



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**IMPACTO DEL PROGRAMA DE INCENTIVOS ECONÓMICOS
POR PRODUCTIVIDAD EN EL DESARROLLO QUIRÚRGICO
DEL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL 2006-2011**

TESIS

PARA OPTAR

EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN GESTIÓN EN SALUD

PRESENTADA POR
JOSÉ ARMANDO TORRES SOLÍS

ASESOR

CARLOS EMILIO LUQUE VÁSQUEZ

LIMA, PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**IMPACTO DEL PROGRAMA DE INCENTIVOS ECONÓMICOS POR
PRODUCTIVIDAD EN EL DESARROLLO QUIRÚRGICO DEL
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL 2006-2011**

TESIS

PARA OPTAR

EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN GESTIÓN EN SALUD

PRESENTADA POR

JOSÉ ARMANDO TORRES SOLÍS

ASESOR

DR. CARLOS EMILIO LUQUE VÁSQUEZ

LIMA, PERÚ

2022

Miembro de Jurado

Presidente: Julio Diéguez Grimaldo, doctor en Medicina

Miembro: Carlos Enrique Ruiz Mori, doctor en Gestión en Salud

Miembro: Paul Rubén Alfaro Fernández, doctor en Medicina

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Medicina, mi alma mater, siempre...

ÍNDICE

	Páginas
Portada	I
Jurado	II
Dedicatoria	II
Agradecimiento	IV
Índice	V
Resumen	VI
Abstract	VII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Bases teóricas	6
1.3 Definición de términos básicos	16
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	18
2.1 Formulación de la hipótesis	18
2.2 Variables y su operacionalización	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	20
3.1 Tipo y diseño	20
3.2 Diseño muestral	20
3.3 Procedimientos de recolección de datos	21
3.4 Procesamiento y análisis de los datos	21
3.5 Aspectos éticos	22
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	23
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	
ANEXOS	
1. Estadística complementaria	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

NOMBRE DEL TRABAJO

IMPACTO DEL PROGRAMA DE INCENTIVOS ECONÓMICOS POR PRODUCTIVIDAD EN EL DESARROLLO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL

AUTOR

TORRES SOLÍS JOSÉ ARMANDO

RECuento de palabras

9409 Words

RECuento de caracteres

51386 Characters

RECuento de páginas

44 Pages

Tamaño del archivo

311.7KB

Fecha de entrega

Jan 12, 2023 4:08 PM GMT-5

Fecha del informe

Jan 12, 2023 4:09 PM GMT-5

● **13% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el impacto del programa de incentivos económicos por productividad en el desarrollo de las especialidades quirúrgicas. Se aplicó una ficha diseñada y registros de la base de datos del Hospital Sabogal a la población que cumplía los criterios de inclusión del estudio. Participaron 9 861 pacientes del Departamento de Cirugía, en relación con los grupos etarios, la mayor cantidad de cirugías fue en los adultos con 45, 7%.

Los diagnósticos más frecuentes encontrados e intervenidos quirúrgicamente fueron los de Colelitiasis (72,7%). En cuanto a los niveles de complejidad para los procedimientos quirúrgicos, es en el nivel B donde se presentó mayor porcentaje: 78,3%.

Al comparar los niveles de complejidad de los procedimientos quirúrgicos a lo largo de los años de estudio fue este nivel el de mayor porcentaje, también con un 78,3%. Al comparar el nivel de complejidad de los procedimientos realizados sin el programa de incentivos, este fue el más frecuente, representó el 69,2% y el 95,.0% de los procedimientos, a través del programa de incentivos por “Daño Resuelto”. Al comparar el diagnóstico quirúrgico más frecuente y el incentivo “daño resuelto” la Colelitiasis, representó el mayor porcentaje en un 55,0% de los procedimientos realizados fuera del programa de incentivos, y el 45,0% a través de este.

En conclusión, el análisis del Programa Piloto de Incentivos Económicos mostró su eficiencia, ya que a través de él se realizaron una mayor cantidad de procedimientos quirúrgicos (daño resuelto) que permitieron resolver el “embalse quirúrgico”, con lo cual se mejoró los niveles de atención y distribución de recursos humanos.

Palabras clave: Incentivos financieros médicos

ABSTRACT

To determine the impact of the program of financial incentives for productivity in the development of surgical specialties. One designed record and records of the Hospital Sabogal database the population that met the study inclusion criteria were applied. A total of 9861 patients in the Department of Surgery, in relation to age, number of surgeries was higher in adults 45,7% The most frequent diagnosis was found and surgically treated Cholelithiasis 72,7% levels of complexity.

For surgical procedures is the level B with more percentage in 78,3%. When comparing the levels of complexity of surgical procedures over the years of study B was the highest level in percentage 78,3%. When comparing the level of complexity of the procedures performed without the incentive program, the most common was the level "B", which accounted for (69,2%) and (95,0%) of procedures through the incentive program "resolved damage "Upon comparing the most frequent surgical diagnosis and incentive" solved damage, "Gallstones, represented a higher percentage (55,0%) of the procedures performed outside of the incentive program and (45,0%) through the incentive program "Resolved Damage".

Analysis of Economic Incentives Pilot Program showed that as many surgical procedures (solved damage) that helped solve the "surgical reservoir", improving service levels and distribution of human resources were made.

Keywords: Physician financial incentives

INTRODUCCIÓN

La falta de una política en el sistema de pago en el sector salud ha hecho que sea difícil establecer normas claras para el mecanismo de contratación y que como consecuencia se genere desigualdad en la remuneración de su personal. Este escenario de crisis global del capital humano es la consecuencia de décadas de fallas de las condiciones laborales y de salarios deficientes, ocasionando migración de recursos humanos.

Es por ello por lo que el sistema de remuneración ha generado y sigue generando múltiples discusiones en relación con el tipo de pago, pudiendo afectar el ejercicio de la medicina, y al mismo tiempo el trato con el paciente.

Además, es importante consignar que un factor que influye en la calidad del sistema en lo que refiere a gasto y producción de los profesionales de la salud, son las fórmulas de pago y los incentivos.¹, teniendo en consideración el crecimiento de los costos en la prestación de servicios médico-hospitalarios que ha creado polémica sobre nuevas formas de remuneración. Especialmente si se considera que las diversas formas de pago por la prestación de servicios en salud, en especial de los médicos, en diferentes países del mundo son cada vez más complejas, viéndose ello reflejado en los intereses y estrategias de los diversos sectores comprometidos en la prestación del servicio²

Por tanto, el estudio y diseños de los esquemas de contratación con pago más exacto para cada contexto a cambiado en una forma de química moderna, que estima responder los desafíos de la gestión de Salud, iniciando así en la seguridad social un plan piloto para poder aumentar la productividad en base a una eficiencia estimulada: pago por productividad del personal médico y enfermeras, mecanismo que busca resolver el llamado embalse de pacientes en algunas especialidades y con patologías ya conocidas.

Mientras la Institución encuentra el justo salario a los trabajadores, nuestra propuesta es determinar el impacto del programa de incentivos económicos por productividad en el desarrollo de las especialidades quirúrgicas en el periodo del

2006-2011 en el Hospital Alberto Sabogal. Así mismo, identificar el número de Procedimientos quirúrgicos por programa de incentivos, analizar el incremento en el número de Procedimientos quirúrgicos por diagnóstico quirúrgico, el nivel de complejidad de los procedimientos quirúrgicos, y comparar la productividad anual, de acuerdo al tarifario Institucional por nivel de complejidad de los procedimientos quirúrgicos en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el período 2006–2011.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

Flodgren G *et al.*, en el 2011, presentaron una visión general sobre varias revisiones sistemáticas entre 1990-2010 en varias bases de datos electrónicas con el objetivo de evaluar la efectividad de los incentivos financieros en relación con la transformación de comportamientos de los profesionales de salud y la visión de los pacientes. Fueron agrupados los incentivos financieros en cinco grupos: pago en relación al tiempo, por cada atención, por servicio a un grupo de pacientes, por proporcionar un nivel predeterminado o un cambio en la actividad, o la calidad de la atención. En lo que se refiere a pago en relación al tiempo resultaron ser inefectivos. Los pagos por cada atención fueron mas, efectivos, así como el pago a una determinada población..

Se concluyó que los incentivos financieros son eficaces para modificar el comportamiento del personal de la salud. Aunque la evidencia mostró serias limitaciones metodológicas, y también es muy limitada su integridad y generalización, no encontró suficientes pruebas sobre si los incentivos financieros mejoran los resultados en relación con el paciente. ³

Pardo K *et al.*, en el 2011, explica la remuneración y los incentivos en el Perú de acuerdo a su institución y contrato.

En el estudio se evalúa Minsa y Essalud 2008 y 2009 en relación a pagos , bonificaciones e incentivos, todo guarda relación al tiempo y cargo en la institución.. Las modalidades de contrato 276 y el sistema privado 728; el CAS y CLAS.

Los pagos son diferenciados, siendo menor en MINSA, Los CAS tienen un menor honorario que en el Minsa, contrariamente a lo que ocurre en EsSalud. Siendo los CLAS los menos beneficiados en proporción. Finalmente, concluyen que existe diferencia en la estructura y los montos salariales de acuerdo con la institución y al tipo de contrato suscrito. ⁴

Fry D *et al.*, en el 2010, determinaron que la asociación virtual es un acuerdo financiero entre los cirujanos y los hospitales basado en un innovador mecanismo de contabilización de costos que asocia los incentivos para alentar y recompensar la atención coordinada, mejorando la calidad y reduciendo costos. Se puede crear entre los hospitales y los cirujanos que operan en episodios específicos cuando la atención quirúrgica ya está siendo pagada a través de los “pagos globales”. Las tasas son negociadas en la mayoría de los hospitales. En cuanto al pago de las aseguradoras comerciales en los casos seleccionados para cirugías mayores electivas y los pagos por el “diagnostico a los grupos”, éstos son asumidos por los servicios médicos.⁵

García-Lacalle J *et al.* afirma que actualmente, gran parte de los países desarrollados se usan pagos prospectivos para solventar la parte publica. Sin embargo estos pagos prospectivos ayudan el control del gasto, dan lugar a disminución de la calidad del servicio.

Este estudio explica las formas principales de variantes en relación a sistemas de pago mas usuales y las respuestas con el objetivo de entender si alguno de ellos describe compatibilizar los objetivos de eficiencia y calidad. Aunque no existe una solución óptima, la combinación de un método de pago prospectivo con una parte fija y otra variable probablemente sea la mejor solución para alinear los intereses económicos de los financistas y los hospitales, sin afectar los intereses de los pacientes.⁶

Crawley D *et al.*, en el 2009, estudiaron la asociación entre la clase social y el logro de los objetivos de atención en tres tipos de enfermedades (cardíaca coronaria, diabetes e hipertensión), antes y después de la introducción del programa pago por calidad durante el 2004 en Inglaterra. Este modelo utiliza un nuevo contrato con incentivos para el médico general, teniendo un componente importante llamado *Quality and Outcomes Framework* (Marco de calidad y resultados). El sistema consiste en asignar una puntuación para el alcance de metas en el cuidado de salud, que se vincula con premios financieros que pueden representar hasta el 25% de los ingresos anuales de los médicos. Los resultados demostraron que la calidad del manejo de las enfermedades crónicas en Inglaterra fue ampliamente equitativa

entre todos los grupos socioeconómicos antes de la introducción de esta modalidad de pago, y se mantuvo así después de su introducción.⁷

Peombo C *et al.* tuvieron como objetivo analizar y concluyen que la globalización marca un límite necesario, quien no este apta a variar en favor de la globalización tiende a disminuir su eficiencia, teniendo a la información como objeto principal en su uso adecuado y momento adecuado.⁸

O'Shea S en el 2008, evalúa los cambios en la forma de pago a los médicos en Estados Unidos, que en las últimas cuatro décadas estuvieron mal diseñadas y que una reforma no podrá suceder de forma rápida ni fácil. Relatan que se hace necesaria una reforma duradera del sistema de pago que se resolverá únicamente mediante el reembolso basado en el valor de su trabajo de acuerdo con las decisiones clínicas individuales y no por mandato federal. Concluye que el sistema de pago al médico actualmente está basado en un programa de tarifas administradas por el gobierno federal para miles de servicios, y un objetivo de gasto vinculado al producto bruto interno nacional desproporcionado a los servicios quirúrgicos. El problema para los cirujanos y sus pacientes no es si el sistema tiene que ser reformado, sino cómo alinear los incentivos para promover decisiones que aumentarán el valor de los servicios quirúrgicos. La reforma debe impulsar las mejoras en la calidad de los servicios y los pagos médicos equitativamente a la atención que ofrecen. La falta de reforma del sistema no sólo será cara (?), pero es probable que se inicie un proceso de mejoras en cuanto se refiere a la atención quirúrgica de calidad para las personas mayores de los Estados Unidos.⁹

Peiró y García Altes A realizan un análisis de los diferentes elementos sobre los esquemas de pago, en especial por el pago por calidad (P4P), su efectividad en relación con quien, cuanto y como en relación a incentivos y finalmente considera al sistema organizador. El «pago por calidad» esta dominando el escenario sea por capitación o salarial. Los autores hacen una breve observación sobre quién debe recibir los incentivos, donde una de las posibilidades es al grupo personas de salud; y una segunda opción sería el conjunto de médicos especialistas que actúan alrededor de un tipo de atención, como, por ejemplo, el conjunto de especialistas que acuden para atención multidisciplinaria de un paciente diabético. Así también se considera a las enfermeras y otros profesionales.

Finalmente, concluyen que, pese a sus limitaciones del pago por calidad, y las escasas evidencias sobre su efectividad y capacidad para mejorar la calidad de la asistencia, el P4P está entrando dentro del sistema de pagos, mas no necesariamente en las modalidades utilizadas actualmente. El pago por calidad tiene la ventaja de su flexibilidad para ser modificado y cambiado a uno de mejor calidad.¹⁰

Reschovsky y Hadley J observaron que la proporción de médicos cuya remuneración se basaba, en parte, en las medidas de calidad, pasó de 17,6% en enero del 2000 al 20,2% en mayo del 2004, según un nuevo estudio nacional del Centro de Estudios para el Cambio del Sistema de Salud. A pesar de este pequeño, pero estadísticamente significativo aumento, la compensación de los médicos relacionados con la calidad es mucho menos común que los incentivos económicos ligados a su productividad individual, lo que ha afectado sistemáticamente en la práctica al 70% de los profesionales. El examen de la evolución de compensación de los médicos relacionados con la calidad desde 1996 hasta 1997 sugiere que los incentivos de calidad son más frecuentes entre los médicos de atención primaria y en las grandes prácticas que reciben una parte sustancial de los ingresos procedentes de los pagos de capitación, o fijos por pacientes y los pagos mensuales.¹¹

McDonald R *et al.*, en el 2007 investigaron el impacto de los incentivos económicos en la calidad de cuidados dentro de la institución, en la autonomía clínica y la motivación interna de los médicos y enfermeras. Participaron en el estudio 12 médicos, 9 enfermeras, 4 asistentes y 4 personales administrativos, cuyo desempeño fue observado por cinco meses, en relación con la calidad de cuidado después de comenzar los incentivos financieros. Los resultados demostraron que el marco de calidad y resultados (*Quality and Outcomes Framework*) aumentaron en el uso de modelos en cuanto al nivel de cuidados. Fue adoptado una forma de evaluación con visión clínica como “cazadora” o “perseguidora” dependiendo de la responsabilidad individual para realizar con calidad sus objetivos. Las actitudes hacia el contrato fueron muy positivas, aunque el descontento fue mayor en la práctica por la vigilancia intensiva. Las enfermeras expresaron más preocupación que los médicos acerca de los cambios en la práctica clínica, pero también

apreciaron haberles otorgado la responsabilidad de cumplir los objetivos. La mayoría de los médicos no cuestionaron los objetivos de calidad que existieron relacionados con los objetivos de tiempo de su propia autonomía clínica. Concluyeron que la aplicación de los incentivos financieros a la calidad de atención no parece haber afectado la motivación interna en los médicos evaluados, aunque las enfermeras mostraron mayor preocupación, informando de más de un conflicto derivados del nuevo estilo de trabajo. Algunas señalaron como positivo el marco de calidad y respuestas, pero otras indicaron que la relación enfermera-paciente se vio afectada y disminuyó su satisfacción en el trabajo.¹²

Rodwin M, en 2004, realizó un estudio relacionado a los incentivos financieros para los médicos, donde resalta que el uso de los incentivos podría ocasionar dos tipos de problemas, el primero relacionado con el comportamiento clínico, en la cual el profesional consideraría sus propios intereses al tomar decisiones, que podría producir buenos resultados a corto plazo, sin embargo, este interés personal llevaría a un compromiso en la ética en relación con el paciente. Un sistema sin incentivos tendría resultados que no compromete el profesionalismo, ya que no motiva este interés. En segundo lugar, los incentivos pueden exacerbar el conflicto de intereses, en la cual el médico debe velar por el interés del paciente y no por el interés financiero propio, o por el de su propia organización de salud. De esta forma, concluye que el reto para la política de salud es promover normas organizativas que fomenten la buena medicina; que los incentivos financieros para médicos deben ser usados para promover objetivos como mejorar la calidad médica, un cuidado centralizado en el paciente y en un eficiente uso de los recursos.¹³

Ferreira A en 2003, enfatiza la satisfacción profesional como un conjunto de sentimientos positivos que los médicos tienen en torno a varios aspectos de su práctica profesional en su organización, encontrando que los principales métodos de pago a médicos son tres: el sueldo (pago fijo en un cierto período de tiempo, normalmente mensual, bajo el cumplimiento de un horario de trabajo previamente estipulado), la capitación (pago por cada paciente que es parte de la lista del médico, determinado en función de factores de riesgo del enfermo, como la edad, sexo y condición socio-económica y estando normalmente a su cargo) y el pago al acto o *fee for service* (por cada unidad de cuidados de prestación de salud –

consulta, vacuna, prescripción de medios complementarios de diagnóstico y terapéutica, entre otros, eventualmente en función a factores de riesgo asociados al paciente). En algunas organizaciones estadounidenses de cuidados en salud, el uso de incentivos financieros sobre la remuneración base del médico con el objetivo de que en algún modo, condicione su práctica, se puede realizar positivamente de varias formas, traducéndose en un bono o en una partida de lucro de la organización de salud, en relación al cumplimiento de los diversos objetivos, como ahorro de recursos, elevada productividad individual o de grupo, evaluación de satisfacción de los pacientes (basado en cuestionarios que llenan sobre los médicos o en el retorno del servicio -ofrecidos por el médico); o en el cumplimiento de la metas de calidad (de tipo clínico, auditorías administrativas).

Por otro lado, la influencia de los incentivos financieros puede hacerse sentir negativamente, si se trata de la retención por la organización de salud, de una parte, de la remuneración al profesional médico, ofreciéndole hacerle entrega posterior o condicionada al cumplimiento de las metas preestablecidas, o penalizaciones por no cumplirlas.¹⁴

Gaynor M *et al.*, en el 2001, en un análisis de los registros de una organización para el mantenimiento de la salud en Norteamérica, encontraron datos donde los incentivos financieros se encuentran relacionados explícitamente a las medidas de calidad de atención (clínica –relacionadas con la promoción de atención preventiva de salud, unidos a la satisfacción de los pacientes o resultados de auditorías regulares-) promovieron mejores resultados, tanto en la satisfacción de los profesionales, como en la calidad global de prestación de servicios en la organización. Prueban por lo tanto que, un sistema bien concebido de incentivos puede, simultáneamente, favorecer la contención de costos de la organización con el mantenimiento de salud de sus pacientes y el aumento de la calidad desde que haya una inversión en el entrenamiento e información adecuada a los médicos.¹⁵

Scott A en el 2001, evalúa la parte económica y no económica de 624 médicos ingleses de clínica general de 582 escoceses (trabajando a tiempo entero), por medio de un cuestionario (obteniéndose un 70% tasa de respuestas), con el objetivo de determinar cuáles son los factores influyentes en la elección del local de trabajo.

El autor pretende evaluar los factores que afectan la satisfacción profesional de los médicos, además de la dimensión económica (incentivos financieros), tales como los que condicionan su nivel de tensión en el trabajo, su satisfacción intelectual, su autonomía profesional y su reputación, por tanto, fenómenos de dimensión psicológica, difícilmente mensurables en comparación por sus aspectos económicos, y que pasan por la dimensión ética del trabajo médico. Los resultados son que los médicos valoran positivamente el aumento en su rendimiento (especialmente los médicos más jóvenes) y negativamente el aumento en su horario de trabajo, a priori, respuestas previsibles. Se observa una clara preferencia por empleos con menor lista de pacientes, menor horario de trabajo normal (y menos horas de servicio de emergencia y guardias), mayor posibilidad de desarrollo de trabajo de investigación (especialmente en médicos que inician su carrera) y en donde hay mayor empleo de prácticas clínicas estandarizadas, constatando que los médicos se muestran dispuestos a prescindir de rendimiento (en escalas variables) para gozar de modo más intenso estas características no monetarias de sus empleos.¹⁶

Dolcini H, en el 2000, reconoce que la salud no puede ser totalmente gratuita dada la tecnología, nuevos procedimientos, mayor cantidad de médicos.¹⁷

Leitch y Walker P en 2000, aseguran que la única forma de compensación para los cirujanos son los incentivos financieros que los motivarán a lograr un mejor desempeño académico en las ciencias de la salud, y su vez en las metas establecidas por el hospital.

Para saber cuál es el tipo de incentivo que prefieren los cirujanos, fue aplicado un cuestionario a 64 profesionales del Departamento de Cirugía del Hospital de Toronto de los cuales solo respondieron 59. Los resultados fueron que los 48 cirujanos (81%) reciben como remuneración *fee-for-service* (pago por honorario o procedimiento). Sin embargo, 32 cirujanos (54%) prefieren este método de pago *fee-for-service*, en tanto que, 18 (31%) se inclina por el pago de salarios y un 9 (15%) algún sistema alternativo de pago. De los factores de motivación evaluados, el bono financiero constituye un elemento positivo para todas las "tasas quirúrgicas". Siendo que, todas las tasas específicas de motivación financiera fueron establecidas por investigación, enseñanza y cirugía, incluyendo las facilidades para investigaciones,

orientaciones a alumnos y realce de los casos. Al final del estudio, concluyen que los cirujanos no son apropiadamente remunerados por las labores académicas realizadas, además de las actividades asistenciales que realizan, y algunos profesionales podrían preferir una forma alternativa de compensación del pago por procedimiento, habiéndose identificado la preferencia de estas.¹⁸

Hardley J *et al.*, en 1999, verificaron que los médicos declararon percibir a los incentivos financieros recibidos como presión por su servicio, están muy insatisfechos (3,5 veces más) que aquellos que declararon sentir los incentivos como neutrales en cuanto a su producción y prescripción de cuidados. En relación con la satisfacción de las expectativas previas sobre la autonomía profesional y la calidad de los cuidados, afirmaron que los incentivos restringieron los cuidados de salud que los pacientes acceden en apenas un 20% de sus expectativas satisfechas. Es decir, los incentivos económicos limitan los servicios de salud que se sienten como una intrusión ilegítima en la actividad profesional. Los médicos declaran tener incentivos que restringen los cuidados de salud a lo que sus pacientes tienen menor probabilidad de sentir total libertad en su práctica cotidiana.¹⁹

Clack G, 1999, realiza un cuestionario a 478 médicos en Londres ejerciendo de 3 a 5 años, con el objetivo de evaluar su (in)satisfacción profesional y los motivos que los justifican. Los niveles de insatisfacción de 21% revelan estar arrepentidos de haber escogido la profesión médica, por causa de la carga horaria de trabajo (50% apuntan este hecho), por ser considerados mal pagados (32,9%) y por los elevados costos personales de la profesión, impidiéndoles tener una vida en familia y social normal (26,3%).

Es raro notar que la parte económica aparece en segundo (y no en primero) lugar como fuente de insatisfacción. Entre otros factores de insatisfacción se mencionan las pobres condiciones de trabajo (17,1%) la falta de reconocimiento y apoyo por los superiores en la carrera médica (17,1%) y por los gestores de los servicios de salud (13,2%). Estos factores presentan diferencias en cuanto a la intensidad, los médicos de cuidados primarios o los médicos hospitalarios. Ambos resaltan el exceso de horas de trabajo como fuente de insatisfacción, siendo que los médicos hospitalarios dan más importancia al factor de bajo rendimiento.²⁰

Robinson J, en 1999, identificó las nuevas formas de pagos emergentes en la práctica médica en California, encontrando que el pago en diversas organizaciones, tanto en la atención primaria como en la especializada el costo era completo en toda la enfermedad en sus diversas etapas pre, trans y postoperatorio. El pago por enfermedad también puede ser descrito para una enfermedad que requiera la participación de múltiples especialistas.²¹

Adinolfi P en 1998, en su estudio sobre el efecto del pago por acto en la actividad de los médicos de hospitales públicos italianos, resalta que la satisfacción de estos profesionales se presenta en promedio con resultados negativos, por las desigualdades de remuneración (especialmente por parte de las especialidades médicas que no tienen contacto directo con los pacientes, como radiólogos o patólogos, una baja remuneración en comparación con las otras especialidades), la falta de armonía en el local de trabajo, la falta de motivación, manipulación de los datos y los juegos de poder que la burocracia del sistema parece haber facilitado.²²

Whynes y Baines D en 1998, en su investigación a médicos británicos, concluyen que la permeabilidad de la práctica profesional a los incentivos económicos será en parte de su valorización personal y de la calidad de atención que prestan. Si el nivel de preocupación de los médicos al respecto de la calidad de atención fuera elevado, entonces no habrá gran margen para que sean fuertemente influidos por los incentivos monetarios (aspectos que los autores confirman empíricamente).²³

2.2 Bases teóricas

Modelos de pago

El sistema de pago o remuneración es un conjunto de principios, criterios y procedimientos que son utilizados de forma ordenada por la gestión institucional, para retribuir un servicio prestado buscando, de esta forma, maximizar los resultados producto de estos servicios y un comportamiento eficiente de la organización.²⁴

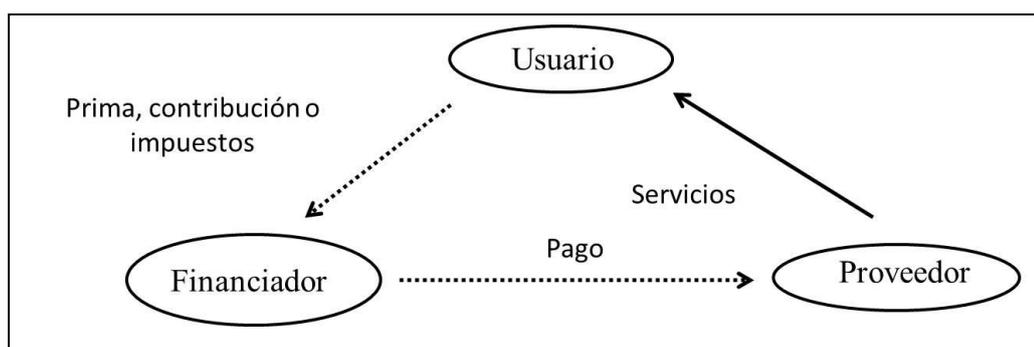
Los modelos de pago como instrumentos de gestión se relacionan con factores como la condición de la oferta, la demanda y la gestión. Los modelos de pago a los proveedores generan comportamientos de los prestadores relacionadas a la

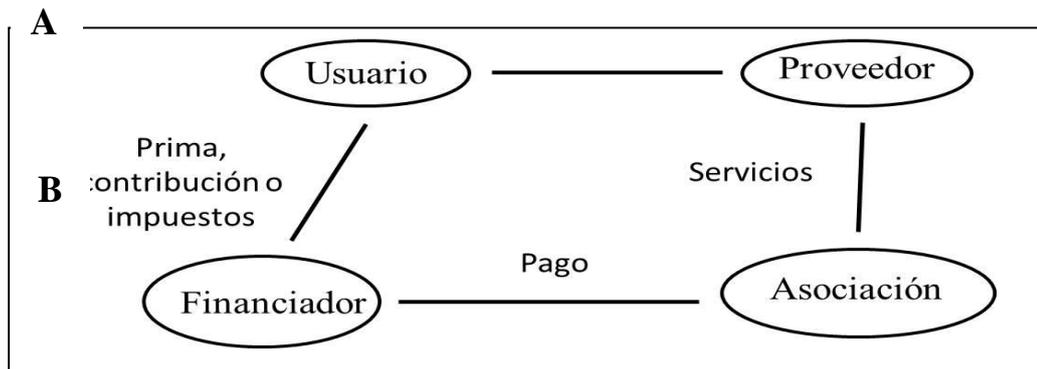
cantidad, calidad y productividad; así como también comportamientos de los prestadores relacionadas a la identificación con los objetivos de la organización. Estos modelos de pago promoverían conductas en los usuarios o influirían en su satisfacción, del mismo modo que podría influir sobre la motivación de los prestadores.¹

Por tal razón, Sloan y Steinwald B²⁵ en su investigación compararon dos modelos de diferentes mercados económicos, explicando que el mercado privado establece la forma de pago y el precio, lo que no sucede con el mercado público donde ya se encuentra implantado. No hay nada que se exacto dependiendo lo que uno quiere se puede escoger el sistema más adecuado.¹

Así mismo, las unidades de pago se distinguen por el grado de agregación de los servicios asistenciales contratados. El pago por servicio es lo menos global y las unidades más global son los pagos por un proceso asistencial, por una estancia hospitalaria un período. Este criterio es importante, ya que define el tipo de incentivo que el financiador emite al prestador, al determinar qué productos y qué insumos entran en juego en el concepto de eficiencia que se está incentivando. Por ejemplo, con un pago capitolativo, el proveedor tendrá ingresos mayores si aumenta el número de adscritos, mientras que sus ingresos no varían, aunque aumente la intensidad de la atención por adscrito.²⁶

En relación con los actores del sistema de salud, inicialmente se evaluaba la relación médico-paciente, así como el pago de honorarios correspondientes. En la actualidad, esto se modificó y se suele identificar a un tercer actor: el financista, que sumado a los anteriores: el proveedor y el usuario, constituyen los tres personajes (Fig. 1A). En algunos casos se considera como el cuarto actor a los colegios profesionales.¹ (Fig. 1B).





Los actores del sistema de pago son los que intervienen directamente en la determinación de la cantidad de ingresos a ser recibido por el financista. La economía médica identifica tres actores:

- a. El financista: el que respalda económicamente el suministro de servicios y conceptualiza la forma de pago a los prestadores, que pueden ser el asegurador o ministerios;
- b. Los prestadores o proveedores: pueden ser tanto profesionales de la salud o establecimientos que brinden atención en salud indicando tratamientos
- c. Los pacientes: quienes tienen cobertura según su contrato asociada al seguro.¹

En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo reconoce a partir de 1985, dos sistemas principales de pago: por resultado y por tiempo. Por otro lado, es importante mencionar que existen varias modalidades de remuneración en salud que estarían dentro de cualquiera de los sistemas, sucediendo entre ellos innumerables arreglos de tipo mixto, pudiendo considerarse algunos buenos y otros malos.^{27,28}

Son considerados como los tres últimos costo por acto, la capitación y el salario.

- El costo por acto favorece el ruleteo entre especialidades
- La capitación favorece la denegación, desprecio a los crónicos
- El salario establece el mínimo esfuerzo y cada acto se convierte en un problema²⁹.

El pago por honorario o unidad de servicio/procedimiento (*Free-for-Service*): es el sistema de pago más común para remunerar el trabajo en salud. En esta forma se paga cada acto médico, es una modalidad de pago por el cual el médico es remunerado si logra una meta de servicios. Esta modalidad de pago fue usada por la primera vez en el Reino Unido en 1990.²

Por enfermedad actual: es la remuneración con base en un valor global definido, de forma prospectiva, por el diagnóstico. Esta forma ha sido utilizada en Estados Unidos para pagar los servicios médicos ambulatorios del Medicare. En este sistema para determinar los valores de los servicios profesionales del médico en las diversas especialidades, se toma en consideración variables como: (i) el esfuerzo y la intensidad del trabajo dedicado en cada caso; (ii) los costos implicados en el trabajo en términos de capacidad y experiencia; (iii) los riesgos directamente relacionados al ejercicio de la profesión³⁰.

El concepto de «pago por calidad» (P4P) reúne diferentes estrategias que intentan estimular la mejora de la calidad asistencial por medio de incentivos financieros, remunerando a los proveedores de atención sanitaria según sus resultados en el cumplimiento de objetivos de calidad o productividad predefinidos, pese a que la efectividad del P4P para mejorar la calidad de la atención está poco establecida. Estos sistemas se están difundiendo ampliamente en el Reino Unido, Estados Unidos y países como España.¹⁰ P4P ha recibido especial atención como un medio potencial para mejorar la calidad general de la atención al reducir brechas entre lo que recomiendan las directrices nacionales de atención y los tratamientos efectivamente entregados en la comunidad de rutina práctica.³¹⁻³⁵

Sabiendo que en la atención médica permanente existen numerosos factores, son los modelos de pago más importantes los incentivos que cuenta el gestor de salud, teniendo en cuenta que el incentivo es todo elemento introducido por un agente del sistema para modificar la conducta de otro agente.^{1,29}

Manejado los instrumentos de honorarios los administradores podrían manipular indirectamente resultados, conductas que alteren la productividad y la calidad.¹

Así mismo, el incentivo es una fuente extrínseca de motivación financiera o no, al profesional de salud, esperando una modificación de su conducta clínica en relación

a la prevención, diagnóstico y decisiones de tratamiento con el objetivo de mejorar o aumentar su productividad.^{1,3,36} Estos incentivos pueden tener efectos imprevistos tanto en la motivación como en la moral; algunas actividades profesionales son motivadas intrínsecamente, es decir, que se llevan a cabo porque la actividad es satisfactoria porque lleva a una recompensa externa y no hay evidencia de que la motivación interna sea socavada por el incentivo exterior.³⁷ Esto es de gran importancia como la motivación intrínseca que ha sido tradicionalmente considerada como un atributo clave para la alta calidad profesional.³⁸

Se define como grupos etarios al niño hasta los 12 años, adolescente de 12 a 18 años, joven de 18 a 30 años, adulto de 30 a 60 años, y el adulto mayor de 60.

Modelos de pago en el sistema de salud

Los protagonistas se refiere a aquellos que determinan la cantidad de ingresos a ser recibido por el prestador.

1. El Asegurador
2. Los prestadores.
3. Los pacientes

En la Argentina, existe un cuarto protagonista que son colegios de profesionales medicos,

Siendo importante la prestación de servicios de salud ya que es una acción social que involucra a en varias formas, a veces sencillasw o dificiles y una acción económica que se refiere a recursos.

Clasificación de los modelos

Hay varias formas para remunerar los servicios, cada una de las cuales presenta ventajas y desventajas

Entendiendo a continuación y detalladamente como se expresan los modelos que se puede dividir en tres partes

1. ¿A quién se paga?
2. ¿Cantidad a pagar?
3. ¿Organización de suministros?

Sabiendo que en la Seguridad Social del Perú el mecanismo de pago se realiza por Diagnóstico Resuelto, teniendo como unidad de pago la Cirugía realizada. El mecanismo de pago es integral por cada paciente, para ello no se requiere estructura de costos, sino definir el paquete de atención por tipo de cirugía. Para lo cual se debe precisar el inicio del procedimiento para su pago.

Se puede definir como enfermedad resuelta al proceso en el cual el pago se realiza por una serie de atenciones, paquete o grupo relacionado de actividades por diagnóstico que incluyen procedimientos, intervenciones, visitas hospitalarias, los actos médicos relacionadas con un solo diagnóstico o sus complicaciones

Para cada acto médico participan diversos profesionales. Se debe definir el factor de riesgo en que caso - cirugías tipo A. (sobre qué base se define el factor), de complejidad alta, Cirugías de tipo B, de complejidad mediana, y cirugías tipo C de complejidad baja.

Con respecto a la unidad de pago por cirugía, este deberá definirse si se paga al alta del paciente, debiera considerarse si la auditoría contempla penalidades de descuento por complicaciones intrahospitalaria y fallecimientos.

Con respecto a los Valores Económicos entiéndase como Tarifario de pago por diagnóstico resuelto, donde se debe establecer el Valor Hora y su rendimiento, además de un tipo de indicador por tipo de procedimiento que incluya el riesgo.

En tal sentido de lo expuesto se intenta demostrar como el incentivo económico motiva y desarrolla una mayor producción quirúrgica.

2.3 Definición de términos básicos

El incentivo: Es una fuente extrínseca de motivación financiera o no, al profesional de salud esperando una modificación de su conducta clínica en relación con la prevención, diagnóstico y decisiones de tratamiento con el objetivo de mejorar o aumentar su productividad.^{1,3,36}

El sistema de pago o remuneración: Es un conjunto de principios, criterios y procedimientos que son utilizados de forma articulada por la gestión organizacional para retribuir un servicio prestado buscando, de esta forma, maximizar los resultados producto de estos servicios y un desempeño eficiente de la organización.²⁴

El *Financiador* quien brinda el suministro

Los prestadores, quienes deciden tratamientos

Los pacientes: el objetivo principal

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de la hipótesis

Por la naturaleza de la investigación, no requiere hipótesis.

2.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Incentivo por Caso Resuelto	Motivación extrínseca por producción	Razón	Incentivo Programada Emergencia	Número de pacientes			
Tipo de procedimiento quirúrgico	Complejidad quirúrgica	Razón	A, B, C, D, E	A, B, C			
Valor del procedimiento de acuerdo con el tarifario	Costo económico de procedimiento	Razón	A, B, C, D, E	Monto en Soles			
Diagnóstico		Razón	CIE 10				
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento al momento del diagnóstico	Cuantitativa	Dependiente		Ordinal	Grado 0 Grado I Grado II Grado III Grado IV	
Sexo	.	Cualitativa					
Fecha		Cualitativa		Mes/Año			

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño

El presente estudio sigue un diseño no experimental, cuantitativo; de tipo observacional-analítico, retrospectivo, de corte transversal, en el que se describe los efectos de una intervención no deliberada.

3.2 Diseño muestral

La población de estudio está constituida por 62 393 pacientes del Departamento de Cirugía del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, sometidos a diferentes procedimientos quirúrgicos, durante el período comprendido entre el año 2006 al 2011. Se trabajó con la totalidad de la población.

Como criterio de inclusión se consideró a pacientes registrados en la base de datos, y que fueron sometidos a procedimiento quirúrgico en el servicio de cirugía del Hospital Alberto Sabogal en el período 2006–2011.

3.3 Procedimientos de recolección de datos

Los datos se recolectaron a través de una ficha diseñada para tal fin, considerando las variables de estudio, la fuente de información fueron la base de datos del servicio de cirugía. Nuestra unidad de análisis fue un paciente sometido a un procedimiento quirúrgico en el servicio de cirugía del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el período 2006 – 2011.

3.4 Procesamiento y análisis de los datos

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico SPSS versión 19. Se realizó un análisis descriptivo de las variables a través de tablas de frecuencia y gráficas estadísticas. El componente analítico se demostró a través de tablas de contingencia y los valores de Chi cuadrado; consideraremos significativas a las asociaciones con un $p < 0,05$.

3.5 Aspectos éticos

La investigación utilizará datos previamente registrados en una base del Hospital Sabogal, por tanto, no se requerirá de consentimiento informado. Se respetará la

confidencialidad de los participantes y respetaremos los principios éticos fundamentales. Del mismo modo, se respetarán los códigos de ética del Colegio Médico del Perú y el código de ética de la Facultad de Medicina Humana USMP.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

La población intervenida quirúrgicamente durante los periodos de 2006 al 2011 en el departamento de Cirugía general del Hospital Alberto Sabogal en relación con la edad, se presentó entre 0 a 107 años, con una media de 53,42 años. El total de población intervenida quirúrgicamente durante este periodo fue de 9861; dentro de los grupos etarios, se presentó la mayor cantidad de cirugías en los adultos con 45,7% (4503 pacientes), seguido de los adultos mayores en 43,4% (4283 pacientes). (Tabla 1)

Tabla 1. Grupos etarios de los pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, 2006–2011.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0-12	353	3,6%	3,6%
12-18	87	0,9%	4,5%
18-30	635	6,4%	10,9%
30-60	4503	45,7%	56,6%
Mayor 60	4283	43,4%	100,0%
Total	9861	100,0%	

Durante el periodo evaluado, los diagnósticos más frecuentes encontrados e intervenidos quirúrgicamente fueron Colelitiasis 72,7%, Hernia 19,7%, Cáncer de estómago 3,8% y Cáncer de colon 3,8% (Tabla 2)

Tabla 2. Diagnósticos quirúrgicos más frecuentes durante el periodo 2006 al 2011 Servicio de Cirugía del Hospital Alberto Sabogal Sologuren

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hernia	1945	19,7%	19,7%
Colelitiasis	7166	72,7%	92,4%
Cáncer de Estómago	372	3,8%	96,2%
Cáncer de Colon	378	3,8%	100,0%
Total	9861	100,0%	

Los diagnósticos quirúrgicos que tuvieron aumento gradual durante los periodos estudiados fueron el cáncer de estómago y de colon, así como la colelitiasis, siendo ésta la de porcentaje más alto durante el período del 2008 al 2010. (Tabla 3)

Tabla 3. Prevalencia de los diagnósticos durante 2006 a los 2011 de pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, 2006–2011

Año de operación	Diagnóstico				Total
	Hernia	Colelitiasis	Cáncer de Estómago	Cáncer de Colon	
2006	250	817	48	39	1154
2007	172	969	37	58	1236
2008	289	1433	50	66	1838
2009	471	1681	62	63	2277
2010	426	1393	88	76	1983
2011	337	873	87	76	1373
Total	1945	7166	372	378	9861

Dentro de los niveles de complejidad para los procedimientos quirúrgicos presentados durante los periodos estudiados, se encontró que el nivel B es el que presentó un porcentaje mayor 78, % (Tabla 4)

Tabla 4. Niveles de complejidad durante el periodo de 2006 al 2011 en el Servicio de Cirugía del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, 2006–2011

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A	374	3,8%	3,8%
B	7726	78,3%	82,1%
C	1725	17,5%	99,6%
D	36	0,4%	100,0%
Total	9861	100,0%	

Al comparar los niveles de complejidad de los procedimientos quirúrgicos, presentaron diferencias significativas a lo largo de los años de estudio, siendo el nivel B el de mayores porcentajes. (Tabla 5)

Tabla 5. Niveles de complejidad por cada año estudiado Servicio de Cirugía del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, 2006–2011

Año de operación	Nivel de complejidad				Total
	A	B	C	D	
2006	41	860	243	10	1154
2007	35	1022	177	2	1236
2008	47	1549	241	1	1838
2009	51	1801	418	7	2277
2010	98	1518	357	10	1983
2011	102	976	289	6	1373
Total	374	7726	1725	36	9861

La atención por el programa de incentivos por “Daño Resuelto” presentó diferencias significativas, considerando los niveles de complejidad de los procedimientos quirúrgicos (valor de Chi²: 926.530 y un valor de $p < 0.001$).

El nivel de complejidad más frecuente fue el B, que representó el 69,2% (4395 pacientes) de los procedimientos realizados sin el programa de incentivos, mientras que representó el 95, % (3331 pacientes) de los procedimientos a través del programa de incentivos por “Daño Resuelto”.

Del 100% de los procedimientos quirúrgicos de nivel de complejidad “B” el 56.9% se realizaron fuera del programa de incentivos, mientras que el 43,1% se realizó a través del programa de incentivos por “Daño Resuelto”. (Tabla 6)

Tabla 6. Análisis entre los incentivos y el nivel de complejidad Servicio de Cirugía del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, 2006–2011.

		Nivel de complejidad				Total	
		A	B	C	D		
Daño Resuelto	No	Conteo	291	4395	1632	36	6354
		% del Daño Resuelto	4,6%	69,2%	25,7%	0,6%	100,0%
		% del Nivel de Complejidad	77,8%	56,9%	94,6%	100,0%	64,4%
		% del Total	3,0%	44,6%	16,6%	0,4%	64,4%
	Sí	Conteo	83	3331	93	0	3507
		% del Daño Resuelto	2,4%	95,0%	2,7%	0,0%	100,0%
		% del Nivel de Complejidad	22,2%	43,1%	5,4%	0,0%	35,6%
		% del Total	0,8%	33,8%	0,9%	0,0%	35,6%
Total	Conteo	374	7726	1725	36	9861	
	% del Daño Resuelto	3,8%	78,3%	17,5%	0,4%	100,0%	
	% del Nivel de Complejidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del Total	3,8%	78,3%	17,5%	0,4%	100,0%	

La atención por el programa de incentivos por “Daño Resuelto” presentó diferencias significativas, teniendo en cuenta el diagnóstico quirúrgico (χ^2 : 1100.369 y de $p < 0.001$). (Tabla 7)

El diagnóstico más frecuente, la Colelitiasis, representó el 55,0% (3939 pacientes) de los procedimientos realizados fuera del programa de incentivos (cirugías programadas, por ley de emergencias y a través del servicio de emergencias); mientras que representó 45,0% (3227 pacientes) de las cirugías por el programa de incentivos por “Daño Resuelto”.

Del 100% de las Colelitiasis atendidas en el período del 2006 al 2011, el 55,0% (3939 pacientes) se realizaron sin el programa de incentivos, y el 45,0% (3227 pacientes) a través del programa de incentivos por “Daño Resuelto”.

Tabla 7. Análisis entre el diagnóstico quirúrgico y el incentivo “daño resuelto” Servicio de Cirugía del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, 2006–2011.

	Diagnóstico	Total
--	-------------	-------

		Hernia	Colelitiasis	Cáncer de Estómago	Cáncer de Colon		
Daño Resuelto	No	Conteo	1839	3939	282	294	6354
		% del Daño Resuelto	28,9%	62,0%	4,4%	4,6%	100,0%
		% del Diagnóstico	94,6%	55,0%	75,8%	77,8%	64,4%
	% del Total	18,6%	39,9%	2,9%	3,0%	64,4%	
	Si	Conteo	106	3227	90	84	3507
		% del Daño Resuelto	3,0%	92,0%	2,6%	2,4%	100,0%
% del Diagnóstico		5,4%	45,0%	24,2%	22,2%	35,6%	
% del Total	1,1%	32,7%	0,9%	0,9%	35,6%		
Total	Conteo		1945	7166	372	378	9861
	% del Daño Resuelto		19,7%	72,7%	3,8%	3,8%	100,0%
	% del Diagnóstico		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del Total		19,7%	72,7%	3,8%	3,8%	100,0%

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El pago de incentivos económicos para la mejora en la productividad hospitalaria viene siendo utilizado en muchos países en las diferentes áreas médicas, obteniéndose resultados satisfactorios tanto en la calidad de la atención, aumento de procedimientos y en la satisfacción de los pacientes.

En el Perú, las modalidades de pago para el sector salud varían según el tipo de contratación y el de institución. Por tal motivo, EsSalud en su directiva GG EsSalud–2012 establece un mecanismo de pago para el mejoramiento de la gestión en los servicios quirúrgicos de sus centros de asistencia, con la finalidad de reducir las listas de espera quirúrgica; así como normar las actividades que se desarrollan dentro de este mecanismo de pago.

De esta forma, en el 2008 se establece un piloto con incentivos económicos para el equipo de cirugía en el Hospital Alberto Sabogal, con el objetivo de evaluar la productividad con la disminución de la lista espera y como consecuencia, el aumento de procedimientos quirúrgicos.

Los procedimientos quirúrgicos en relación con los incentivos económicos; demostrando que en los años 2006 y 2007 donde no existían estos incentivos, los procedimientos fueron de 11.7% y 12.5% respectivamente. Cuando fue establecido el Piloto en el 2008 hasta el 2010, fueron incrementándose los diferentes tipos de procedimientos, 18.6% (2008), 23.1% (2009) y 20.1% (2010); en el 2011 al ser retirado este piloto, se constata nuevamente la disminución en los procedimientos a 13.9%. Estos resultados en la mejora del servicio concuerdan con los obtenidos por Reschovsky y Hadley, J¹¹ quienes observaron también aumentos en sus servicios después de modalidades de incentivos en su personal médico.

Del total de diagnósticos encontrados durante el 2008 al 2011, la coleditiasis se elevó a un 72.7% siendo catalogado de complejidad B, seguido de hernias (19.7%) catalogado de complejidad C. El cáncer de estómago y colon se catalogan como complejidad A, en comparación con los dos primeros años 2006 y 2007 donde no existió el programa

Se destaca que la incidencia de la complejidad B en coleditiasis es la principal durante la cual el tiempo hospitalario es no mayor de un día en el 90% de los casos, así como el tiempo operatorio menor de una hora en el 85%.

Durante el periodo cuando fue establecido el Piloto, los casos diagnosticados de coleditiasis aumentaron durante los años 2008 en 20% (1433 pacientes), 2009 en 23.5% (1681 pacientes), y en el 2010 con 19.4% (1393 pacientes). De la misma forma tuvieron aumento los diagnósticos de hernia, cáncer de colon y estómago como muestra la Tabla 3. Estos altos porcentajes nos demuestran la alta incidencia en la población, haciendo que la lista de espera para el procedimiento quirúrgico aumente (embalse quirúrgico), viéndose necesario utilizar la capacidad resolutive no utilizada del hospital llámese sala de operaciones, recuperación, cama hospitalaria, y esto asociado a la participación del personal de las diversas áreas (cirujano, anesthesiólogo, enfermera, técnica y personal de limpieza). El programa de incentivos económicos permitió establecer nuevos horarios para el desarrollo de la actividad quirúrgica.

El programa de incentivos económicos “daño resuelto” surge por el embalse quirúrgico en sus diversas áreas preoperatorias, operatorias y post operatorias. La complejidad quirúrgica tipo B es la más frecuente, siendo el 100% colecistectomía laparoscópica, llevándose a cabo de dos maneras: programada electivamente que constituía el 55% de la casuística sin el programa de incentivos, y a través del programa de “daño resuelto” el 45% (Tabla 7); constituyendo el 95% de todo el programa. Es decir, este programa en el servicio de cirugía general se basó en colecistectomía laparoscópica. (Tabla 6).

Estos dos factores intervienen en el procedimiento quirúrgico, aumentando o disminuyendo su dificultad en los cuales se incluye la edad, comorbilidades como son la hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, problemas neumológicos,

cardiológicos; y el otro factor es el diagnóstico que incluye tiempo de enfermedad y número de episodios agudos. Cuando el embalse era mayor se podía seleccionar de manera sistemática los diagnósticos que en teoría no traerían mayores complicaciones y esto mejoraría el tiempo operatorio, la recuperación anestésica, complicaciones y estancia hospitalaria. Contrariamente, quedaron los pacientes con casos más complejos para la realización de manera electiva, lo que prolongó el tiempo operatorio, la recuperación anestésica y el tiempo de hospitalización, etc., y demostró, aparentemente, los beneficios del sistema en contra de la programación electiva.

Durante el Piloto, existieron algunas limitaciones en relación con los profesionales para conformar el equipo de daño resuelto, los cuales eran seleccionados arbitrariamente en las diversas áreas, y los cirujanos solamente se dedicaron al procedimiento quirúrgico, más no a la preparación ni al post operatorio inmediato posterior hasta el alta.

Sin embargo, tuvo varios puntos a favor, como la sistematización del procedimiento entre los participantes, mejorando la técnica operatoria, así como la disminución del tiempo inter operatorio a 15 minutos (de manera habitual una hora). De esta forma, el personal estaba comprometido en terminar la lista de espera ya que no dependía del tiempo sino del número.

Desde el punto de vista ético, la Guía de ética de incentivos profesionales sanitarios⁴⁰ define el incentivo como el “Estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía con el fin de elevar la producción y mejorar los rendimientos”, y de alguna forma recompensa los objetivos alcanzados, así como el reconocimiento al desempeño profesional. Estos incentivos pueden ser de varios tipos, entre ellos, el económico.

Un incentivo económico podría desviar del verdadero interés del profesional para su beneficio. Sin embargo, evaluando las amplias listas de espera, se consiguió realizar la mayor cantidad de procedimientos quirúrgicos, eliminando el “embalse” como muestra la Tabla 5, que, durante los períodos del programa piloto del 2008 al 2010, se realizaron un elevado número de procedimientos. De este modo, se

consiguió aprovechar el recurso humano profesional y técnico en favor de la atención del paciente asegurado.

CONCLUSIONES

El análisis del Programa Piloto de Incentivos Económicos establecido en el departamento de Cirugía General en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, durante los años 2008 al 2010 mostró que los incentivos económicos mejoraron el manejo organizacional de los recursos humanos y financieros, viéndose reflejado en beneficio del paciente, del equipo quirúrgico y del hospital, y causando un impacto positivo.

Se realizaron mayor cantidad de procedimientos quirúrgicos (daño resuelto) que permitieron resolver el “embalse quirúrgico”, mejorando los niveles de atención y distribución de recursos humanos.

La Colelitiasis, representó el 62,0% (3939 pacientes) de los procedimientos realizados fuera del programa de incentivos (cirugías programadas, por ley de emergencias y a través del servicio de emergencias); mientras que constituyó el 92,0% (3227 pacientes) de las cirugías por el programa de incentivos por “Daño Resuelto”.

El número de casos diagnosticados durante este período fueron mayores en relación con los años (2006, 2007 y 2011) donde no se estableció el incentivo.

Este tipo de estímulo es potencialmente, de gran importancia, como motivación intrínseca, con el objetivo de alcanzar una alta calidad profesional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Tobar F, Rosenfeld N, Reale A. Modelos de pago en servicios de salud. Cuadernos médicos sociales. 1998; 74:39-52.
2. Cherchiglia M L. Formas de pago e práctica médica: teoría e evidência empírica—Washington, DC OPAS/OMS. 2002.
3. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes (Review). The Cochrane Library.2011; 7:1-94.
4. Pardo K, Andia M, Rodriguez A, Pérez W, Moscoso B. Remuneraciones, beneficios e incentivos laborales percibidos por trabajadores del sector salud en el Perú: análisis comparativo entre el ministerio de salud y la seguridad social, 2009. RevPeruMedExp Salud Publica. 2011;28(2):342-51.
5. Fry DE, Pine M, Pine G. Virtual partnerships: aligning hospital and surgeon Incentives. The American Journal of Surgery. 2010;200(1):105-110.
6. García-LacalleJ, VallespínEM, Royo MS. La financiación de la sanidad pública. Efecto de los sistemas de pago prospectivos en el rendimiento de los hospitales. Presupuesto y Gasto Público.2009;57:99-115.
7. Crawley D, Ng A, Mainous AG, Majeed A, Millett C. Impact of pay for performance on quality of chronic disease management by social class group in England. J R Soc Med. 2009;102(3):103-7.
8. Peombo C. Costos y gestión en servicios de salud: una revisión de la literatura. Quantum. 2008;III(1):55-74.
9. O'Shea SJ. Medicare Physician Payment Reform: Changing Incentives to Maintain Access to Quality Surgical Services. J Am Coll Surg. 2008; 206(1):165-170.
10. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. GacSanit. 2008; 22(Supl 1):143-55.
11. Reschovsky J, Hadley J. Physician financial incentives: use of quality incentives inches up, but productivity still dominates. Center for Studying Health System Change. 2007; issue108:2.

12. McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ*.2007:1-6.
13. Rodwin M. Financial incentives for doctors. Have their place but need to be evaluated and used to promote appropriate goals. *BMJ*. 2004; 328:1328-1329.
14. Ferreira AS. Impacto de sistemas de incentivos na actividade dos médicos: um olhar sobre a literatura com base empírica recente. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*. 2003;21(1):7-16.
15. Gaynor M, Rebitzer J, Taylor L. Incentives in HMOs. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. 2001 (*Working paper* 8522):33.
16. Scott A. Eliciting GPs' preferences for pecuniary and nonpecuniary job characteristics. *Journal of Health Economics*. 2001; 20:329-347.
17. Dolcini HA. Remuneraciones profesionales en el área de la Salud: una propuesta para su actualización. *RevSocÉtica en Medic*. 2000; 5:12.
18. Leitch KK, Walker PM. Surgeon compensation and motivation. *Arch Surg*. 2000; 135 (6):708-712.
19. Hadley J, Mitchell JM, Sulmasy DP, Bloche MG. Perceived financial incentives, HMO market penetration, and physicians' practice styles and satisfaction. *Health Services Research*. 1999; 34 (1):307-321.
20. Clack G. A retrospective survey of medical specialty choice and job satisfaction in a sample of King's graduates who qualified between 1985/86 and 1989/90. *Medical Teacher*. 1999; 21(1):77-82.
21. Robinson JC. Blended payment methods in physician organizations under managed care. *JAMA* 1999;282 (13):1258-1263.
22. Adinolfi, P. Performance-related pay for health service professionals: the Italian experience. *Health Services Management Research*. 1998;11(4):211-220.
23. Whynes, D, Baines, D. Income-based incentives in UK general practice. *Health Policy*. 1998; 43:15-31.
24. Girardi SN e Carvalho CL. – Estudo sobre modalidades de contratação e remuneração de serviços e do trabalho médico: os conceitos e evidências internacionais. *Org Pan-Americana da Saúde*. 2007:48-103.

25. Sloan FA, Steinwald B. Physician participation in health insurance plans: Evidence on Blue Shield. *J Hum Resour* .1978; 13(2):237-263.
26. Álvarez B, Pellisé L y Lobo F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *RevPanamSaludPublica/Pan Am J PublicHealth*. 2000:55-70.
27. Lee PR; Grumbach K.; Jameson WJ. Physician payment in the 1990s: factors that will shape the future. *Annual Review of Public Health*. 1990; 1:297-318.
28. Bodenheimer T, Grumbach K. Reimbursing physicians and hospitals. *JAMA*. 1994; 272:971-977.
29. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q*. 2001; 79:149-77.
30. Hsiao WC. An overview of the development and refinement of the Resource-Based Relative Value Scale. *Med Care*. 1992; 30: (11Suppl) NS1-12.
31. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve quality of care: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*. 1998; 280:1000-1005.
32. Institute of Medicine. Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare (Pathways to Quality Health Care Series). The National Academies Press, 2007. http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=11723.
33. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med*. 2007; 356:486-496.
34. Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J, Rumsfeld JS, Gibler WB, Ohman EM, Schulman KA, Peterson ED. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *JAMA*. 2007;297(21):2373-2380.
35. Rosenthal MB, Frank RG, Zhonghe L, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance. *JAMA*. 2005; 29(14):1788-1793.
36. Ettner S, Schoenbaum M. The role of economic incentives in improving the quality of mental healthcare. London: The Elgar Companion to Health Economics. 2006:1–565.

37. Deci E, Koestner R, Ryan R. A meta-analytic review of experiments examining the effects on extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychol Bull.* 1999; 125:627-88.
38. Marshall M, Harrison S. It's about more than money: financial incentives and internal motivation. *QualSaf Health Care.* 2005; 14:4-5.
39. Roemer M. Organización de la Asistencia Médica en los Regímenes de la Seguridad Social. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra. 1969.
40. Borrell F, Carballo F, Gadea I et al. Guía de Ética en la Práctica Médica. Ética de los incentivos a profesionales sanitarios. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid 2009:1-145.

ANEXOS

Anexo 1: Estadística complementaria

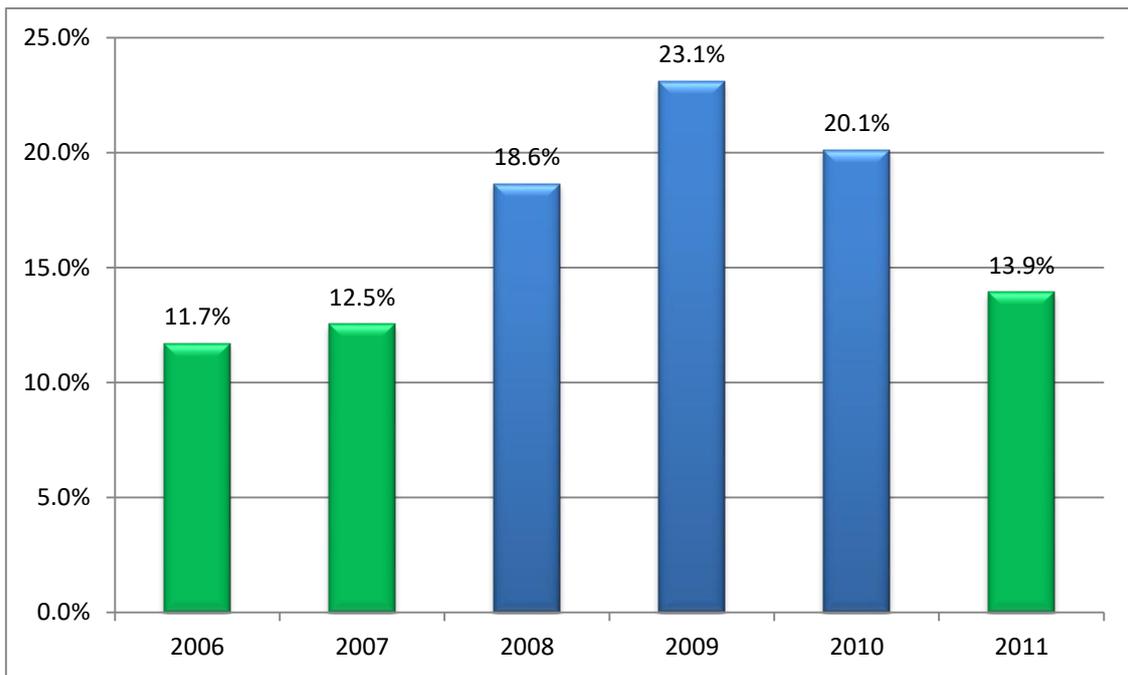


Figura 2. Porcentajes del total de procedimientos quirúrgicos durante las etapas sin incentivos (verde) y con incentivos (azul)

