evidencia disponible hasta el momento, y concluyen que:

- El modelo de pago por prestación se asocia a una mayor tasa de utilización de servicios y recursos, a una mayor cantidad de consultas y de procedimientos médicos con una menor duración promedio del tiempo de consulta y menor cantidad de cuidados preventivos cuando se los compara con salario o capitación.
- La evidencia en apoyo del mecanismo de pago por resultados (P4P) es insuficiente. Se reportan algunos pocos impactos significativos sobre la calidad de la atención que tienden a ser pequeños en magnitud.
- No hay evidencia rigurosa sobre el impacto de los mecanismos de pago sobre los costos, la eficiencia o de efectos diferenciales en los resultados de salud. La

evidencia existente es limitada y no existe un mecanismo de remuneración perfecto.

La estructura de pago óptima debiera contener elementos de pago prospectivo y retrospectivo (capitación y pago por servicio) mezclando salarios, comisiones, bonos, ganancia compartida, riesgo compartido y un sinnúmero de opciones creativas y complejas. El desafío de diseñar mecanismos de pago que asocien desempeño del prestador en un contexto complejo y multitarea como es el del mercado de salud es tarea dispendiosa y complicada. Adicionalmente el hecho de remunerar el esfuerzo individual de cada agente reduce la cooperación entre diferentes agentes, por lo que mecanismos de pago basados en el esfuerzo grupal debieran considerarse (Castro, 2013) (17).

En ese sentido en el caso objeto de estudio del presente trabajo se parte de un sistema de pago puro y prospectivo como es el salario, que como se ha dicho, no estimula la productividad y se presta a conductas oportunistas que se orientan a la realización del menor esfuerzo posible y que constituye la raíz del problema detectado. Se plantea entonces como oportunidad de mejora la suma de algún elemento retrospectivo en la remuneración como es el premio/ adicional por productividad con el fin de mitigar la desventaja del desincentivo que constituye el salario puro y tratando de reconocer monetariamente el esfuerzo individual.

En la literatura sobre las relaciones laborales está ampliamente documentada la asociación entre los aumentos de remuneración y los de productividad. Según los diferentes enfoques de las teorías de motivación, el efecto motivador de la remuneración en el desempeño de los trabajadores se atribuye a que la remuneración no solo representa una variable económica, sino que también es símbolo de una parte de las recompensas psicológicas que el individuo busca en su ambiente de trabajo. (Nadler, 1983)(21);(OIT, 1985)(22); (Weitzman, 1990)(23); (Solow, 1990)(24);(Flannary et al, 1996)(25).

Si bien son importantes los incentivos no monetarios en el trabajo, el incentivo monetario se percibe como el resultado real e inequívoco de una decisión tomada conscientemente por la administración de la empresa (Nadler 1983). Además los vínculos entre la posición social, la remuneración y la autoestima confieren a la compensación monetaria un valor simbólico a la vez que material (Solow, 1990).

La literatura técnica sobre el trabajo, las recompensas y la productividad señala que los esfuerzos de los trabajadores aumentan entre 20 y 25% cuando la remuneración o parte de ella depende del rendimiento (OIT, 1985). Sin embargo, no se ha llegado a un consenso general al respecto. La función motivadora de la remuneración y de los sistemas de incentivos y sanciones ha sido cuestionada en los paradigmas de la administración flexible, que ponen en duda su potencial para enfrentar las profundas transformaciones por las que está pasando el mundo del trabajo y la producción. (Cherchiglia et al, 1998)(26).

Según Kohn (1991)(27) y Channon (1986)(28) es posible que ni los incentivos ni las sanciones sean motivadores eficientes cuando es necesario cambiar las actitudes y los comportamientos, sobre todo a largo plazo. Las recompensas solo sirven para lograr una cosa: la sumisión temporal. Una vez que desaparecen las recompensas, vuelven los antiguos comportamientos, sin que se hayan forjado compromisos duraderos con valores nuevos. El aumento de la producción no se sostiene a lo largo del tiempo posiblemente porque se pierde el elemento de novedad, surge el descontento y disminuye la participación.(Naff,1988)(29) (Barcusa,1994)(30).

Por otro lado existe una aceptación creciente de que las recompensas financieras pueden socavar la motivación y empeorar el desempeño de las tareas cognitivas complejas (casos clínicos complejos). La investigación económica sugiere que aunque los incentivos financieros promueven tareas simples y repetitivas pueden ser contraproducentes para tareas que requieren procesos mentales más complejos. Los incentivos financieros pueden alentar la prestación de atención que requiere un algoritmo simple, pero los algoritmos son difíciles de aplicar de manera significativa en el mundo real de individuos con síntomas no estructurados y expectativas (Guillam, 2015)(31).

El otro aspecto a tener en cuenta es el comportamiento de los profesionales si se decidiera dejar sin efecto el incentivo monetario. Minchin et al. (2018)(32) realizaron un estudio longitudinal de la experiencia de pago por performance en el Reino Unido donde el incentivo económico depende del alcance de objetivos de calidad determinados por indicadores puntuales preestablecidos. En el trabajo analizan el comportamiento de los prestadores luego de la eliminación de los incentivos económicos a 12 de los indicadores utilizados. Concluyen que la eliminación de los incentivos financieros se asocia a una disminución inmediata en el desempeño de las medidas de calidad y sugieren que la eliminación de los incentivos también cambió la atención brindada.

Finalmente se destaca que los resultados del cambio de contrato objeto de estudio del presente trabajo muestran un evidente aumento de la productividad en al menos 2 de los subgrupos estudiados.

El mayor aumento fue dado en el subgrupo de nuevos médicos de staff, donde el incentivo monetario fue mayor y existieron incentivos no monetarios de relevancia.

El otro subgrupo que evidenció un considerable aumento de la productividad fue el de los profesionales de más antigüedad en la empresa cuyo incentivo fue puramente monetario. La sostenibilidad en el tiempo de esta respuesta positiva al incentivo tendrá que evaluarse en el futuro.

El tercer subgrupo, el de los médicos sin relación de dependencia ni continuidad laboral asegurada, si bien antes de la implementación del cambio contractual evidenciaban una productividad levemente más alta que los dos grupos restantes, tuvo escasa o nula respuesta al incentivo ofrecido. Esto podría estar asociado a un menor nivel de compromiso, menor sensación de pertenencia a la institución o, simplemente a un ritmo de atención más lento por la menor experiencia de los profesionales que lo componen.

4) CONCLUSIONES

Los modelos de contratación son los instrumentos más eficaces para incentivar conductas en los prestadores de salud. El correcto diseño de los contratos con incentivos acordes a los objetivos de la gestión es un arma poderosa del gestor que puede cambiar resultados en cuanto a productividad, calidad de atención y control de costos entre otros.

El foco en el presente trabajo estuvo puesto en un grupo de médicos de la especialidad clínica médica de un centro de atención de demanda espontánea de una institución privada de salud. Los resultados demuestran que un cambio contractual que agrega al pago prospectivo del salario un componente de pago retrospectivo como premio a la productividad lograda actúa como incentivo monetario e impacta positivamente en la mejora de la productividad general del grupo de trabajo, lo que permite una disminución de costos en horas médicas.

El subgrupo de profesionales donde el incentivo es mayor (tanto monetario como no monetario) es el grupo de mayor respuesta a la mejora de la productividad (Grupo C).

En el subgrupo de los médicos asalariados de más de 5 años de antigüedad en la empresa (Grupo A) también se evidenció un impacto positivo y una mejora significativa de los índices de productividad.

El subgrupo de los profesionales sin relación de dependencia ni continuidad laboral evidenció escasa o nula respuesta al incentivo probablemente en relación a menor compromiso y sentimiento de pertenencia a la institución o simplemente a un ritmo de trabajo más lento como producto de la inexperiencia de los profesionales que lo componen.

Será necesario un seguimiento más prolongado en el tiempo para verificar si estas respuestas positivas al cambio contractual son sostenibles u obedecen a impactos transitorios en respuesta a lo novedoso del sistema de pago.

Por otro lado sería recomendable un estudio de mayor profundidad que incluya el análisis del impacto del cambio de contrato en aspectos como la calidad de la atención, la satisfacción del paciente, la tendencia a mayor derivación y solicitud de estudios complementarios y la selección oportunista de pacientes.

5) BIBLIOGRAFIA

1. International Council of Nurses (ICN), International Hospital Federation (IHF), International Pharmaceutical Federation (IPF), World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association. 'Directrices: incentivos para los profesionales de atención de la salud. ICN, 2008. Geneva.
2. Luoma M. Increasing the motivation of health care workers. The Capacity Project, Technical Brief 7, Septiembre. 2006:
http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_7.pdf
3. Hongoro C, Normand C. Health workers: building and motivating the workforce, in D Jamison et al. (eds), Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edn, Oxford, New York, 2006; pp. 1, 309-1,322.
4. World Health Organization. The world health report 2000— health systems: improving performance, WHO, Geneva, 2000. p. 61.
5. Ministerio de Salud de la Nación, Universidad Isalud. Evaluación de la motivación de los equipos de salud con la estrategia de gerenciamiento propuesto por el Plan Nacer. Buenos Aires. 2013. Recuperado de:
www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/evaluacion-de-la-motivacion-de-los-equipos-de-salud-con-la-estrategia-de-gerenciamiento-propuesta-por-el-plan-nacer.pdf
6. Adams O, Hicks V. Pay and non-pay incentives, performance and motivation, prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, WHO, 2001. Geneva.
7. Oggier G. Modelos de contratación y pago en salud: ¿integración vertical o tercerización de servicios?. Primera edición. Buenos Aires. Fundación Sanatorio Guemes. 2012.
8. Ricart J. Una introducción a los modelos de la agencia. Documento de investigación DI-133, IESE Business School. Universidad de Navarra. Barcelona. Setiembre. 1986.
9. Eisenhardt K. Agency Theory: An Assesment and Review. The Academy of Management Review. Vol.14, n 1, pp 57-74. Enero, 1989.
10. Coase R. The Nature of the Firm. Economica, New Series, Volume 4, Issue 16, pp. 368-405. 1937.
11. Fernandez AG. Teoría de los costos de transacción. Apuntes de clase. Universidad ISALUD. Buenos Aires. Abril, 2015.
12. Tarzijan J. Revisando la teoría de la firma. Studies in Bussiness Management. Vol.6 n 2. Octubre, 2003.
13. Ortún V. Integración vertical en Sanidad. Revista Asturiana de Economía. RAE n 8, pp 31-47. 1997.

14. Castaño Yepes R. Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. N6, pp 35-51. Julio, 2004.
15. Alvarez B, Pellisé L, Lobo F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health* 8(1/2). 2000.
16. Tobar F, Rosenfeld N, Reale A. Modelos de pago en servicios de salud. *Cuadernos Médicos Sociales* N 74. 1998.
17. Castro H. Modelos de contratación, evidencia científica y posibles opciones para Colombia. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (PROESA), Universidad Iseci. Enero, 2013.
18. Cromwell J, Trisolini MG, Pope GC, Mitchell JB, Greenwald LM. Pay for performance in Health Care: methods and approaches. RTI Press publication. 2011.
19. Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior. *Q J Med*. 1999; 92:47-55
20. Lagarde M, Powell Jackson T, Blaauw D. Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal coverage. Technical Report. Global Symposium on Health Systems Research. Montreaux, Switzerland. Noviembre, 2010.
21. Nadler DA. Evaluación de desempeño y sistema de recompensas. Ed. Comportamiento organizacional. Rio de Janeiro: Campus;1983:67-80.
22. Oficina Internacional del Trabajo. La remuneración por rendimiento. OIT. Ginebra. 1985.
23. Weitzman ML, Kruse DL. Profit sharing and productivity: A look at the evidence. Brookings Institutions. Washington DC. 1990.
24. Solow RM. The labor market as social institution. New York: Basil Blackwell. 1990.
25. Flannary TP, Hofrichter DA, Platten P. Alineando la remuneración a la estrategia de cambios y a la cultura de las organizaciones médicas. *RAE light* 1996;3:23-27.
26. Cherchiglia ML, Girardi SN, Castro Vieira R et al. Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992-1995. *Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health* 4(2), 1998.
27. Kohn A. Why incentives plans cannot work. *Harv Bus Rev* 1991; sept/oct:54-63.
28. Channon B. Executive incentives plans for hospitals. *Top Health Care Financ* 1986;12:27-38.

29. Naff K, Pomerleau R. Productivity gain-sharing: A federal sector case study. *Public Personnel Manage* 1988;17:28-33.
30. Barcusa A, Cleek M. Measuring gain-sharing dividends in acute care hospitals. *Health Care Manage Rev* 1994;19:28-33.
31. Guillam S. Financial incentive schemes in primary care. *Journal of Healthcare Leadership* 2015;7 75-80.
32. Minchin M, Roland M, Richardson J, Rowark S, Guthrie B. Quality of care in the United Kingdom after removal of financial incentives. *N Engl J Med* 2018;379:948-57.

6) ANEXO

Tabla 6. Cálculo productividad 2017- Grupo A

GRUPO A	mar-17			abr-17			may-17			jun-17		
	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI
Prof. A1	100	78	1,28	68	48	1,42	141	84	1,68	119	66	1,80
Prof. A2	128	56	2,29	99	65	1,52	146	104	1,40	120	70	1,71
Prof. A3	68	84	0,81	45	60	0,75	63	78	0,81	10	12	0,83
Prof. A4	149	60	2,48	95	54	1,76	167	84	1,99	123	60	2,05
SUBTOTAL	445	278	1,60	307	227	1,35	517	350	1,48	372	208	1,79

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Cálculo productividad 2018- Grupo A

Grupo A	mar-18			abr-18			may-18			jun-18		
	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI
Prof. A1	173	72	2,40	156	78	2	149	78	1,91	55	24	2,29
Prof. A2	116	55	2,11	155	88	1,76	187	89	2,10	210	103	2,04
Prof. A3	73	60	1,22	29	18	1,61	22	18	1,22	33	30	1,10
Prof. A4	179	60	2,98	150	72	2,08	167	78	2,14	197	72	2,74
SUBTOTAL	541	247	2,19	490	256	1,91	525	263	2,00	495	229	2,16

Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Cálculo productividad 2017- Grupo B

GRUPOB	mar-17			abr-17			may-17			jun-17		
	PAC	HS	PRODUCTIV	PAC	HS	PRODUCTIV	PAC	HS	PRODUCTIV	PAC	HS	PRODUCTIV
Prof. B1	133	72	1,85	101	56	1,80	117	66	1,77	60	48	1,25
Prof. B2	121	54	2,24	98	48	2,04	97	42	2,31	103	48	2,15
Prof. B3	34	26	1,31	39	31	1,26	55	30	1,83	65	36	1,81
Prof. B4	137	74	1,85	100	57	1,75	104	67	1,55	57	48	1,19
SUBTOTAL	425	226	1,88	338	192	1,76	373	205	1,82	285	180	1,58

Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Cálculo de productividad 2018 – Grupo B

GRUPOB	mar-18			abr-18			may-18			jun-18		
	PAC	HS	PRODUCTIV	PAC	HS	PRODUCTIV	PAC	HS	PRODUCTIV	PAC	HS	PRODUCTIV
Prof. B1	79	42	1,88	75	48	1,56	88	62	1,42	89	72	1,24
Prof. B2	60	30	2,00	60	30	2,00	140	56	2,50	137	60	2,28
Prof. B3	109	49	2,22	70	30	2,33	33	20	1,65	44	25	1,76
Prof. B4	69	48	1,44	29	21	1,38	9	8	1,13	15	13	1,15
SUBTOTAL	317	169	1,88	234	129	1,81	270	146	1,85	285	170	1,68

Fuente: elaboración propia

Tabla 10. Cálculo productividad 2017- Grupo C

GRUPOC	mar-17			abr-17			may-17			jun-17		
	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI
Prof. C1	207	108	1,92	88	54	1,63	233	103	2,26	306	134	2,28
Prof. C2	0	0	0,00	0	0	0,00	16	9	1,78	144	96	1,50
Prof. C3	0	0	0,00	0	0	0,00	70	72	0,97	145	79	1,84
Prof. C4	56	85	0,66	32	78	0,41	40	66	0,61	82	114	0,72
SUBTOTAL	263	193	1,36	120	132	0,91	359	250	1,44	677	423	1,60

Fuente: elaboración previa

Tabla 11. Cálculo productividad 2018- Grupo C

GRUPOC	mar-18			abr-18			may-18			jun-18		
	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI	PAC	HS	PRODUCTIVI
Prof. C1	366	135	2,71	335	119	2,82	339	119	2,85	366	128	2,86
Prof. C2	269	102	2,64	246	84	2,93	267	102	2,62	229	89	2,57
Prof. C3	206	72	2,86	291	96	3,03	273	102	2,68	258	96	2,69
Prof. C4	217	114	1,90	379	100	3,79	350	104	3,37	300	124	2,42
	1058	423	2,50	1251	399	3,14	1229	427	2,88	1153	437	2,64