

Modelo de Pago por Desempeño para Médicos Generales en una Institución Ambulatoria
Prestadora de Servicios de Salud en Bogotá

Julieta María Bastidas Rosas
Aida Milena Gutiérrez Álvarez

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Maestría en Administración en Salud
Bogotá, D. C.

2016

**Modelo de Pago por Desempeño para Médicos Generales en una Institución Ambulatoria
Prestadora de Servicios de Salud en Bogotá**

Julieta María Bastidas Rosas

Aida Milena Gutiérrez Álvarez

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Administración en Salud

Tutor

Dr. Ariel Emilio Cortés Martínez

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Administración en Salud

Bogotá, D. C.

2016

Nota de advertencia

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946

Pontificia Universidad Javeriana

Agradecimientos

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Javesalud y cada uno de sus colaboradores, quienes permitieron y facilitaron la información, espacios y tiempos para el desarrollo de este trabajo.

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a nuestras familias, amigos y compañeros, sin los cuales, la realización de este trabajo no hubiera sido posible.

Julieta María Bastidas Rosas

Aida Milena Gutiérrez Álvarez

Contenido

	Pág.
Introducción.....	13
1. Planteamiento del problema	15
1.1 Antecedentes del problema.....	15
1.2 Definición del problema	16
1.3 Justificación	17
2. Objetivos, Viabilidad y Propósito	18
2.1 Objetivos.....	18
2.1.1 General	18
2.1.2 Específicos	18
2.2 Viabilidad.....	18
2.3 Propósito	19
3. Marco Teórico	19
3.1 Incentivo	19
3.1.1 Historia del incentivo	20
3.1.2 Tipos de incentivo.....	23
3.2 Beneficios extralegales y su evolución.....	26
3.3 Estrategia de remuneración variable y gestión del desempeño	34

3.4 Motivación	37
3.4.1 Teorías de la motivación	41
3.4.1.1 Teorías de contenido.....	42
3.4.1.2 Teorías de proceso	45
3.5 Características de personas según generación	48
4. Pago por desempeño (P4P)	51
4.1 Estado del arte.....	62
4.2 Marco legal	77
5. Metodología.....	78
5.1 Tipo de estudio.....	78
5.2 Criterios de inclusión	79
5.3 Criterios de exclusión	79
5.4 Consideraciones éticas.....	79
5.5 Fuentes de información.....	81
5.6 Variables	81
6. Encuesta y resultados	84
7. Modelo planteado.....	90
7.1. Contextualización	94
7.2 Indicadores	110
7.3 Resultados	116

7.4 Incentivos	117
7.4.1 Beneficiarios del modelo de incentivos.....	117
7.4.2 Periodicidad.....	118
7.4.3 Tipos de incentivo	118
7.5 Estructuración, comunicación, evaluación y seguimiento	118
7.5.1 Fines del programa.....	123
7.5.2 Responsable del programa	123
7.5.3 Obligaciones.....	123
8. Conclusiones	124
9. Recomendaciones.....	125
Referencias	127
Anexos.....	135

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Categorías de prácticas, políticas o programas organizativos para mantener el equilibrio entre la vida profesional y la vida personal.	24
Tabla 2. Tres tipos motivadores de la Teoría de McClelland.	44
Tabla 3. Variables	82
Tabla 4. Javesalud en cifras.	97
Tabla 5. Resultados encuesta satisfacción	99
Tabla 6. Resultados seguimiento de quejas para el año 2015	100
Tabla 7. Principales causas de morbilidad en la consulta externa	104
Tabla 8. Formato de calificación de Auditoría de Calidad de la Historia Clínica	112
Tabla 9. Indicador, definición y meta	116
Tabla 10. Esquema para ponderación de resultados.	121
Tabla 11. Simulación de costos del modelo en ejecución con datos de 2015	121

Lista de Ilustraciones

	Pág.
Ilustración 1. Elementos para el planteamiento de un programa de beneficios eficiente	27
Ilustración 2. Líneas de los beneficios otorgados por las empresas colombianas.....	27
Ilustración 3. Perspectivas de beneficios de calidad de vida en el concepto de salario emocional	30
Ilustración 4. Tres elementos necesarios para la implementación de un modelo de productividad.....	36
Ilustración 5. Representación del proceso de motivación	40
Ilustración 6. Tres fuerzas básicas que actúan en el individuo e influyen su desempeño según Vroom	46
Ilustración 7. Teoría de la expectativa: Vroom.....	47
Ilustración 8. Planteamiento del modelo de Van Herck.....	56

Lista de Gráficas

	Pág.
Gráfica 1. Políticas en calidad en el empleo	31
Gráfica 2. Políticas de flexibilidad en empresas colombianas	32
Gráfica 3. Políticas en los servicios de apoyo familiar	33
Gráfica 4. Prácticas en igualdad de oportunidades y diversidad.....	34
Gráfica 5. Prácticas de desarrollo integral en las empresas colombianas	34
Gráfica 6. Resultado de la investigación del Doctor Herzberg	43
Gráfica 7. Resultados demográficos de los médicos generales encuestados. 2016.	86
Gráfica 8. Resultados motivación de cambio de trabajo de los médicos generales encuestados. 2016.....	87
Gráfica 9. Preferencia de los encuestados por el indicador para calificación del desempeño. 2016.....	88
Gráfica 10. Preferencia de los encuestados en la periodicidad del incentivo	89
Gráfica 11. Preferencia de los encuestados en individualidad del incentivo	89
Gráfica 12. Modelo planteado por las autoras	93
Gráfica 13. Consultas de medicina general por mes. 2015	98
Gráfica 14. Pirámide población de Javesalud comparada con la colombiana	99
Gráfica 15. Comportamiento del diagnóstico temprano de cáncer de seno	105
Gráfica 16. Comportamiento del diagnóstico temprano de cáncer de cérvix	105
Gráfica 17. Número de pacientes re hospitalizados por año	106
Gráfica 18. Tasa de ingresos oportunos a control prenatal	106
Gráfica 19. Pacientes hipertensos controlados.....	107

Grafica 20. Pacientes diabéticos controlados.....	107
Grafica 21. Calidad de historia clínica en medicina general.....	109

Introducción

El presente trabajo plantea un modelo de pago por desempeño (P4P) para profesionales médicos que laboran en primer nivel de atención, específicamente en una institución que presta servicios médicos ambulatorios, la Fundación Javeriana de Servicios Médicos Odontológicos Interuniversitarios “Carlos Márquez Villegas” Javesalud, que en adelante se denominará Javesalud. La propuesta tiene su origen en la necesidad de garantizar un mejoramiento continuo de la institución, lo cual redundará en una excelente calidad y continuidad en la atención, en mantener una ejecución-costo efectiva de la operación, reducir la rotación del personal médico y obtener un mayor número de resultados clínicos satisfactorios que permitan cumplir metas clínicas de control, promoción y prevención.

Las empresas que prestan servicios de salud en la actualidad requieren colaboradores que contribuyen a aumentar la competitividad y capacidad de la organización, por lo tanto, buscan vincular personas con características laborales y humanas diferenciadas, comenzando desde el momento de selección de personal, e incorporando prácticas de motivación y capacitación durante el proceso, con el objeto de obtener mejores resultados en los indicadores en salud y ofrecer así una atención de calidad a los pacientes y sus familias.

Evidenciando la necesidad de motivar a los profesionales que integran la Institución para lograr mejores resultados en salud y calidad en la atención, se revisó la literatura buscando modelos de P4P encaminados a lograr los objetivos institucionales, encontrando propuestas a nivel mundial y local con diferentes resultados, a partir de las cuales se propone realizar un modelo de P4P para médicos generales en Javesalud, teniendo en cuenta sus características demográficas y preferencias, las cuales se evaluaron mediante una encuesta adaptada a la propuesta de P4P y fundamentada en los conceptos de la motivación.

Producto de este estudio, se obtuvo una caracterización de la población de médicos generales que labora en Javesalud y la propuesta de un modelo para incentivar el logro de metas institucionales, que pretende mejorar la satisfacción de los profesionales y generar impacto en los resultados en salud.

1. Planteamiento del problema

1.1 Antecedentes del problema

Las organizaciones pertenecientes al área del cuidado de la salud, de la misma manera que cualquier otra organización y dado el ambiente competitivo en el que se desenvuelven, requieren colaboradores que estén alineados de manera continua con los objetivos estratégicos planteados por la organización y desempeñándose en su máximo potencial.

Cada una de las personas que trabajan en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), debe ser pieza clave en el engranaje que constituye la funcionalidad de la empresa y con ello la competitividad dentro del mercado. La rotación de personal y la insatisfacción de los trabajadores tiene un alto costo para una organización; se necesita entonces contar con personas motivadas que puedan elevar los estándares de calidad y mantener niveles de productividad y eficiencia superiores (Caldera & Giraldo, 2013).

Las necesidades actuales del mercado en los servicios de salud, demandan personas que potencien la competitividad y capacidad de la organización, lo cual ha incrementado la importancia de encontrar alternativas que refuercen el salario base, que dentro de la normatividad laboral garantiza una estabilidad y calidad de vida, y generar estrategias que motiven a los colaboradores a tener capacitación continua, al cumplimiento de metas enfocadas en resultados y a la excelencia en la prestación del servicio.

El recurso más valioso de las instituciones que ofrecen y prestan servicios de salud son sus colaboradores, y los incentivos representan una inversión para fomentar el desarrollo de este recurso humano, lo que finalmente permite ofrecer una calidad superior en la atención que se ofrece y cumplir con metas clínicas en la población (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Dada la importancia de los estándares de calidad que deben alcanzar las instituciones de salud, exigida por la legislación y alineada con la plataforma estratégica que busca rentabilidad, crecimiento y posicionamiento institucional en su mercado y frente a sus competidores, se crean estrategias basadas en incentivos para lograr, mantener y alcanzar ese nivel de calidad superior, en este caso el P4P.

1.2 Definición del problema

Javesalud es una IPS que presta atención en servicios de salud de primer y algunas de segundo nivel, aproximadamente a 95.000 personas cada mes. Acreditada en Salud ante el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación-ICONTEC, cuenta con un modelo asistencial que ofrece un servicio oportuno, eficiente y de calidad, acorde a las necesidades cambiantes de la población de usuarios atendidos por convenios con diferentes entidades aseguradoras.

El modelo de atención diseñado por Javesalud se ha posicionado año tras año como un prototipo integral centrado en el paciente, planteado bajo los principios de Medicina Familiar, fundamentado en el trabajo en equipo, la vocación de mejoramiento continuo y la gestión de riesgos.

Para Javesalud es vital que sus colaboradores estén alineados en el cumplimiento de metas estratégicas, para lo cual es necesario que cada uno se encuentre comprometido, satisfecho y en un proceso de mejoramiento continuo.

Entendiendo la necesidad permanente de motivación para el compromiso y cumplimiento de metas de excelencia en procesos y resultados, nace la idea de utilizar incentivos de diferentes características para mantener los niveles de calidad y rendimiento en el desempeño asistencial, buscando con esto mejorar indicadores en salud, lograr un paciente satisfecho y, de forma adicional, impactar en las cifras de rotación de personal –

específicamente de los médicos generales– que en el caso de Javesalud es un indicador crítico y que está relacionado con el ingreso a estudios de especialización, de educación continuada, la consecución de mejores salarios, la necesidad de tiempo para resolver problemas familiares y el tipo de contrato laboral (Toro, 1996) (Javesalud, 2014).

Se plantea entonces en este trabajo un modelo de P4P basado en la caracterización de los profesionales que laboran en Javesalud, que pretende contribuir en el incremento de los niveles de satisfacción del usuario en los servicios ofrecidos, productividad del recurso humano y cumplimiento de metas clínicas.

1.3 Justificación

Teniendo en cuenta que uno de los recursos fundamentales de Javesalud es el talento humano, y considerando que es una institución de cuidado primario ambulatorio cuya planta en su mayoría pertenece al área asistencial, y que de esta un porcentaje importante son médicos generales, los cuales realizan y ordenan la mayoría de actividades de la institución, representando la cara visible ante el paciente, siendo la puerta de entrada para los usuarios al sistema de salud, es en ellos en quienes recae gran parte de la responsabilidad de proveer servicios de calidad y ser garantes de la seguridad en la atención; por ello, este grupo fue escogido como el destinatario del programa de incentivos de la Institución. No obstante, el modelo planteado en el presente trabajo puede servir de base para la aplicación del mismo en otros profesionales. Considerando que los incentivos como estrategia, aplicados a los médicos generales, pueden mejorar la motivación, la continuidad en el cargo, la pertinencia clínica, la adherencia a guías clínicas de manejo, la longitudinalidad en la atención de los pacientes, el sentido de pertenencia, el ambiente laboral, la productividad de los profesionales y la satisfacción de los usuarios, se realizó una caracterización de este grupo de colaboradores para estructurar sobre estos datos un modelo que permitió llegar a la propuesta de P4P realizada para Javesalud.

2. Objetivos, Viabilidad y Propósito

2.1 Objetivos

2.1.1 General. Plantear un modelo de P4P para médicos generales de la Fundación Javeriana de Servicios Médicos Odontológicos Interuniversitarios “Carlos Márquez Villegas” Javesalud.

2.1.2 Específicos

- Realizar una búsqueda actualizada y enfocada en revisiones sistemáticas sobre modelos de P4P.
- Caracterizar a los médicos generales que trabajan en Javesalud en términos socio-demográficos.
- Identificar los conocimientos de los médicos generales sobre P4P y sus preferencias con respecto a incentivos.
- Plantear la estrategia de aplicación de incentivos sobre los indicadores definidos.

2.2 Viabilidad

La propuesta de *Modelo de P4P Institucional* cuenta con el conocimiento y la aprobación del Director General de Javesalud.

La información, encuestas y datos epidemiológicos se obtuvieron con la autorización del Director General, los profesionales médicos y el Comité de ética de la Institución

La financiación del estudio está a cargo del capital propio de las autoras, sumado a los recursos que la Pontificia Universidad Javeriana designa con la asesoría docente, la disponibilidad de información de diversas fuentes en la biblioteca y las herramientas en línea. Asimismo, Javesalud aportó al estudio el tiempo que los colaboradores concedieron para las encuestas de caracterización, la participación en el análisis para aprobación del Comité de ética institucional y la información necesaria para realizar el proyecto.

2.3 Propósito

Después de realizar una caracterización de la población de médicos generales de Javesalud, se planteó un modelo de P4P institucional.

La propuesta se constituirá en un insumo para:

- Producir un impacto en los indicadores medidos a los médicos generales, los cuales repercuten directamente en el cumplimiento de las metas institucionales y de atención a pacientes.
- Que Javesalud evalúe e implemente el programa propuesto, en especial considerando el impacto en la longitudinalidad de atención que se ve afectado por la rotación del personal médico.
- Que otras instituciones de primer nivel de atención con enfoque a cuidado primario ambulatorio puedan adoptar el modelo de P4P para mejorar sus resultados.
- Ser un texto de consulta para otras IPS que estén interesadas en mejorar la calidad de la atención, así como ser base de futuras investigaciones entre ellas la implementación del programa propuesto.
- Ser de utilidad para el área de Gestión Humana de instituciones de primer nivel de atención centradas en el cuidado primario ambulatorio, en la medida en que se convierta en un documento de consulta que facilite la creación de modelos o estrategias de P4P a otros profesionales o personal de diferentes áreas en las IPS.

3. Marco Teórico

3.1 Incentivo

Un incentivo consiste en premiar y reforzar la acción con una compensación. Posee valor motivacional, optimiza el placer, es parte de la vida cotidiana y no necesariamente es de tipo económico; también comprende reconocimiento, estatus, retribución de tiempo o un

salario emocional, que se relaciona con el cambio o mejoramiento de la atención ofrecida por el profesional y su productividad. Así, los incentivos afectan el comportamiento tanto de manera positiva como negativa y son un elemento relevante en la motivación (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

Un incentivo es *“todo sistema de promoción de recompensa por el buen hacer profesional o por la búsqueda de la excelencia”* (Fundación de Ciencias de la Salud, 2012, párr. 3).

3.1.1 Historia del incentivo. Identificar el momento en la evolución en que se crean los incentivos es difícil, más aún cuando no siempre fueron reconocidos como un medio de productividad y eficiencia; se considera que han existido desde siempre, incluso antes de Cristo. Se encuentra cómo al esclavo se le prometía cubrir sus necesidades básicas y se le amenazaba con el castigo físico. Para Aristóteles no son importantes, dado que el resultado de la producción de servicio, en su concepto, depende de la moral y los incentivos no son necesarios para hacer las cosas bien o ser un buen ciudadano. Los chinos crearon un sistema de incentivos basado en remuneraciones y/o castigos materiales o intangibles donde el liderazgo y la persuasión para hacer las cosas bien o ser un ejemplo, eran lo relevante (Gorbaneff, Torres, & Cardona, 2009).

Adam Smith describe cómo los salarios dependen del contrato celebrado entre las partes donde los intereses son diferentes. Alfred Marshall refiere que aparte de la retribución económica, las características cualitativas del trabajo pueden ser incentivos positivos o negativos. Posteriormente Taylor, con el objetivo de motivar al personal, introdujo el sistema de incentivos de trabajo diferencial, describiendo el estándar de productividad, reafirmando una vez más que la motivación era necesaria para obtener el mejor esfuerzo por parte de los

trabajadores. Este autor plantea dos tipos de remuneración: 1) si un trabajador obtiene una producción estándar, recibe un pago con una tarifa independiente de su salario normal; y 2) si un trabajador obtiene una producción que sobrepasa el estándar, se le remunera con una tarifa mayor que a los trabajadores que obtienen una producción estándar. Taylor planteaba el concepto de la administración científica como un cambio fundamental para la empresa, no solamente una manera de alcanzar mayor eficiencia, control de costo, sino una vía para que los trabajadores se identificaran con la organización (Gorbaneff, Torres, & Cardona, 2009).

Los incentivos se convierten en promotores del interés del trabajador y de la producción. El conductismo contribuye en el entendimiento actual del incentivo como modificador del comportamiento. Chester Barnard formuló la teoría del “*método de los incentivos*”, en la cual se los define como el pago que realizan las organizaciones en incentivos materiales –oportunidades personales, condiciones físicas del trabajo, satisfacción de ideales, atractivo asociativo, adaptación a los métodos de trabajo habituales, oportunidades de participación, sentido de pertenencia–, que no necesariamente son económicos y para los cuales se deben establecer canales de comunicación claros, cortos, directos, conocidos y accesibles por todos los miembros de la organización, estableciendo personas como centros de comunicación auténtica, adecuada y sin interrupciones, y las contribuciones definidas como las retribuciones del colaborador, como lealtad y esfuerzo (Gorbaneff, Torres, & Cardona, 2009) [Véase también la publicación de Ináki Vélaz (2012) titulada: *De cómo entiende Chester Barnard la motivación para trabajar*].

En este recorrido por la historia es importante no dejar de lado la teoría económica de los incentivos, la teoría de la agencia, en la cual existen dos partes: el principal y el agente. El principal contrata al agente para realizar una tarea con diferentes inconvenientes dados por la

asimetría de información, el riesgo moral, la influencia de factores externos, la búsqueda de maximizar la utilidad por cada una de las partes y el estándar de trabajo que puede restringir el desempeño del agente. Basados en estos problemas los incentivos surgen para tratar de alinear la metas del agente con el principal (Gorbaneff, Torres, & Cardona, 2009).

Hace tres décadas los empleados tenían en su perspectiva de carrera profesional un trabajo a largo plazo, con una motivación de un trabajo para toda la vida, con posibilidades de ascender en la misma empresa y una pensión al final de su carrera. A través de la historia, la evolución ha ido modificando el concepto de recompensa hacia una herramienta estratégica al servicio de las necesidades de las organizaciones y de los empleados. En el siglo XIX W.C. Procter –de Procter & Gamble– hablaba ya de algunos cambios en pro de motivar la eficiencia y la lealtad de los trabajadores; estos incluían vacaciones pagadas, participaciones de empleados en el capital, pensiones y seguridad en el empleo. Para 1923 ya se había creado un manual de incentivos para grupos especiales por D. Bloomfield; en 1939 el presidente Roosevelt, en los Estados Unidos, solicitó que se limitaran los salarios de los directivos y que estos fueran publicados. En 1995 se publica el manual de compensación del Dr. Belcher, que trata valoración de puestos, encuestas salariales de mercado, beneficios sociales y control de costo. Ya en los años ochenta y noventa se enfatiza en los incentivos y el desempeño vinculando retribuciones con los objetivos estratégicos. De esta manera se encuentra que las recompensas monetarias o no monetarias pueden agregar valor, aumentando rendimiento, satisfacción y lealtad. Para el siglo XXI la compensación se enfoca a dar soporte a la estrategia y propósitos de las empresas (Marcos, 2011). Cuando la situación se torna difícil, las instituciones que logran mantener el avance positivo de sus trabajadores son las que logran combinar la recompensa con la dinámica de la empresa (Marcos, 2011).

Los incentivos se han establecido como un método muy común de influenciar las decisiones en salud, utilizándose hace años en las políticas públicas que moldean los sistemas de salud y las instituciones prestadoras de servicios relacionadas. De manera reciente se han incluido los objetivos de nivel clínico en los programas de incentivos, utilizándose en decisiones clínicas y comportamientos dirigidos a los profesionales médicos y pacientes, sin estar exentos de preocupaciones morales que incluyen deterioro en la confianza de los pacientes y la discriminación de pacientes complejos (Klein, 2012).

3.1.2 Tipos de incentivo. Los incentivos han evolucionado dada la variación en el recurso humano y sus características. Estos cambios hacen que las estrategias de manejo y retención de los colaboradores sean diferentes. Los incentivos pueden ser del tipo financiero – como mayores salarios, préstamos y bonos– y no financieros –como la autonomía en el trabajo, claridad de roles, manejo de carga laboral, flexibilidad, balance vida-trabajo, cuidado de los niños, soporte para la carrera y el desarrollo profesional– (Misfeldt, y otros, 2014).

Susana Marcos, en su artículo de “Recompensa Total” (World at Work, 2001) plantea: *Desarrollo profesional y oportunidades de carrera. Comprende los programas que proporcionen experiencias de aprendizaje en pro de enriquecer las capacidades y competencias de los empleados, con el objetivo de hacer más competitiva la empresa, disponer del talento y de responder a los deseos de crecimiento personal de los colaboradores. Este incentivo incluye desde seminarios, conferencias y talleres internos y externos, hasta programas de coaching, universidades corporativas, rotaciones progresivas, permisos para formación, asignaciones internacionales, participación en proyectos estratégicos o programas de incorporación.*

Equilibrio entre la vida profesional y la vida personal. Este elemento tiene en cuenta las necesidades internas de los colaboradores en los que el incentivo se

traduce en un apoyo activo para la satisfacción tanto laboral como personal, basado en una filosofía de respeto por el individuo, por quien es y por lo que hace (Marcos, 2011, p. 46).

En este artículo se expone la clasificación de categorías para mantener el equilibrio entre la vida profesional y personal:

Tabla 1.

Categorías de prácticas, políticas o programas organizativos para mantener el equilibrio entre la vida profesional y la vida personal.

Salud y Bienestar	Alimentación, ejercicio, equilibrio emocional, intelectual y social. Resiliencia y prevención.
Flexibilidad en funciones	Cuándo, cómo y dónde se hace el trabajo.
Apoyo a la gestión financiera personal	Asesoría en descuentos y créditos, ayuda para educación y adquisición de vivienda.
Atención a personas dependientes	Seguros de asistencia a largo plazo.
Uso de tiempo libre	Para cubrir aspectos personales: familia, descanso, formación, emergencias.
Voluntariado corporativo	Fomento en empleados de sentido ciudadano, préstamo de directivos y auditorías.
Iniciativos de cambio cultural	Fomentar diversidad e inclusión, mentoring por empleados de alto rendimiento y rediseño de puestos de trabajo.

Fuente: Las autoras (2016). Basado en “Recompesa total” (Marcos, S. 2011, en: Harvard Deusto bussines review, No. 206, p. 46).

Es evidente que cuando una organización implementa un sistema de incentivos, está convencida desde la alta dirección de que a través de este medio puede movilizar la ejecución

de la estrategia definida que garantiza rentabilidad, crecimiento y posicionamiento de la misma en su mercado y frente a sus competidores, entregando un valor superior a accionistas, clientes, empleados, proveedores y a la comunidad. En el caso de los empleados, se busca garantizar su nivel de vida, desarrollo y realización personal y profesional. Partiendo de lo anterior, se entiende como *incentivo* toda retribución que un empleado recibe como contraprestación a los servicios prestados a la compañía. El objetivo de los incentivos es motivar, atraer, retener y mantener el personal dentro de la organización. Los incentivos deben tener las siguientes características (Malagón, Galan, & Pontón, 2006):

- Ser equitativos internamente.
- Ser competitivos en el mercado.
- Ser de fácil comprensión.
- Ser de eficiente manejo.
- Ser flexibles y permitir revisión.
- Estar basados en indicadores de desempeño.

Dentro de los incentivos se cuentan el salario fijo, el salario variable, el pago por beneficios y el salario emocional. Para estructurar un sistema de incentivos, se debe tener en cuenta la estrategia institucional, el conocimiento de esta por todas las personas de la empresa y tener definidos los indicadores de proceso y resultado (Malagón, Galan, & Pontón, 2006).

Es importante destacar la importancia de que los incentivos satisfagan las necesidades específicas de los profesionales médicos, se relacionen con su desempeño y correspondan a los valores éticos de la organización. Se debe considerar la diferencia de las aspiraciones y el carácter de los sujetos destinatarios. Cada categoría se satisface con un incentivo diferente y cada incentivo se aplica con criterios específicos (Del Llano, Muñoz, & Núñez, 2003).

Las necesidades materiales exigen incentivos externos; las necesidades psicológicas, incentivos internos; y las necesidades de índole social utilizan unos incentivos trascendentes relacionados con la vocación de servicio e identidad social.

La evidente relevancia de lograr sistemas eficientes y productivos para la atención de una población creciente, en el contexto de un requerimiento de atención primaria en salud y gestión clínica con restricciones en la disponibilidad de recursos, demanda un cambio de las instituciones. La aplicación de los programas de P4P es una alternativa para el cumplimiento de las metas que garanticen la calidad en la atención de los servicios (Del Llano, Muñoz, & Núñez, 2003).

3.2 Beneficios extralegales y su evolución

Los beneficios para los empleados son observados como parte fundamental de un sistema de recompensas totales, convirtiéndose en motivadores para los colaboradores que satisfacen necesidades e impactan su calidad de vida (Human Capital, 2013).

Desde la aparición del modelo de recompensa total, se han creado diferentes estrategias que a pesar de su diversidad comparten un fin: satisfacer al trabajador y contribuir e incrementar su rendimiento con mejores resultados para la organización (Marcos, 2011).

Los esquemas de remuneración han evolucionado a lo largo del tiempo, pasando de beneficios económicos a aspectos no monetarios o modelos flexibles, que buscan un enfoque hacia la personalización, es decir, la identificación de necesidades específicas para diseñar vías de compensación diferentes que sean percibidas por los empleados o trabajadores con una mayor satisfacción (Human Capital, 2013).

Según Human Capital (2013), los elementos necesarios para desarrollar un programa de incentivos son:



Ilustración 1. Elementos para el planteamiento de un programa de beneficios eficiente.

Adaptado por Las Autoras (2016). Basado en Human capital (2013).

Los beneficios otorgados en las empresas colombianas, han sido distribuidos en 4 categorías:



Ilustración 2. Líneas de los beneficios otorgados por las empresas colombianas. Adaptado de Human Capital (2013).

Beneficios orientados al consumo. Este grupo está representado por beneficios de tipo monetario, como las primas extralegales y auxilios que facilitan la adquisición de bienes o productos:

- Primas extralegales. Se definen como “*el pago al empleado de un modo extraordinario, adicional al de la Ley y en efectivo*” (Human Capital, 2013, p. 124).
- Auxilios. Esta modalidad puede ser entregada en dinero o en especie; su fin es cubrir algunas necesidades básicas de los empleados como alimentación, educación, transporte o apoyo económico en momentos especiales, entre otras (Human Capital, 2013).
- Beneficios para directivos. entre los más frecuentes se cuentan los viajes de obsequio o el otorgamiento de una tarjeta corporativa (Human Capital, 2013).

Beneficios orientados a la inversión. En esta línea los beneficios más frecuentes son: créditos, asignación de vivienda o vehículo (Human Capital, 2013).

Beneficios orientados al ahorro. El Ahorro contributivo consiste en que el empleado ahorra un porcentaje de su sueldo y la empresa aporta un porcentaje adicional con condición de permanencia del trabajador en la institución (fondos de pensión voluntaria, fondos mutuos de inversión y fondos de empleados) (Human Capital, 2013).

Beneficios orientados a la seguridad. Estos beneficios han constituido un componente importante para el equilibrio de una organización, ya que estimular la prevención y atención de la salud de los empleados y su núcleo familiar impacta de manera positiva y motiva al trabajador. Incluye seguros y plan médico (Human Capital, 2013).

Teniendo en cuenta lo anterior, las empresas buscan establecer diferencias con sus productos en el mercado, y en los últimos años han creado un modelo organizacional dirigido a generar valor para todos los inversionistas, así como a aumentar la productividad y competitividad de los colaboradores. De esta manera, el concepto de salario emocional emerge logrando una productividad en la organización con base en una política que aumenta

la calidad de vida de los trabajadores, obteniendo un balance entre la vida personal y el tiempo dedicado a su trabajo (Human Capital, 2013).

La calidad de vida se considera como una “*representación de la medida en que las personas están en posibilidad de satisfacer necesidades personales importantes mediante su trabajo*” (Hellriegel & Slocum, 2004 citado por: Human Capital, 2013, p. 134).

Según el estudio de *Felicidad y Trabajo de México* (2012), los trabajadores que se encuentran satisfechos en su trabajo tienen un 33% más de energía y dinamismo para desempeñar su labor, lo que se traduce en una mayor productividad y eficiencia (Human Capital, 2013).

El salario emocional ha sido una estrategia emprendida que ha traído claros beneficios para los empleados y ha innovado el concepto de calidad de vida para acoplarlo con el mejoramiento de la satisfacción en el ambiente laboral, mayor efectividad en el desarrollo de las tareas, disminución del estrés laboral; lo anterior se refleja en un impacto en la productividad del trabajador y la confianza del mismo en la organización (Human Capital, 2013).

En la actualidad las empresas dan beneficios de calidad de vida teniendo en cuenta cinco perspectivas (Human Capital, 2013):

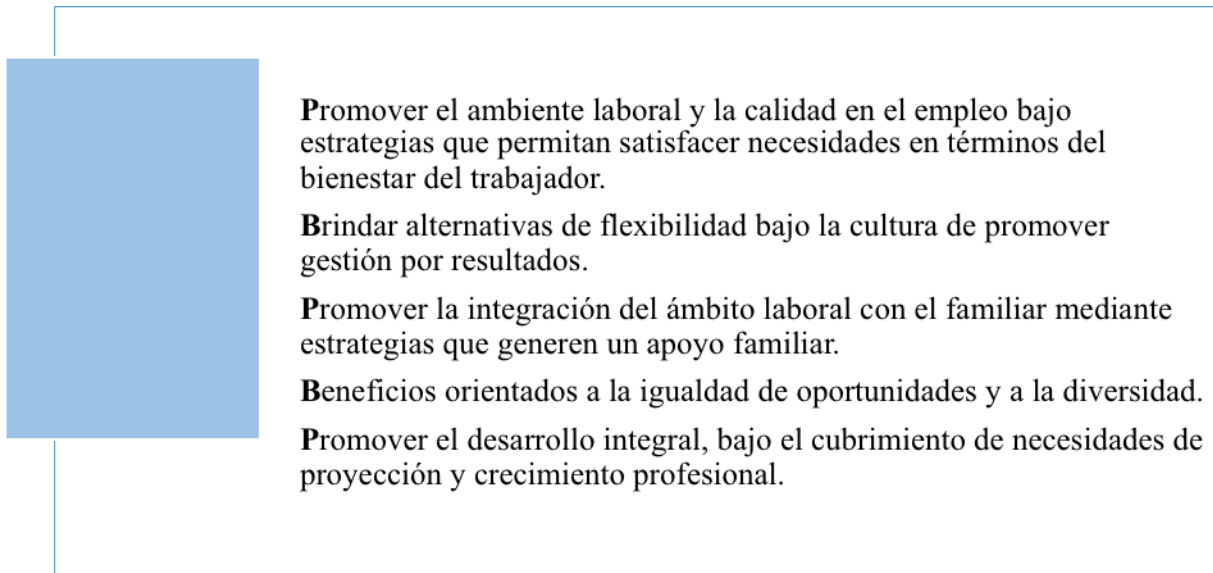


Ilustración 3. Perspectivas de beneficios de calidad de vida en el concepto de salario emocional. Adaptado de Human Capital (2013).

A lo largo del tiempo más empresas colombianas han incluido en su modelo empresarial el portafolio de beneficios para el trabajador con el fin de innovar y transformar la percepción de los empleados, obteniendo un impacto en los indicadores de ausentismo y productividad. (Human Capital, 2013).

Human Capital realiza seguimiento a beneficios con cifras de evaluación en políticas empresariales con el fin de caracterizar la importancia del estímulo al colaborador.

Primera categoría: Beneficios orientados a mejorar la calidad del empleo. Según la encuesta de Human Capital, el 93% de las empresas que participaron utilizan esta línea de beneficios, entre los que se encuentran prácticas de bienestar, actividades de ocio, entre otras.



Gráfica 1. Políticas en calidad en el empleo. Fuente: Human Capital (2013).

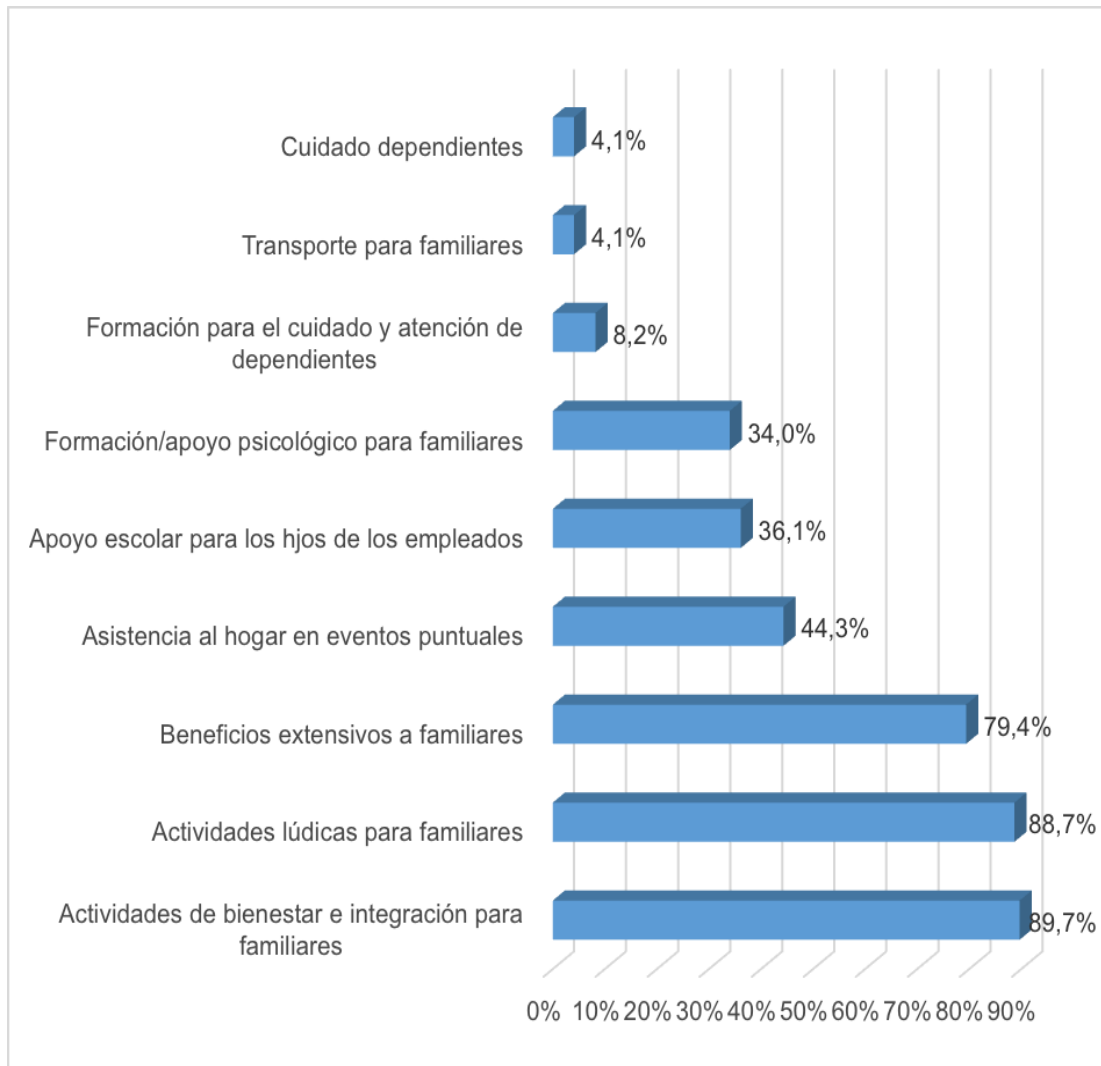
Segunda categoría: Beneficios orientados a generar flexibilidad. Es una de las líneas más apreciadas por el trabajador y la categoría que más requiere encontrar un punto de equilibrio entre las necesidades de la organización y los intereses del trabajador (Human Capital, 2013).

Investigaciones realizadas en Estados Unidos, España e Inglaterra, evidenciaron un fuerte vínculo entre la flexibilidad y la obtención de la felicidad en el trabajo, esta última medida a través de tres indicadores: compromiso del empleado, motivación del trabajador y satisfacción del empleado. Los resultados fueron los siguientes: la flexibilidad tuvo un efecto positivo en el compromiso del empleado en un 72%, en la motivación del trabajador en un 71% y en la satisfacción del empleado en un 82% (Human Capital, 2013).



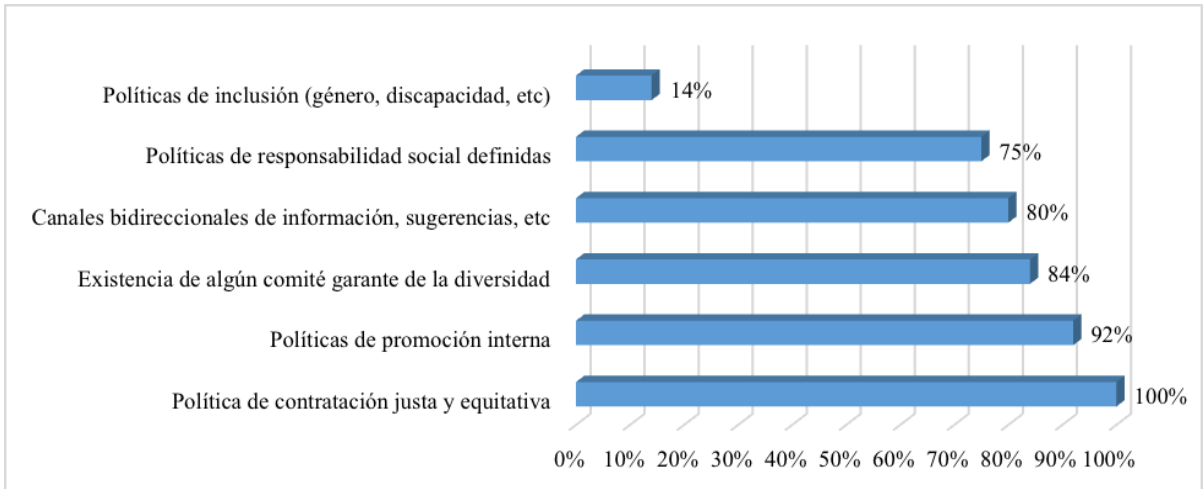
Gráfica 2. Políticas de flexibilidad en empresas colombianas (Human Capital, 2013).

Tercera categoría: Beneficios orientados a generar apoyo familiar. En las empresas colombianas, esta es la línea menos utilizada. Se considera que 4 de cada 10 organizaciones usan este tipo de beneficios en Colombia.



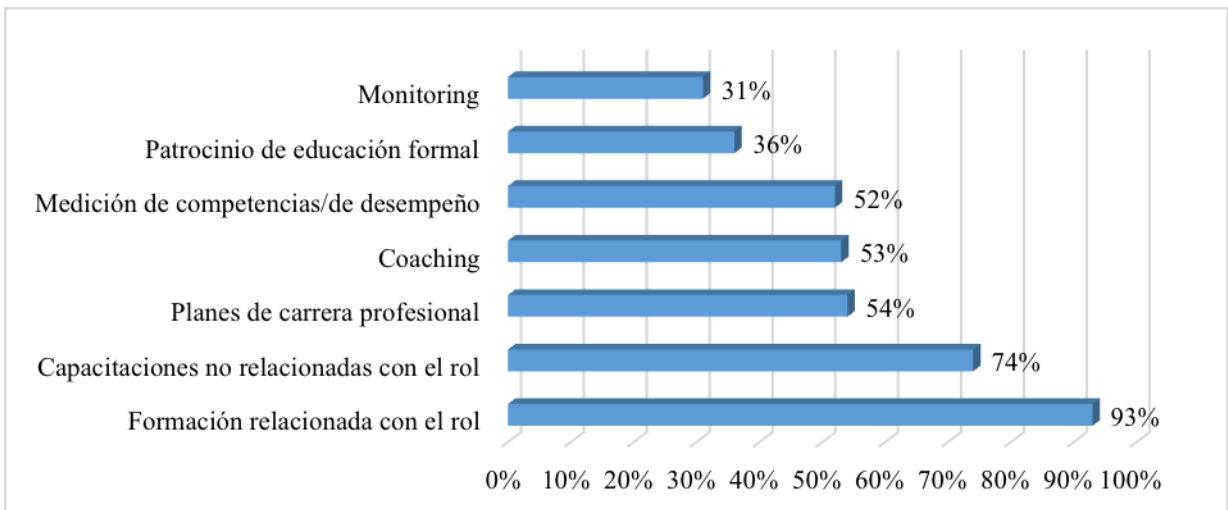
Gráfica 3. Políticas en los servicios de apoyo familiar (Human Capital, 2013).

Cuarta categoría: Beneficios orientados a la igualdad de oportunidades. En el mundo actual, competitivo, globalizado y cambiante, han estimulado a las organizaciones a reconocer una mayor variedad de intereses en sus trabajadores: no todos los empleados se encuentran en el mismo ciclo de vida o tienen las mismas necesidades (Human Capital, 2013).



Gráfica 4. Prácticas en igualdad de oportunidades y diversidad. (Human Capital, 2013).

Quinta categoría: Beneficios orientados al desarrollo integral. Esta categoría se considera como la más valorada por el trabajador y relevante a la hora de generar un impacto en la calidad de vida, el bienestar y en el equilibrio de la vida profesional y personal.



Gráfica 5. Prácticas de desarrollo integral en las empresas colombianas (Human Capital, 2013).

3.3 Estrategia de remuneración variable y gestión del desempeño

Según Human Capital (2013), los objetivos centrales de la remuneración variable estratégica son:

- Relacionar las metas de la organización con el desempeño del trabajador y premiar los desempeños destacados.
- Fortalecer el compromiso y generar en los trabajadores una motivación especial que origine un comportamiento determinado que lo lleve a producir resultados y ser premiado por ello.
- Compartir los riesgos y éxitos.
- Optimizar los costos salariales.
- Atraer y retener a personas clave para la empresa.
- Lograr un equipo de trabajo motivado y comprometido con los objetivos estratégicos de la empresa.
- Desarrollar y promover una cultura en el trabajador, en la cual se le pueda transmitir la importancia de su rol y su desempeño para cumplir los objetivos de la empresa.
- Fomentar la identidad institucional y los principios de unidad e integración (Human Capital, 2013, p.16).

La generación de modelos de gestión de desempeño causan un alto impacto en la productividad, lo cual permite el diseño, seguimiento, evaluación, mejora y reconocimiento de acciones individuales en una etapa específica.

Según Human Capital (2013), esta metodología de seguimiento al desempeño tiene como fin incrementar la productividad, ejecutar los objetivos organizacionales, optimizar el cumplimiento de proyectos, responsabilidades y actividades, identificar necesidades de mejoramiento, detectar el desempeño que ha sido sobresaliente y las zonas de confort, optimizar los recursos, crear las mejores prácticas de mercado, facilitar el autocontrol, incluir

a los trabajadores con sus objetivos y producir una motivación en los empleados para lograr resultados efectivos.

Human Capital (2013) evidenció que para la adecuada implementación de un modelo de productividad, ya sea de remuneración variable o gestión del desempeño, se requieren 3 elementos:

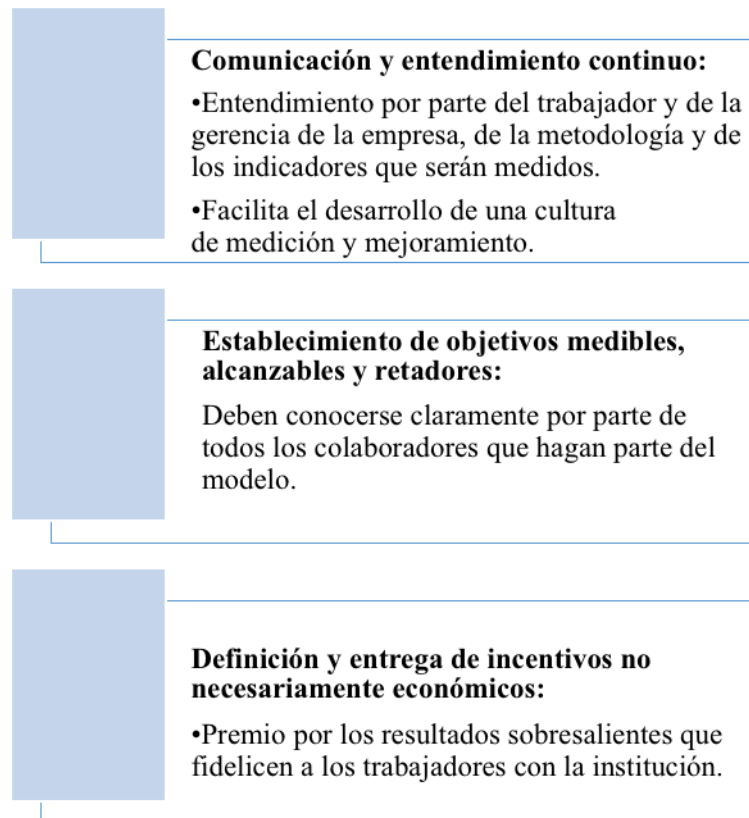


Ilustración 4. Tres elementos necesarios para la implementación de un modelo de productividad. Adaptado de Human Capital (2013).

El estudio Total Rewards 2013-2014 evidenció una tendencia de las empresas a la implementación de modelos de remuneración variable o gestión del desempeño como una forma de mejorar la productividad. Los modelos de desempeño han logrado posicionarse como una “*herramienta estratégica*” de las empresas para lograr objetivos trazados en un

período determinado, permitiendo una adecuada y más acertiva toma de decisiones (Human Capital, 2013).

3.4 Motivación

La motivación humana, según Koenes, se define como: *“un estado emocional que se genera en una persona como consecuencia de la influencia que ejercen determinados motivos en su comportamiento”*. El mismo autor refiere que el motivo es el *“conjunto de sentimientos que impulsan a una persona a ansiar y pretender ciertas cosas y, en consecuencia, a actuar de una manera determinada”* (Koenes, 1996 citado por Chaparro, 2006, pp. 9-10).

El desarrollo económico y la formación de las clases sociales han evolucionado el sistema productivo de una sociedad, conduciéndolo a un tipo de desarrollo de fuerzas productivas y sistemas de consumo, que en nuestra sociedad capitalista, han dependido de los procesos de industrialización (León, 2002).

La revolución industrial, a principios del siglo XIX, marcó un cambio en la organización de la sociedad, virando la base de la economía previa en el trabajo manual para convertirse la industria y el comercio en el eje principal, dando origen a una transformación de las relaciones del capital y del trabajo, así como el surgimiento de nuevas clases sociales: los trabajadores, obreros, o en general, el proletariado de una parte, y de la otra, los capitalistas o grandes empresarios e industriales (Pokrovski, 1986).

A mediados del siglo XX se plantearon las primeras teorías motivacionales, surgiendo una relación entre el rendimiento laboral y la satisfacción del trabajador a la hora de desempeñar su labor; los estudios han concluido que el colaborador que se siente motivado es más eficaz y responsable, y adicionalmente contribuye a crear un buen clima laboral (García, 2012).

La productividad, el funcionamiento y la alta calidad en la prestación de los servicios de una empresa depende del desempeño laboral de sus trabajadores, y una de las vías para mejorar estos factores es motivando constantemente al trabajador: los colaboradores deben sentir que son valorados y sus esfuerzos reconocidos (WorkMeter, 2012).

Algunos de los factores que influyen o intervienen en el desempeño laboral son: el ambiente de trabajo, el establecimiento de objetivos, el reconocimiento del trabajo, la participación del empleado, la formación y desarrollo profesional y la motivación (WorkMeter, 2012).

Las variables ambientales de las que depende la satisfacción laboral son:

- Nivel profesional: a mayor nivel profesional, mayor satisfacción.
- Contenido del puesto.
- Tipo de liderazgo participativo.
- Salario y promoción.
- Grupos de trabajo.
- Aceptación por los miembros del grupo.
- Reconocimiento (Korman, 1978 citado por Uscanga & García, 2008, p. 66).

Los determinantes de la satisfacción laboral dependen del ambiente, del puesto, de la personalidad y de la motivación. La motivación en el contexto laboral se define como *“la voluntad de ejercer altos niveles de esfuerzo hacia las metas organizacionales, condicionadas por la satisfacción de alguna necesidad individual, entendiendo por necesidad un estado interno del sujeto que hace que ciertos resultados parezcan atractivos”* (Robbins, 2004, citado por Uscanga & García, 2008, p. 66).

Factores que favorecen la motivación laboral

La motivación es la elección que hacen las personas entre las diferentes respuestas voluntarias, la capacidad de mover a otros, la conciencia para querer algo y hacer lo preciso para conseguirlo (Vroom, 1964). Existen diferentes tipos de motivación:

- Motivación intrínseca: las personas actúan por los resultados esperados de sus acciones.
- Motivación extrínseca: las personas actúan por los resultados que alcanzaría una acción determinada (premio) o evitando un resultado no deseado.
- Motivación trascendente: las personas actúan por las consecuencias que se espera que ocasione su acción en otras personas (Pérez, 1979 citado por Iniciativa Social, 2004).

Las empresas prestadoras de algún servicio tienen como propósito la excelencia en el desarrollo de sus actividades, ser competentes y reconocidas en el mercado en el que se desenvuelven, y para ello crean objetivos y lineamientos estratégicos, que son transmitidos y asignados en forma de tareas a sus trabajadores. Trabajadores que si se encuentran motivados, no escatimarán esfuerzos para que dichos objetivos empresariales sean alcanzados.

Las motivaciones en un trabajador son muy diferentes y pueden variar desde una retribución económica para suplir sus necesidades básicas, hasta un prestigio o estatus social. Estos motivadores han variado a lo largo del tiempo, y para cumplir su funcionalidad, es importante tener en cuenta las características del personal, su nivel cultural, la situación económica del trabajador y las metas que desea alcanzar. Así que el proceso de motivación puede ser representado de la siguiente forma:

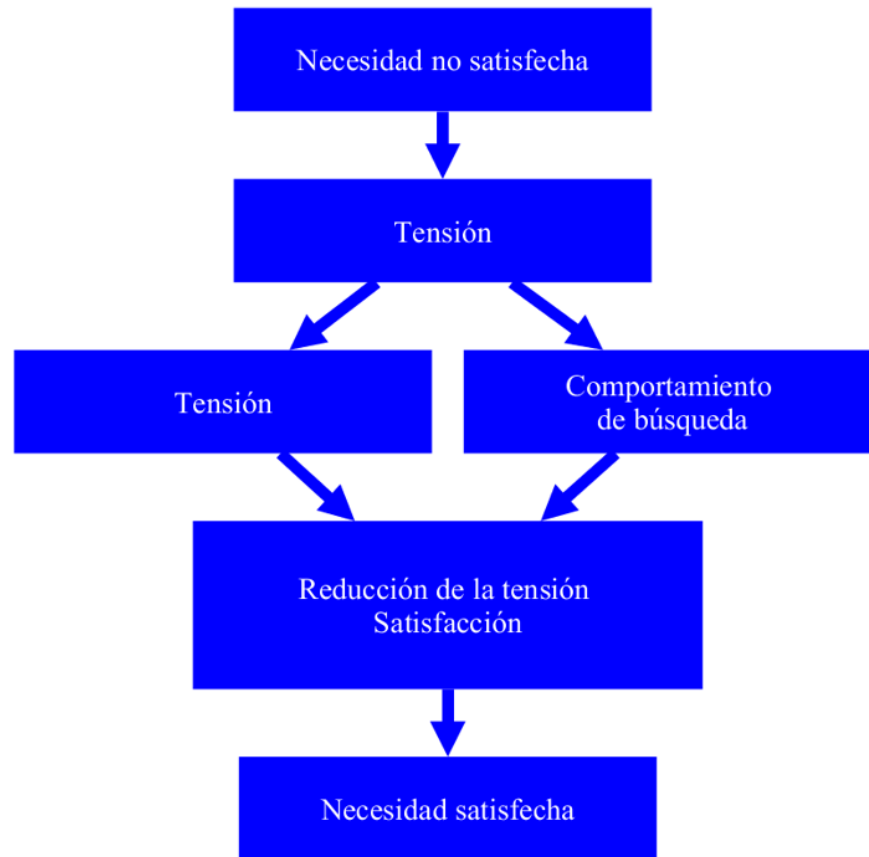


Ilustración 5. Representación del proceso de motivación. Adaptado de García, 2012).

Según García (2012), las principales fuentes de motivación externa son:

- Retribución económica: un trabajador con un estatus económico elevado no se motivará de igual manera que un trabajador con necesidades insatisfechas.
- Reconocimiento dentro de la empresa: será proporcional al trabajo realizado.
- La responsabilidad sobre el trabajo.
- Reconocimiento social: esta es una gran fuente de motivación, que en ocasiones puede ser superior al dinero.

En una revisión sistemática acerca de la motivación a empleados a través de incentivos en los trabajadores del área de la salud, partiendo de que el objetivo de los sistemas de salud

es mantener el bienestar de las personas mediante la prestación óptima de servicios relacionados con su cuidado y mantenimiento, se concluye que los incentivos financieros pueden ser utilizados con el fin de mejorar la práctica clínica de los trabajadores de esta área (Qayum, Sawal, & Khan, 2014).

Lo anterior complementado en una revisión sistemática de los efectos de los diferentes métodos de remuneración en el cuidado primario de los trabajadores de la salud – particularmente odontólogos–, concluye que los incentivos financieros pueden producir cambios en la práctica clínica de los odontólogos de manera positiva (Brocklehurst, y otros, 2013), lo que conllevaría a una mejoría en resultados clínicos y clientes satisfechos.

En la revisión bibliográfica se encontró que los factores que más motivan a los trabajadores son:

- Capacitación.
- Capacitación de las relaciones con sus superiores.
- Oportunidades de ascenso y promoción.
- Retos profesionales.
- Retos profesionales en cuanto al ambiente laboral.
- Reconocimiento de sus logros.
- Conciliación entre la vida familiar y laboral.
- Beneficios personales o familiares (García, 2012).

3.4.1 Teorías de la motivación. Las teorías de motivación se han centrado en el descubrimiento de estímulos o elementos que van a influir en la forma de actuar de las personas; el modo de desenvolverse de un individuo va a estar relacionado con el grado de motivación del mismo. Teniendo en cuenta lo anterior, se establecen dos tipos de motivación

clasificadas en *teorías de contenido* –que estudian lo que motiva a las personas– y *teorías de proceso* –que consideran el proceso de la motivación– (García, 2012).

3.4.1.1 Teorías de contenido. En esta clasificación las teorías toman como eje central la relevancia de las características de la personalidad del individuo como determinante de la manera en que se desempeña y el entusiasmo aplicado a este desempeño. Entre las teorías de contenido se destacan las planteadas por los autores Maslow, Herzberg, McClelland y Aldefer.

Teoría de la jerarquía de necesidades: Maslow (1954). Abraham Maslow, psiquiatra y psicólogo estadounidense, propuso una teoría del crecimiento y desarrollo partiendo del hombre sano, cuyo concepto clave de motivación es la necesidad, y para ello describe una jerarquía de necesidades humanas de cinco niveles: fisiológicas, seguridad, sociales, estima y autorrealización (Enciclopedia biográfica en línea, 2004).

Según Uscanga y García (2008), las necesidades humanas desde el punto de vista de Maslow se agrupan en:

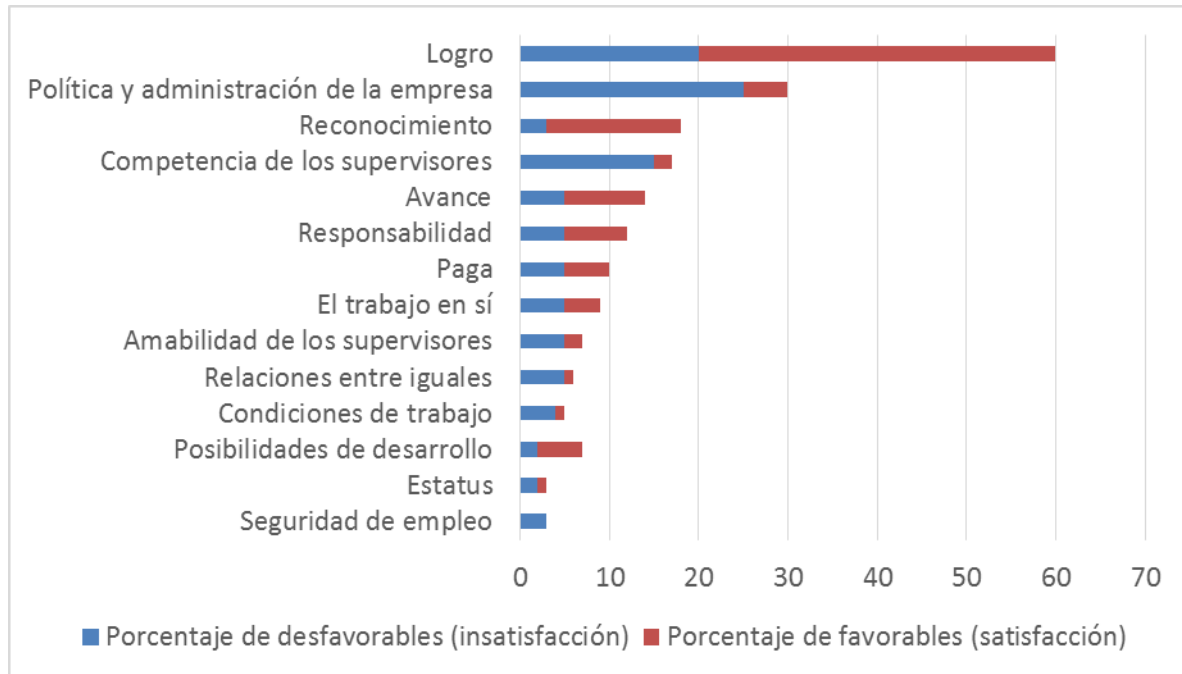
- Fisiológicas: necesidades básicas para el sustento, como vestido o alimento.
- Seguridad: lo necesario para evitar riesgos físicos y el temor a perder el trabajo.
- Sociales: el hombre experimenta la necesidad de ser aceptado por los demás.
- Estimación: en este nivel se hace referencia al reconocimiento y el prestigio.
- Autorrealización: el deseo de llegar a ser lo que se es capaz de ser; de optimizar

el propio potencial y de realizar algo valioso.

Teoría bifactorial: Herzberg (1966). Frederick Herzberg desarrolló un modelo de motivación de dos factores: los de insatisfacción o de higiene y los motivadores. Estos factores motivacionales están influenciados a su vez por dos componentes: los saciables, que

hacen referencia a las necesidades fisiológicas; y los insaciables, entre los que se encuentran el afecto, la autoestima, la autorrealización y los logros (Uscanga & García, 2008).

Herzberg investigó las actitudes que afectaban la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué desea la gente de su puesto de trabajo? En la siguiente gráfica se muestran los factores reportados en las 12 investigaciones llevadas a cabo:



Gráfica 6. Resultado de la investigación del Doctor Herzberg. Adaptación de la gráfica de Herzberg, F.(García, 2012).

Los factores de higiene están influenciados por el entorno donde las personas desarrollan su trabajo y están asociados a insatisfacción, como por ejemplo las condiciones de trabajo, los sueldos, la relación con compañeros y superiores, la cultura de la empresa, la seguridad en el entorno laboral, la privacidad y las normas que rigen el trabajo diario.

En contraste, los factores motivadores están centrados en el contenido del trabajo, las tareas a desempeñar, y son la principal causa de satisfacción laboral, entre los que se destacan

el reconocimiento, las responsabilidades, el crecimiento personal en el trabajo, el progreso y el logro (García, 2012).

Teoría de las necesidades aprendidas: McClelland (1965). Esta teoría define la motivación como “una red asociativa y dispuesta en una jerarquía de fuerza o importancia, dentro de un individuo dado” (Uscanga & García, 2008, p. 71).

McClelland enfoca la teoría en tres tipos motivadores: logro, poder y afiliación.

Tabla 2.

Tres tipos motivadores de la Teoría de McClelland

Logro. Es el que lleva a un individuo a alcanzar las metas que se ha propuesto en su impulso de sobresalir y tener éxito.

Poder. Hace referencia a la necesidad de controlar a grupos de personas y ser reconocido por los mismos, con el fin de adquirir un prestigio o estatus.

Afiliación. Es el factor que lleva a las personas a desarrollar y conservar relaciones afectivas interpersonales de satisfacción y cordialidad. A largo plazo este factor coopera en la creación de un ambiente agradable en el ámbito laboral.

Fuente: Chaparro (2006); García (2012).

Teoría de Jerarquía de Alderfer. Propone una teoría en la que plantea tres grupos de necesidades:

- Necesidades de existencia: los requerimientos básicos de un individuo.
- Necesidades de relación: basadas en las relaciones interpersonales y el sentido de pertenencia a un grupo.
- Necesidades de crecimiento: las cuales están centradas en el “*desarrollo y crecimiento personal*” (García, 2012, p. 16).

Esta teoría se diferencia de la de Maslow, en que Aldefer sustituye las cinco necesidades de Maslow por tres, y adiciona que “*si se reprime la satisfacción de una necesidad de nivel superior, puede incrementarse el deseo de satisfacer una necesidad de nivel inferior*” (García, 2012, p. 16).

Teoría de las relaciones humanas. Douglas McGregor utilizó como base los supuestos de la jerarquía de necesidades de Maslow, postulando la teoría X y Y donde plasma la visión de las personas desde el punto de vista comportamental.

- La teoría X supone que a los individuos no les agrada el trabajo y prefieren evitarlo, por lo que las personas deben ser animadas, impulsadas y en ocasiones amenazadas para el cumplimiento de sus tareas en la institución.
- La teoría Y refiere que el trabajo es una fuente de satisfacción y una recompensa para el hombre, es autorrealización (Chaparro, 2006, p. 10).

Las teorías X y Y, son utilizadas para motivar a los empleados y obtener unos estándares superiores de productividad (McGregor, 1966, citado por Chaparro, 2006).

3.4.1.2 Teorías de proceso. Las teorías de proceso buscan analizar el proceso de motivación desde las expectativas del trabajador, la meta que persigue y la justicia laboral, y se destacan las teorías de Vroom, Locke y Adams.

Teoría de la expectativa: Vroom (1964). Esta teoría considera a las personas como seres individuales que tienen deseos y voluntades propias y diferentes en relación al trabajo, lo que conlleva a que un trabajador tome decisiones diferentes en el día a día de la labor que desempeña (De Andrade, 2012). Decisiones que van a depender de que esté convencido de que sus acciones le llevarán a conseguir resultados atractivos para él. Es decir, cada persona se esforzará en su trabajo para lograr aquello que desea y que es alcanzable (Ramirez, 2015).

Vroom refiere que la conducta de los individuos en las organizaciones está dada por los siguientes supuestos: el comportamiento está motivado por factores personales y ambientales, y cada individuo toma decisiones sobre su comportamiento en la organización; adicionalmente, los individuos tienen necesidades, deseos, objetivos diferentes y deciden entre alternativas de comportamientos basados en sus expectativas, es decir que determinado desempeño lo llevará a un resultado deseado (De Andrade, 2012).

Para Vroom existen tres fuerzas básicas que actúan en el individuo e influyen su desempeño:



Ilustración 6. Tres fuerzas básicas que actúan en el individuo e influyen su desempeño según Vroom. Adaptado de De Andrade (2012).

- **Valencia:** hace referencia a la visión particular del individuo. La recompensa está condicionada a las experiencias de cada persona (Freire & Santana, 2007).
- **Instrumentalidad:** es la percepción de la relación entre el desempeño y la recompensa, es decir, la posibilidad de obtener alguna recompensa como resultado del esfuerzo realizado para el alcance de un resultado; a medida que aumenta el desempeño, se acrecienta la recompensa (Freire & Santana, 2007).
- **Expectativa:** es la esperanza de alcanzar un resultado como consecuencia de la capacidad individual sobresaliente del trabajador, revelando el vínculo entre el esfuerzo y el desempeño (Freire & Santana, 2007).

La teoría supone que si el individuo se esfuerza en su desempeño, va a lograr conseguir aquello que desea, siempre y cuando esté seguro de que es posible lograrlo (Ramirez, 2015). Lógica representada en la siguiente ilustración:



Ilustración 7. Teoría de la expectativa: Vroom. Adaptado de Ramirez (2015).

En un estudio descriptivo realizado con alumnos de administración que trabajan y se encuentran estudiando en tres universidades (federal, estatal y particular) de la ciudad de Campiña Grande, cuyo objetivo era conocer la satisfacción de estas personas en el trabajo y la dinámica de los factores motivacionales que los condicionan utilizando la teoría de Vroom, se concluyó que para garantizar la motivación del trabajador es necesario disminuir factores que interfieran entre alcanzar las metas propuestas y la fuerza motivacional, destacando la importancia de que las empresas mantengan motivados y satisfechos a sus trabajadores con el fin de mantener altas sus expectativas de alcanzar resultados, garantizando así un compromiso con los objetivos de la organización. En este estudio se destaca que las principales

motivaciones para los trabajadores son la estimulación para el crecimiento profesional y las oportunidades para desenvolverse profesionalmente (Freire & Santana, 2007).

Teoría del establecimiento de metas: Locke (1968). Según el autor, “la motivación que el trabajador desarrolla en su puesto de trabajo es un acto consciente y su nivel de esfuerzo o ejecución estará en función del nivel de dificultad de las metas que se proponga alcanzar” (García, 2012, p. 19).

Teoría de la equidad o justicia laboral: Adams (1963). Esta teoría integra las teorías anteriores e incluye la valoración de las personas respecto a la relación que se establece entre el esfuerzo realizado para alcanzar un objetivo y la recompensa lograda; si el individuo aprecia que hay un desequilibrio entre la recompensa y el esfuerzo ejecutado, se pueden presentar dos situaciones:

1. Cuando sus resultados en la empresa son menores que su esfuerzo personal, tendrá una sensación de inequidad, sentirá que su recompensa está por debajo de lo esperado o merecido. En este caso su motivación disminuirá.
2. Cuando los resultados en la empresa son superiores al esfuerzo personal, el trabajador puede optar por dos conductas: una disminución de sus resultados o un sentimiento de culpa, y por ende asumirá un comportamiento que incremente sus aportes a la empresa.

3.5 Características de personas según generación

Según la fecha de nacimiento, se describen características generacionales que marcan un patrón de conducta y son denominadas así:

1901-1924. La Generación grandiosa o “vieja guardia”.

1925-1942. La Generación silenciosa o de “los promotores”.

1943-1960. La Generación Baby boomer.

1961-1981. La Generación X o “bumerang”.

1982-2001. La Generación Y.

2002 en adelante. La Generación Z.

Para la revisión de este trabajo se consideró la descripción de las generaciones en las cuales se encuentran activos los profesionales médicos:

Generación Baby boomer, llamada así por un incremento importante en las tasas de natalidad. Dentro de sus contribuciones se encuentran la expansión de la libertad individual, el movimiento por los derechos civiles, la causa feminista, los derechos de los homosexuales y de los discapacitados.

Generación X. Creció con el consumismo de los años 80 y 90, vivencian cambios políticos globales, alcanzan niveles superiores de educación, dominan múltiples idiomas, invierten su dinero en ocio, suelen no tener relaciones estables, su relación con internet les permite usarlo como herramienta de comunicación y disfunción de información.

Generación Y, generación del milenio o generación Peter Pan, caracterizada por la tendencia a retrasar ritos o etapas de la edad adulta por periodos más largos que las generaciones anteriores. Son personas que viven con sus padres por tiempos más prolongados. Alrededor del 50% de los que pertenecen a esta generación, son políticamente independientes y hasta el 30% declaran no pertenecer a ninguna religión. Lo anterior no resulta en una apatía cívica: tienen una opinión comprometida pero lo manifiestan en las redes sociales. El uso de la tecnología hace parte de su vida diaria.

Los Millennials son, por tanto, la futura generación de consumidores y usuarios, un mercado sustancial con nuevas características, necesidades y demandas que conviene conocer por las repercusiones y transformaciones que exigirá a las empresas.

La revista Forbes (Forbes, s.f.) publicó recientemente los rasgos característicos que se describen a continuación:

1. Digitales: dominan la tecnología y sus actividades. Sus relaciones están casi 100% intermediadas por pantallas. No les llega la publicidad clásica; lo real y lo virtual están en el mismo lado.

2. Multipantalla y multidispositivo: pueden desarrollar varias tareas a la vez y dedican más tiempo que el promedio mundial conectados en línea. Por lo anterior, es necesario utilizar una amplia gama de canales y dispositivos para comunicarse con esta generación y tener la capacidad de cambiar de un canal a otro. No hablamos únicamente de nuevos formatos y soportes, sino de nuevas formas de comunicación y lenguajes.

3. Nomófobos y appdictos: 78% de los Millennials en Latinoamérica posee un móvil (10% más que el año anterior), 37% tablet, 70% laptop y 57% desktop, según Telefónica Global Millennial Survey 2014. Las pantallas son su acceso a la vida social, el trabajo y la diversión.

Las demandas de los Millennials está impulsando el extraordinario crecimiento de las aplicaciones móviles (en el Appstore se registran a nivel mundial 5 millones de descargas de aplicaciones diarias). Ante esta realidad, las compañías deben construir y mejorar la funcionalidad de sus aplicaciones móviles.

4. Sociales: esta generación es muy social. 88% de los Millennials latinoamericanos cuenta con perfiles en las redes sociales, que no constituyen solo un medio de comunicación sino

parte de su vida. Son activos, consultan y escuchan antes de tomar decisiones. También prefieren las redes sociales como medio para interactuar con las empresas.

5. Críticos y exigentes: son mucho más críticos, exigentes y volátiles. Las experiencias no satisfactorias tienen un impacto negativo mayor que en otras generaciones. De esta manera las organizaciones deben situar la experiencia y lo que expresan los profesionales como eje de cambio y nuevas propuestas.

6. Exigen personalización y nuevos valores: los Millennials no solo desean atención, sino que requieren personalización y esperan que la empresa se adecúe a sus preferencias, para lo cual estas deben conocer sus necesidades y ampliar el conocimiento sobre sus colaboradores con el propósito de agregar valor y anticiparse a sus necesidades. Son autosuficientes y autónomos, y quieren sentirse protagonistas. Le dan valor a la participación y colaboración, les gusta compartir y exigen nuevos valores como la transparencia, la sostenibilidad y el compromiso social. Se considera que las empresas, para ganar el compromiso de esta generación, deben permitirle aportar ideas para el desarrollo de la organización y sentirse parte de la marca.

4. Pago por desempeño (P4P)

El nacimiento del modelo de P4P toma sus raíces en la experiencia de la industria y desde teorías de la utilización de los incentivos en las áreas de psicología, economía y comportamiento organizacional. El resultado conceptual del modelo concibe una naturaleza dual que combina incentivos financieros y reputacionales dirigidos a metas perseguidas por los aseguradores, proveedores y pacientes que pueden afianzar o mitigar la respuesta a los incentivos (Frolich, Talavera, Broadhead, & Dudley, 2007). Igualmente lo mencionan Cortés, y otros (2012).

La propuesta de P4P se basa en relacionar directamente la retribución de la atención a los resultados de indicadores en salud y niveles de calidad. Los diferentes programas de P4P aplicados son heterogéneos con respecto al tipo de incentivo, los proveedores de salud destino, criterios aplicados para la calidad, la forma en que se evalúa el programa y los aspectos contextuales relacionados con este. Esta variabilidad está relacionada en parte con la base amplia y dispar de la práctica de P4P (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

El origen del P4P proviene de múltiples experiencias en sectores diferentes al sector de la salud, utilizándose en la administración del talento humano, competitividad externa, administración del riesgo y disminución de costos (Frolich, Talavera, Broadhead, & Dudley, 2007).

El término se refiere a una forma particular de incentivo que se ha utilizado alrededor del mundo por muchos años, con una amplia experiencia en la negociación entre aseguradoras y prestadores. De otra parte, la Asociación Médica Americana hace referencia al término en cuanto a que una institución de salud u otro pagador “*compensa a los médicos de acuerdo a [i.e. con] una evaluación del rendimiento de los médicos*”. Esta evaluación de rendimiento con frecuencia son datos administrativos que se pueden medir desde dos puntos de vista: la calidad del trabajo del médico o la satisfacción de los pacientes (American Medical Association, 2015).

La calidad de atención en salud “*consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos*” (Orozco, 2009, p. 1).

La calidad en salud no obedece exclusivamente a una sola característica, sino a múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado en forma diferente, por lo que los expertos Donnabedian, Ruelas y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, definen calidad en salud en *“términos de sumatoria de los resultados de todas las dimensiones que la soportan: efectividad, oportunidad, seguridad, eficiencia, equidad y atención centrada en el paciente”*. (Organización para la excelencia de la Salud, 2014).

En Colombia, en el año 1993, bajo el marco de la Ley 100, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuyo objetivo es *“regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención”* (Congreso de la República de Colombia, 23, diciembre, 1993), fundamentado bajo los siguientes principios: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Para el principio de calidad, la norma insta que *“... el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención, atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo a estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional...”* (Congreso de la República de Colombia, 23, diciembre, 1993).

Según David Bardey, a pesar de los avances en el sistema de salud colombiano en cuanto al mejoramiento de la cobertura, han persistido y se podría decir que aumentado los problemas de calidad en la atención en salud, representada por la insatisfacción por parte de los usuarios (Bardey, 2015). Problemas de calidad en la atención que han motivado en

Colombia la búsqueda de opciones que permitan generar incentivos bajo los modelos de P4P como una estrategia para mejorar la calidad de la prestación de los servicios.

Los programas de P4P se han difundido en los últimos 15 años, facilitando el desarrollo de múltiples diseños en el sistema de pago de los servicios de salud, con el objeto de mejorar la calidad y el equilibrio de costo-efectividad. Asimismo, a través del tiempo se han generado varias discusiones sobre a quién se otorga el incentivo y por el cumplimiento de qué metas debe ofrecerse (Cromwell, Trisolini, Pope, Mitchell, & Greenwald, 2011).

La literatura revisada, en autores como Cromwell, Trisolini, Pope, Mitchell, & Greenwald (2011), describe estudios sobre los efectos de P4P en instituciones de salud y con profesionales en esta área, encontrando que muestran algún beneficio en:

- Mejoramiento de la calidad.
- Atención centrada en el paciente.
- Resultados clínicos.
- Costo efectividad.
- Coordinación.
- Continuidad.
- Gestión del recurso humano.

No obstante, aún se requieren estudios que evalúen a largo plazo su efectividad e impacto en acceso y continuidad.

De forma adicional se registra una gran variedad de efectos no planeados como el motivacional –que puede retribuir y/o desmotivar–, alteración en las relaciones laborales, pérdida de trabajo en equipo, pérdida del interés individual, alteración del clima laboral. De otra parte, la evidencia muestra que los incentivos no generan un cambio permanente, sino

que este depende de la persistencia del estímulo, del tipo de incentivo, de los objetivos, de la alineación con la misión y visión empresarial, así como con la manera de realizar las mediciones. De igual forma, si se mantienen los incentivos sin modificación en el tiempo, los indicadores sobre los que se otorguen pueden llegar a un techo donde no existan opciones de mejora. No obstante, es importante resaltar la relación y la capacidad de motivación extrínseca que generan los incentivos en el individuo y sus efectos sobre la duración del estímulo en el tiempo (Ryan & Deci, 2000).

4.1 Modelo de P4P propuesto por Pieter Van Herck

Van Herck realiza la introducción y guía de pasos para la implementación de un modelo de P4P que denominó “Modelo para implementación y monitoreo de *Incentivos por Calidad (MIMIQ)*”. Este modelo hace énfasis en la medición de calidad en la que fundamenta la organización básica para plantear los incentivos, presentando una guía con los elementos esenciales y características básicas para implementar el programa. El enfoque se fundamenta en un ciclo (PHVA) que incluye la comunicación, la aplicación y la evaluación como fases clave para el desarrollo del programa. El modelo condiciona los incentivos al establecimiento de medición de la calidad. El P4P se refiere a una intervención que relaciona directamente la remuneración de la atención a los resultados alcanzados en la estructura, proceso o resultado (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

El planteamiento del modelo de Van Herck se esquematiza en la Figura 1, que inicia con la calidad y los incentivos para posteriormente referirse a la comunicación, implementación y evaluación como fases independientes, y cómo se relacionan los incentivos con el contexto del sistema de salud, el pagador, el proveedor y el paciente.

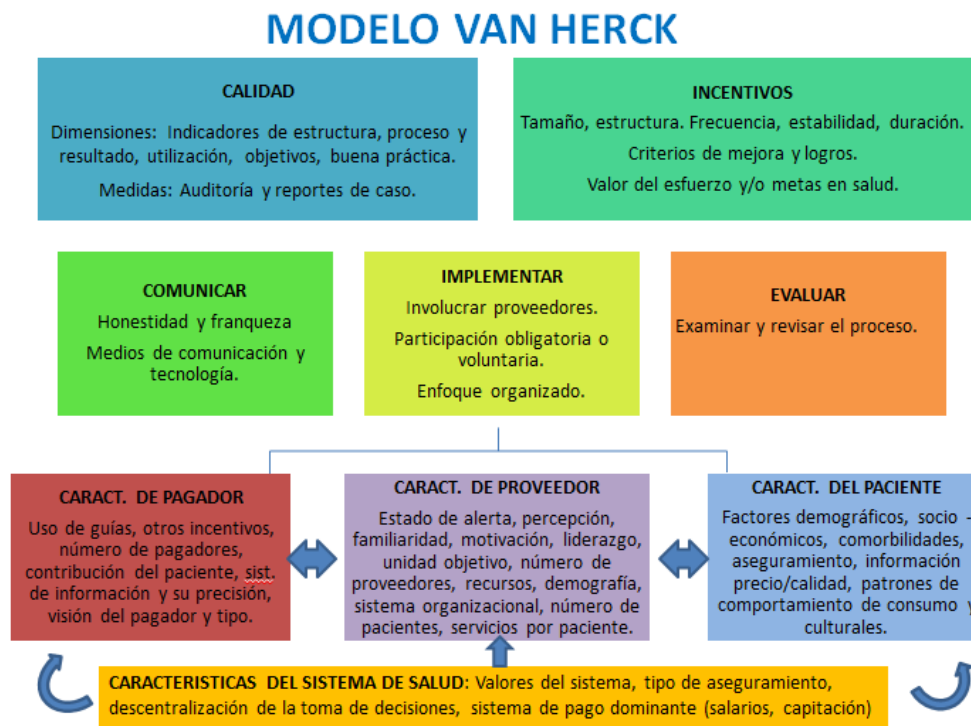


Figura 1. Planteamiento del modelo de Van Herck. (Van Herk, y otros, 2010. Traducción propia).

Las fases son:

Fase de desarrollo 1: Calidad de la atención. Los programas de P4P ofrecen incentivos a proveedores de atención médica en dirección a objetivos de calidad. El objetivo está ligado a un enfoque en la salud y la práctica clínica basada en la evidencia, donde la calidad de la atención se ha ampliado más allá de la efectividad clínica, incluyendo la seguridad del paciente, el acceso al cuidado, la equidad, la oportunidad, la continuidad, coordinación, atención centrada en el paciente y eficiencia (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

El P4P no cubre todas las variables de calidad, sin embargo puede llegar a afectarlas. Según el modelo establecido por el grupo Van Herck, esta fase contempla las siguientes

acciones descritas, las cuales no son necesariamente consecutivas (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010):

- Seleccionar las dimensiones de calidad prioritarias.
 - Seleccionar una población definida como foco del programa.
 - Seleccionar una combinación de indicadores de estructura, proceso y resultado.
 - Cubrir atributos clave de la atención con indicadores cuantitativos o cualitativos.
 - Definir las metas basadas en la mejor evidencia y con objetivos SMART, acrónimo de Specific (específico), Measurable (medible), Achievable (realizable), Realistic (realista) y Time-Bound (limitado en tiempo).
- Aplicar ajuste del riesgo, el cual permite excluir de los cálculos a pacientes o individuos particulares (criterios de exclusión).
 - Realizar procesos de auditoría externa e interna que permitan monitorear desenlaces, incluso los no esperados o no intencionales.

Fase de desarrollo 2: Incentivos. El impulso para actuar, comportarse y cambiar en el campo profesional se vincula para este grupo de investigadores con la satisfacción en el trabajo personal, el reconocimiento y el estatus, la oferta de recursos y las oportunidades financieras y no financieras, pretendiendo que los médicos presten un servicio profesional con altos estándares y rendimiento expresado en resultados, considerando que el incentivo puede afectar el comportamiento tanto de manera positiva como negativa. Las actividades propuestas para esta fase son:

- Crear incentivos claros y evidentes relacionados con indicadores de calidad.
- Dar uso a los recursos existentes o proyectados que se basan en el rendimiento de la organización.

- Definir la estructura de incentivos con base en bonificaciones y/o sanciones de carácter intermitente o continuo.
- Concretar el monto del incentivo relacionando un porcentaje del ingreso del proveedor. No se registra evidencia de que el efecto se relacione con el porcentaje asignado, sin embargo se describen incentivos entre el 5 y el 10% del ingreso.
- Relacionar el incentivo tanto para el nivel de mejora en el desempeño como para los logros en desempeño.
- Si se aplican bonificaciones hay tres posibilidades que se pueden combinar: recompensar solo a los proveedores que cumplan o superen un umbral único de desempeño; recompensar proveedores diferencialmente por porcentaje de logros alcanzados; o recompensar proveedores en forma continua en proporción al nivel de cambio en el desempeño, es decir, en función del porcentaje de mejora en comparación con el desempeño anterior.
- Determinar la frecuencia de pago de incentivos, generalmente una o dos veces al año, siendo importante la estabilidad y continuidad del mismo.
- Establecer la ponderación en la meta de calidad de acuerdo con el esfuerzo y ganancia en el área de salud pública.
- Definir criterios absolutos o relativos de desempeño para distribuir incentivos (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

Fase 3: Comunicación. Se debe realizar una estrategia de comunicación organizacional, resaltada como crucial para el éxito de los programas de P4P, donde se transmita la naturaleza y racionalidad de los cambios y la información sea directa, intensa y

repetitiva con el profesional, haciendo énfasis en el componente de calidad deseado como el incentivo (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

Fase 4: Implementación. Para esta fase se definen diferentes características:

- Involucrar a todos los interesados a través del desarrollo de programas, su implementación y evaluación. Hacer que los participantes estén incluidos desde el inicio del programa, facilitando la cooperación.

- Tener en cuenta las ventajas y desventajas del programa voluntario frente a la participación obligatoria. Los programas voluntarios serán capaces de atraer a los profesionales que esperan un buen desempeño, por lo general aquellos que ya están funcionando bien, mientras que los de pobre desempeño se mantienen al margen.

- Implementar un programa por fases permite probar las medidas antes de la implementación a gran escala, ofreciendo tiempo para engranar la iniciativa P4P, y permite evaluar el impacto a pequeña escala antes de aplicarlo a todo el grupo. Se puede utilizar una prueba piloto en un área limitada, en un proveedor único, utilizar datos ya existentes con inclusión de datos nuevos o comenzar con una referencia baja de rendimiento e irlo incrementando.

- Hacer uso de la implementación por fases para apoyar la viabilidad del programa y aceptación.

Fase 5: Evaluación del programa. Evaluar tanto el contenido del programa, como los efectos en los procedimientos habituales, haciendo uso de los datos de referencia, y si es posible, datos simultáneamente disponibles en un P4P comparable. Es importante tener claro los efectos reales esperados del programa y separar el resultado de los efectos de otras estrategias, para lo cual es necesario contar con una línea de base, para definir si se

cumplieron los objetivos, la sostenibilidad de los cambios realizados y el retorno de la inversión (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

Dentro del modelo expuesto por este autor se consideran tres características que afectan el plantamiento y desarrollo del modelo:

El contexto

- Características del sistema de salud. Es importante alinear el P4P con el sistema de salud en aspectos como el tipo de sistema, valores, principios, formas de pago (evento, salario, capitación), entre otros (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).
- Características del pagador. Antecedente de P4P, guías y protocolos para la estructuración de programas P4P, sistema de información (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).
- Características de los proveedores. El proveedor de la salud es considerado como el objetivo de un programa P4P. El proveedor puede ser un individuo, grupo de médicos o profesionales asistenciales, un hospital, un departamento del hospital, etc. (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

El programa debe estar alineado con la cultura del proveedor. Se asume que el incentivo económico puede encausar a los profesionales llevándolos a los objetivos deseados, sin embargo cada profesional es un caso diferente y tendrá objetivos diferentes para un comportamiento específico, de forma adicional se afecta por factores internos y externos. Además, el papel de la Dirección en el apoyo al programa P4P puede influir en la motivación y, por tanto, en la eficacia de los programas de P4P (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

Dirigir los incentivos a proveedores individuales hace más fácil la rendición de cuentas, e implica que el proveedor objetivo está más en control de sus acciones. De otra parte, apuntar los incentivos a nivel de sistema en el grupo médico u hospital también puede ser beneficioso, ya que impulsa el fomento de la colaboración y la coordinación. Es necesario considerar la tecnología de la información, vigilancia de gestión médica, cumplimiento del paciente, costos del programa, número de pacientes y servicios prestados, así como la demografía poblacional (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

- Características de los pacientes. Tener en cuenta el impacto de las características demográficas de los pacientes, nivel de conocimiento del programa, nivel de comorbilidad y cumplimiento de cuidado personal, factores que pueden afectar el resultado final de los programas de P4P (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

En Colombia se describe en la literatura una propuesta para implementar el P4P, bajo el enfoque del modelo diseñado por Van Herck en el año 2010, que expone 4 fases:

- Fase de aspectos generales.
- Fase de calidad de la atención.
- Fase de desarrollo de incentivos.
- Fase de implementación.

Este diseño se utiliza en algunas Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo del sistema de salud colombiano, particularmente relacionado con indicadores como oportunidad, satisfacción del usuario, hospitalización evitable, uso de urgencias, cumplimiento de metas de promoción y prevención con incentivos de tipo sanción/bonificación (Cortés, Yepes, Cardona, Contreras, Torres, & Gorbaneff, 2012).

4.2 Estado del arte

Se realizó búsqueda en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Ebsco, Lilacs y Medline bajo los siguientes términos: ValueBasedPurchasing, QualityBasedPurchasing, Payfor Performance, P4P, paymentbyresults, incentive programs, pago por desempeño; encontrando múltiples artículos relacionados con las áreas médicas y diferentes a la medicina.

Los programas de P4P han sido utilizados en salud con el objetivo de incentivar conductas individuales para la obtención de mejores resultados en cuanto a la calidad de la prestación de los servicios de salud (Maia, 2015).

El concepto ha generado múltiples diseños en el sistema de pago de los servicios de salud con el objeto de mejorar la calidad en la prestación del servicio y el equilibrio de costo efectividad. A través del tiempo se han generado varias discusiones sobre a quién se le debe dar el incentivo y por qué metas o indicadores se ofrece. Muchas han sido las iniciativas dentro de los sistemas de salud que pretenden reducir costos mientras se eleva la calidad, sin embargo este objetivo ha sido difícil de alcanzar. De forma inicial se planteó el P4P para aumentar el volumen de servicios ofrecidos, sin embargo con el tiempo surgió el nuevo enfoque que busca incrementar los estándares de calidad y la contención del costo. Los programas planteados dentro de esta segunda generación ofrecen un diseño más amplio para guiar los esfuerzos hacia la fragmentación del cuidado, las complejidades del sector salud y la necesidad evidente de incentivos mucho más fuertes. La nueva generación de P4P integra sus objetivos con las normas de la práctica médica, involucrando a los pacientes, proveedores, metas de desempeño, balanceando los incentivos negativos y positivos, analizando cómo los programas pueden implementarse para aumentar la calidad y los resultados a nivel de costos (Cromwell, Trisolini, Pope, Mitchell, & Greenwald, 2011).

El tema ha suscitado múltiples e importantes debates, que exponen desde la ética –por qué pagar por el cumplimiento del deber de los profesionales de la salud– hasta la explicación que un incentivo es un premio para los profesionales que tengan un mejor desempeño con sus pacientes, siendo un reconocimiento a su esfuerzo en respuesta a las necesidades y obtención de mejores resultados (Crisóstomo, 2014).

Los programas de P4P han sido útiles para promover el alcance de objetivos en los sistemas de salud, siendo implementados en el ámbito internacional con el fin de mejorar la calidad de la atención en salud y alcanzar metas institucionales. Al revisar en la literatura las evaluaciones de los programas de P4P, la evidencia no es contundente en afirmar una completa efectividad de los mismos, debido a que existen estudios que reflejaron efectos positivos de los P4P en cuanto al impacto en la calidad y acceso a los servicios de salud, y otros que no reportaron ventajas del uso de P4P (Maia, 2015). Existen algunas evaluaciones económicas, sin embargo no cuentan con evidencia suficiente que les permita afirmar una mejora costo-efectividad del programa en las instituciones prestadoras de salud (Eijkenaar, 2013).

La certeza de la eficacia de los P4P en cuanto a la mejoría en la calidad en el marco de la atención primaria es mixta, y se considera que es debido a que se utilizan diferentes modelos de P4P con variados contextos en situaciones específicas en salud que hacen complicado llegar a una conclusión. La evidencia encontrada señala que al inicio y durante la introducción del P4P mejoró la calidad en la atención, situación que no se mantiene en el tiempo, debido a la pobre continuidad de la estrategia y al surgimiento de efectos secundarios no deseados (Allen, Mason, & Whittaker, 2014).

En revisiones sistemáticas, la estrategia de P4P es efectiva a corto plazo en acciones de inmunización, adherencia a protocolos o guías de situaciones clínicas específicas, así que se considera que puede ser útil en el alcance de metas a corto plazo, considerándola una herramienta apta para promover la motivación necesaria para alcanzar objetivos medibles en un lapso de tiempo inmediato (Maia, 2015).

Las mayores experiencias de P4P en atención primaria y hospitalaria en el esquema de pago a médicos generales se encuentran en el Reino Unido, basado en el marco de calidad y resultados (QOF), el Hospital premier de calidad-demostración de incentivos (HQID), y los centros de servicio de Medicare y Medicaid (CMS) en los Estados Unidos.

El programa de P4P del Reino Unido es considerado como el más completo de Atención Primaria en el mundo, diseñado con el fin de promover una atención estructurada con el objetivo de alcanzar las metas de calidad. El QOF inició en abril de 2004 con el fin de mejorar los patrones organizacionales en atención primaria en salud. El P4P es calculado con base en los puntos obtenidos en los cuatro dominios, que son:

- Clínica: prevención primaria de enfermedad cardiovascular, prevención secundaria de infarto agudo de miocardio, falla cardíaca, accidente isquémico transitorio, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, epilepsia, cáncer, hipotiroidismo, cuidados paliativos, salud mental, asma, demencia, depresión, insuficiencia renal, fibrilación auricular, obesidad, trastorno de aprendizaje y tabaquismo.
- Organizacional, calidad y productividad: registros e información, información para los pacientes, educación y entrenamiento, gestión clínica y gestión de los medicamentos.

- Experiencia del paciente: duración de las consultas y oportunidad.
- Servicios adicionales: screening cervical, vigilancia de la salud del niño, servicios de maternidad y planificación (Gillam, Siriwardena, & Steel, 2012) (Crisóstomo, 2014).

Para el periodo 2013-2014 un máximo de 900 puntos era previsto. Cada punto corresponde, en Inglaterra, a un pago de £156.92 (236,91 USD, al cambio actual) (Crisóstomo, 2014).

En otra revisión sistemática, cuyo objetivo era describir el impacto del P4P en las metas de calidad de la atención, se revisaron un total de 94 artículos, los cuales fueron clasificados en cuatro categorías: efectividad, eficiencia, equidad y experiencia del paciente. En la línea de efectividad se encontró que durante el primer año hubo una mejoría significativa y notoria de los indicadores. En cuanto a la segunda categoría, eficiencia, hubo una limitación en la evidencia para afirmar un aumento en la calidad de la atención medida por la reducción de hospitalizaciones, efecto que fue notorio en el caso de la epilepsia, pero no en otros sucesos. Walker y sus colaboradores concluyeron que P4P QOF fue costo-efectivo en algunos indicadores. En la tercera categoría, de equidad, los investigadores encontraron que el QOF no fue diseñado para reducir las desigualdades en salud, pero evidenciaron que entre los años 2004 y 2007 disminuyó la brecha en las prácticas: pasó del 4% al 0.8%. Se produjo un contraste con respecto a otros estudios, que hallaron que las inequidades en cuanto a género de la atención de enfermedades cardiovasculares y diabetes aumentaron. A diferencia de las desigualdades étnicas en la calidad de la atención, estas se redujeron, y en la última categoría, experiencia del paciente, se indicó que no hubo un cambio significativo en la

calidad de la atención percibida por los pacientes entre los años 2003 y 2007 (Gillam, Siriwardena, & Steel, 2012).

Por último, los investigadores de esta revisión sistemática pudieron concluir que aún existen interrogantes sobre el diseño e implementación de los P4P en la atención en salud, dentro de los cuales se destacan:

- El tamaño del incentivo que afecta el logro que se desea alcanzar.
- ¿Cómo se debe evaluar la experiencia del paciente asociada directamente al P4P? (Gillam, Siriwardena, & Steel, 2012).

La experiencia en Estados Unidos inició en octubre de 2003, con un proyecto de demostración de la efectividad del uso de incentivos financieros en la mejora de la calidad del cuidado intrahospitalario. El proyecto tuvo una duración de seis años con la evaluación de 33 indicadores relacionados con tres condiciones clínicas: infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva y neumonía; y dos condiciones quirúrgicas: la revascularización coronaria y el reemplazo articular de rodilla (Crisóstomo, 2014).

Esta experiencia demostró una mejoría en los resultados de los procesos de cuidado entre los hospitales con incentivo en la fase inicial del proyecto, pero no mostró mejores resultados clínicos y/o quirúrgicos entre los hospitales con incentivo; por lo que se resalta que es importante desarrollar P4P considerando las características específicas de cada hospital (Crisóstomo, 2014).

La estrategia central del P4P a favor de elevar la calidad del cuidado de la salud utilizando una estrategia de incentivos en hospitales de Medicare en los Estados Unidos, fue comparada con un grupo control. Se examinó la mortalidad a 30 días en pacientes con antecedente de Infarto Agudo del Miocardio (IAM), falla cardíaca o neumonía, que fueron

sometidos a bypass coronario, encontrando que no hubo disminución en la mortalidad a 30 días de este grupo de pacientes (Jha, Joynt, Orav, & Epstein, 2012).

Existen análisis críticos del artículo anterior que señalan la posibilidad de que los incentivos necesarios para cambiar los resultados clínicos en la población aún no se hayan encontrado. De manera alternativa, el patrón del estudio sugiere que la cultura a nivel hospitalario se preocupa por prestar un mejor servicio sin estar comprometido con una recompensa económica, lo cual podría hablar de la integridad de los profesionales en su ejercicio (Irshad, Janko, & Koshy, 2013).

En 2012 Elsevier Inc. publicó un artículo que describe la inclusión del P4P en programas gubernamentales de los Estados Unidos que ofrecen cuidado a poblaciones de bajos recursos o minorías, como Medicaid, los veteranos de guerra y otros. En esta revisión se concluye la necesidad de más estudios referentes al P4P en esta población, dado que no se observa mejoría en la calidad de los procesos observados a pesar de la inversión realizada (Chien, Eastman, Zhonghe, & Rosenthal, 2012).

Existe un acercamiento para el uso más efectivo del P4P dirigido a mejorar la calidad de la atención. Se trata de un estudio donde se evaluaron 260 hospitales prestadores de Medicare y Medicaid en los Estados Unidos. Usando 780 hospitales como controles, se encontró que más de la mitad de las instituciones donde se aplicaron diseños de P4P presentaron mayor porcentaje de mejora en el desempeño que los hospitales que no utilizaron la estrategia. Sin embargo, después de 5 años, los puntajes de los dos grupos se hicieron casi idénticos, relacionando los estándares elevados a hospitales con bonos amplios, bien financiados o con mercados menos competitivos. Los hallazgos finalmente sugieren que el

programa de P4P aplicado a ciertas situaciones específicas, tendrá el mejor efecto en la calidad de la atención (Werner, Kolstad, Stuart, & Polsky, 2011).

La implementación del P4P se ha convertido en los últimos años en un tema de interés enfocado al mejoramiento de la calidad, cada vez con mayor optimismo en el sector de la salud. En 2005 los autores Rosenthal, Richard, Zhonghe y Epstein realizan revisión y evalúan el impacto sobre la calidad de la atención de un programa prototipo de P4P aplicado a profesionales médicos de California y el noreste de la región pacífica de los Estados Unidos, que participaron en alrededor de 300 programas de atención médica entre 2001 y 2004. Los puntos de estudio incluyeron los procesos de atención para detección de cáncer de cérvix, mamografía y hemoglobina glucosilada. El resultado de esta observación concluye que el pago a los profesionales médicos para lograr un objetivo de desempeño produce una pequeña ganancia en la calidad respecto a los recursos invertidos (Rosenthal, Frank, & Epstein, 2005).

En Brasil, en el año 2011, el Ministerio de Salud lanzó el Programa Nacional de Mejoría de Acceso y Calidad de la atención básica (PMAQ) bajo la estrategia de atención primaria en salud (APS), diseñado teniendo en cuenta el modelo de incentivos en el que participaron más de 16 000 equipos de atención básica en 3700 municipios. Al año de iniciación del mismo (2012), evidenciaron que los resultados de los indicadores en el desempeño de los profesionales de la salud con el programa tuvieron un alcance en las metas que se fijaron a corto plazo; en las fijadas a largo plazo para comprobar la eficacia, se necesitan más estudios (Maia, 2015).

En los modelos de P4P los incentivos más reconocidos son la compensación económica, pero se ha evidenciado que en los profesionales de la salud, los incentivos que no son de compensación económica han impactado positivamente para el desempeño y alcance

de las metas en su labor diaria, entre los que se destacan: oportunidades para mejorar el desarrollo profesional, estímulos para mejorar el balance entre la vida laboral y la personal, incentivos que son otorgados a sus hijos, entre otros (Misfeldt, y otros, 2014).

Los estímulos se han convertido en herramientas que los empleadores han podido utilizar para diseñar paquetes de incentivos organizacionales para desarrollar programas con el fin de mejorar el desempeño de su recurso humano. Es por lo que ha surgido la discusión entre cuál es la mejor opción: si el uso de incentivos monetarios o no monetarios, ya que con la implementación de estos últimos, se ha evidenciado la mejoría en el trabajador de aspectos como una mayor satisfacción en su desempeño laboral y la disminución del ausentismo (Misfeldt, y otros, 2014).

En una revisión sistemática cuyo fin fue identificar cuál es la mejor estrategia a usar para impulsar el desempeño de los trabajadores de la salud –si incentivos monetarios o no monetarios–, los investigadores encontraron que la efectividad del uso de los incentivos monetarios fue mixta, ya que tuvieron una influencia positiva en algunos aspectos como la satisfacción laboral o incorporación de trabajadores de la salud en áreas de difícil acceso, pero en otros aspectos no demostró su impacto positivo como estrategia efectiva para mejorar el desempeño de los trabajadores (Misfeldt, y otros, 2014).

En la revisión sistemática nombrada anteriormente, en el análisis de la efectividad del uso de los incentivos no monetarios se destacaron tres: ambiente de trabajo, apoyo para la carrera y desarrollo profesional, y el diseño del trabajo (Misfeldt, y otros, 2014).

En el ambiente de trabajo se tienen en cuenta componentes como la carga laboral, la autonomía profesional y el equilibrio entre la vida profesional y la personal. Así que las estrategias apuntarían principalmente a mejorar la satisfacción laboral y el balance vida-

trabajo. Los investigadores evidenciaron que la flexibilidad en los horarios de trabajo o políticas favorables a la familia –como instalaciones para el cuidado de los niños de los empleados– impactaron positivamente disminuyendo la insatisfacción laboral. Otro incentivo, como los cursos de gestión del estrés, disminuyó el riesgo de síndrome de Burnout (Misfeldt, y otros, 2014).

En cuanto al estímulo para impulsar el desarrollo profesional, los investigadores encontraron que incentivos como programas educativos tuvieron un impacto en la reducción del ausentismo y mejoría en el liderazgo de los trabajadores (Misfeldt, y otros, 2014).

Los incentivos dirigidos al diseño de trabajo, como la rotación del personal o cambios en el modelo laboral, no mostraron evidencia alguna que indicara la eficacia en el desempeño de los trabajadores. Por ejemplo en el modelo de trabajo de médicos y enfermeras, una mejor colaboración entre ellos no tuvo un impacto positivo significativo en la satisfacción laboral de las enfermeras (Misfeldt, y otros, 2014).

Los incentivos monetarios –como la indemnización directa a través de salarios o pago indirecto como en paquetes de beneficios– son los más conocidos, pero a su vez la evidencia indicó que su uso exclusivo no es altamente efectivo. Pero la creación de una estrategia que combine la compensación monetaria con la no monetaria, como entornos de trabajo de alta calidad y oportunidades para el crecimiento profesional, puede ser más efectiva para la mejoría del desempeño de los trabajadores de la salud. Es de resaltar que incentivos que mejoren el balance entre el trabajo y la vida personal como estímulos para el apoyo del cuidado de los hijos de los trabajadores, fueron eficaces y mejoraron la satisfacción laboral (Misfeldt, et al. 2014).

En la revisión realizada para Colombia, el P4P es utilizado por EPS del régimen contributivo, relacionado al cumplimiento de metas de promoción y prevención en primer nivel de atención (Cortés, Yepes, Cardona, Contreras, Torres, & Gorbaneff, 2012).

Teniendo en cuenta que la calidad en la prestación de los servicios de salud se ha convertido en una de las principales preocupaciones del sector, las organizaciones han realizado investigaciones al respecto, encontrando que una de las razones para que la calidad en la atención sea baja, es la forma de pago a los profesionales que prestan servicios de salud. En Colombia, los problemas de calidad en la atención son considerados un problema de política pública, reflejo de un sistema sin incentivos, falta de garantías de pago que consideren la calidad, costo-efectividad y ausencia de mecanismos y canales para divulgar la situación de la calidad de los servicios (Cortés, Yepes, Cardona, Contreras, Torres, & Gorbaneff, 2012).

En Colombia se describe una propuesta para implementar el P4P bajo el enfoque del modelo diseñado por Van Herck en el año 2010, que expone 4 fases:

1. Fase de aspectos generales
2. Fase de calidad de la atención
3. Fase de desarrollo de incentivos
4. Fase de implementación

Como se mencionó anteriormente, este modelo es utilizado por algunas EPS del régimen contributivo del sistema de salud colombiano. Los indicadores con los que se relaciona son la oportunidad, satisfacción del usuario, hospitalización evitable, uso de urgencias, y cumplimiento de metas de promoción y prevención (Cortés, y otros, 2012).

Dentro de la literatura revisada del P4P, se registra un análisis enfocado en determinadas características relacionadas con la utilización y eficacia del P4P individual en las organizaciones. La conclusión del estudio revela que aunque el P4P no sea la panacea, ni la recompensa económica sea el único motivador, el éxito del programa dependerá entonces del diseño y ejecución de la estrategia. Es probable también que el peso del incentivo, especialmente cuando se usa en planes basados en resultados, genere un rendimiento como ganancia sustancial, pero asimismo será mayor el riesgo de que haya consecuencias negativas. Dada esta situación, las organizaciones deben pensar cuidadosamente cómo equilibrar el uso de las medidas de rendimiento basado en resultados y el comportamiento a nivel individual y de grupo. Igualmente deben definir con cuidado la intensidad de los incentivos. Se propone como continuidad de estudios futuros, el seguimiento de casos y la evaluación de resultados, analizando los indicadores negativos y sus causas (Gerhart & Fang, 2014).

En resumen, existe evidencia sobre la efectividad clínica y equidad en el cuidado. Sin embargo, no hay evidencia sólida ni replicable en el impacto sobre coordinación, continuidad, atención centrada en el paciente y costo efectividad, dado que los resultados dependen del diseño y las características del contexto; por lo tanto, es importante seleccionar los objetivos dentro de una línea de base que dé espacio para el mejoramiento, para usar procesos e indicadores como medidas del objetivo, involucrar y comunicar información a todos quienes participen directamente del programa, implementar un diseño de P4P para todos los funcionarios, focalizar en el aumento de calidad y logros, así como distribuir los incentivos a un nivel individual y de equipo (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

En la literatura se encuentran tres revisiones sistemáticas que identifican los trabajos realizados por diferentes autores al respecto del P4P. Entre ellas se destacan la de Petersen L. A., en 2006, que revisa el efecto de incentivos financieros en los indicadores de calidad; la de Frolich, quien revisa los antecedentes de la incorporación de modelos de incentivos de otras áreas en los servicios de salud, llegando a una teoría dual de los incentivos; y la de Pieter Van Herck, quien revisa con su grupo de investigación 128 trabajos en el área de P4P evaluando efectos de los programas, así como el impacto del diseño y de los mediadores contextuales en estos efectos (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

Petersen, en 2006, realiza una revisión de experiencias para evaluar el efecto de los incentivos financieros en la mejoría de los indicadores de calidad en salud. Se analizaron 17 estudios que incluyeron incentivos financieros a diferentes niveles. En cuanto a incentivos a profesionales médicos y a grupos de atención, se encontró un efecto positivo en las mediciones de calidad. En los estudios que incluían incentivos inmersos en los sistemas de pago, se encontró mejoría en el acceso para la población general, sin embargo, limitación en la misma característica para los pacientes más enfermos. No se encontró dato sobre la duración óptima de aplicación de los incentivos o de la persistencia de su efecto al suspenderlos. Se concluye además que es esencial el seguimiento del desarrollo del programa para definir su efectividad, así como la vigilancia de efectos no intencionales de la intervención. Esta revisión toma en consideración las estrategias de P4P y reporte por desempeño en el área del cuidado de la salud. La racionalidad de usar estas estrategias proviene de experiencias en otras industrias y de teorías en psicología, economía y comportamiento organizacional. En esta revisión se referencian estos temas y cómo aplicarían al área de la salud. El modelo se direcciona hacia una concepción dual de incentivos tanto

financieros como reputacionales, que lleva a las metas de las políticas actuales. Se incluyen factores del contexto y de la relación proveedor-paciente que pueden afianzar o disminuir la respuesta a los incentivos. Se describe en esta revisión una debilidad en la falta de conexión tangible entre las investigaciones reportadas y la teoría recopilada (Petersen, Woodard, Urech, Daw, & Sookanan, 2006).

Dudley y su equipo proponen que mientras por años se han descrito problemas en calidad, recientemente se encuentra el interés del comprador de servicios por tomar decisiones basadas en ese indicador. Asimismo, los empleadores que respaldan las compras basadas en calidad, han expresado incertidumbre acerca de cómo medir la calidad, los resultados y qué incentivos ofrecer para estimular un mejor desempeño. El trabajo de Dudley y el grupo de investigadores tienen como objetivo desarrollar un modelo conceptual de cómo los incentivos influyen el comportamiento del proveedor de servicios, recopilar los resultados de los estudios realizados para evaluar la efectividad de las estrategias de la compra de servicios basada en calidad, describir las investigaciones en curso a este respecto y realizar simulaciones para determinar qué resultados pueden ser influenciados por el azar, afectando su utilización. Se evaluaron 5045 publicaciones, muchas de las cuales no reportaban características de los incentivos o el contexto en el que fueron aplicados. Los incentivos incluyeron pago por servicios y bonos por calidad. Los resultados reportan 11 indicadores de desempeño, 7 de los cuales mostraron con significancia estadística, responder a estrategias basadas en calidad. Concluyen que el impacto de la compra basada en calidad en el área del desempeño clínico se conoce muy poco. Sin embargo parece que crear los incentivos con base en la medición de los resultados institucionales es posible, sin riesgo para la reputación o situación financiera de los hospitales. Se requiere más investigación, incluyendo la

comparación de enfoques alternativos y evaluación de barreras, y facilitadores para mejorar la calidad en respuesta a incentivos (Dudley, Frolich, Robinowitz, Talavera, Broadhead, & Luft, 2004) (Frolich, Talavera, Broadhead, & Dudley, 2007).

El modelo elaborado por Dudley y Rosenthal en 2006 es un P4P dirigido a compradores de servicios, el cual considera 4 fases: contemplación, diseño, implementación y evaluación. En las dos primeras fases, el grupo de investigación utilizó preguntas con el fin de dar un reconocimiento a la importancia de mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud. En la fase de contemplación, se consignaron las siguientes preguntas: ¿Está la comunidad lista para un P4P?, ¿Conviene aliarse con otros compradores de servicios?, ¿Cuándo incluir a los proveedores en discusiones de P4P? (Dudley & Rosenthal, 2006).

En la fase de diseño se realizaron las siguientes preguntas: ¿Cuáles proveedores deben abordarse primero?, ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de enfocarse en individuos y no en grupos?, ¿La participación debe ser voluntario u obligatoria?, ¿Se deben usar bonos o penalidades?, ¿Cómo estructurar los bonos?, ¿Se deben fijar los umbrales absolutos o relativos de desempeño? (Dudley & Rosenthal, 2006).

El grupo de investigación que diseñó este modelo de P4P respondió las preguntas anteriores de la siguiente manera: según la literatura, se evidencia que el 75% de los programas aborda a médicos generales y especialistas, y el 25% aborda instituciones.

Los incentivos individuales son un motivador más fuerte que los incentivos grupales, producen una retroalimentación más eficiente y pueden mejorar la rendición de cuentas.

Según los autores de este modelo, existe una ventaja en un programa de participación voluntaria debido a que facilita su implementación.

Para la estructuración de los bonos, existen las siguientes opciones:

- Recompensar a los proveedores que alcancen o excedan un umbral único de desempeño.
- Otorgar recompensa diferencial a proveedores por logros a lo largo de un continuo de umbrales de desempeño.
- Por logros parciales, se otorgan recompensas parciales
- Recompensar a los proveedores que alcancen o excedan un umbral único de desempeño combinado con un incentivo que recompense a los que mejoran sin importar si alcanzan el umbral.
- Recompensar a proveedores de una manera continua, proporcional a sus logros (Dudley & Rosenthal, 2006).

Van Herck y su equipo realizaron una revisión bibliográfica de 128 estudios entre 1990 y 2009 para evaluar los efectos de programas de P4P y la repercusión del diseño y el contexto de los programas sobre dichos efectos, los cuales incluyeron efectividad clínica, equidad, acceso, coordinación, continuidad, enfoque en el paciente y costo efectividad. Se encontró mejor evidencia para el análisis de la efectividad clínica y la equidad que para las otras características. Los autores observaron una gran variabilidad en los resultados dependiendo de los objetivos en el diseño del estudio, sin encontrar razones específicas. Se concluye que los resultados favorables en la calidad en los servicios de salud dependen de un buen diseño que se encuentre alineado con el contexto del servicio (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010).

4.3 Marco legal

En el marco nacional colombiano es de resaltar la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se creó el sistema de seguridad social integral. Ley que en su Artículo 184 hace referencia a los incentivos: “...*de los incentivos para un mejor servicio: con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la Ley...*”, refiere además que se aplicarán incentivos con el fin de “*promover un servicio de mayor calidad al usuario*” (Congreso de la República de Colombia, 23, diciembre, 1993).

La Ley 100, en su Artículo 193 señala “*incentivos a los trabajadores y profesionales de la salud*”, en el Decreto Nacional 439 de 1995, “*con el fin de estimular el eficiente desempeño de los trabajadores y profesionales de la salud*”, indicando que se podría establecer unos estímulos tanto financieros como no financieros. Se resalta en el párrafo 4 lo siguiente: “*Las Instituciones Prestadoras de Salud podrán implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral para los médicos...*” (Congreso de la República de Colombia, 23, diciembre, 1993).

La Ley 1164 de 2007, por medio de la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en Salud, en su Artículo 30 hace referencia al programa de estímulos e incentivos en donde uno de sus fines es “*generar programas de apoyo a la calidad en la formación de personal y la prestación de servicios*” (Congreso de la República de Colombia, 2007).

La Ley 50 de 1990, por medio de la cual se introdujeron reformas al Código Sustantivo del Trabajo, en su Artículo 14 y correspondiente al Artículo 127 del Código Sustantivo del Trabajo, refiere que:

Constituye salario no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte, como primas, sobresueldos, bonificaciones habituales, valor del trabajo suplementario o de las horas extras, porcentajes sobre ventas y comisiones (Congreso de Colombia, 1990).

En el Artículo 15 de la Ley 50 se afirma que los pagos que no constituyen salario:

Son las sumas que ocasionalmente y por mera liberalidad recibe el trabajador del empleador, como primas, bonificaciones o gratificaciones ocasionales, participación de utilidades y lo que recibe en dinero o en especie no para su beneficio, ni para enriquecer su patrimonio, sino para desempeñar a cabalidad sus funciones (Congreso de Colombia, 1990).

En el Artículo 132 del Código Sustantivo del Trabajo se indica que:

El patrono y el trabajador pueden convenir libremente el salario en sus diversas modalidades, como por unidad de tiempo, por obra o a destajo y por tarea, etc., pero siempre respetando el salario mínimo legal o el fijado en los pactos, convenciones colectivas y fallos arbitrales (Presidencia de la República, 1950).

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Se formulará un modelo de P4P para Javesalud enmarcado en un trabajo de grado de características de profundización, gestión o profesionalizante, que tomará como base los

resultados y análisis de un estudio de caso de tipo descriptivo, acerca de los conocimientos y preferencias de los profesionales de la salud que laboran en Javesalud sobre el P4P.

Universo: Javesalud

Unidad de observación: médicos con cargo de médicos generales vinculados a Javesalud a 30 de noviembre de 2015.

Muestra, tipo y estrategia de muestreo: no se hizo cálculo de tamaño de muestra; se consideraron como elegibles todos los médicos que cumplieron con los criterios de inclusión, en total 24 médicos generales.

5.2 Criterios de inclusión

- Médicos generales que hayan estado vinculados a la institución por un periodo igual o mayor a 1 año.
- Profesionales que no hayan sido sancionados disciplinariamente por eventos ocurridos en el desempeño de sus labores.
- Médicos incluidos en el programa de Mejoramiento de la Práctica Clínica de Javesalud.

5.3 Criterios de exclusión

- Médicos generales que se encuentren en período de prueba.
- Médicos generales que se encuentren vinculados a la Javesalud y estén en proceso de formación como parte del convenio docencia servicio.

5.4 Consideraciones éticas

Para la realización del presente trabajo se tomó como punto de partida la Resolución Número 8 430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la cual, dentro de sus características,

ubica esta investigación en la categoría de *investigación sin riesgo*, debido a que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales (Ministerio de Salud, 4 de octubre de 1993).

Se realizó presentación del proyecto ante el Comité de ética de la Investigación de Javesalud, donde fue aprobado. Dicho comité contó con la participación de médicos que no harán parte del estudio.

Se realizó una revisión bibliográfica acerca de la ética de los incentivos a profesionales de la salud, con la cual se busca destacar el incentivo como un estímulo cuyo fin es aumentar el rendimiento del trabajador, teniendo claridad respecto a que:

- *“La salud no tiene precio, es un valor incalculable; es decir no se puede medir en unidades monetarias”* (Fundación de Ciencias de la Salud, 2012, p. 2).
- *“La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad, la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia”* (Fundación de Ciencias de la Salud, 2012, p. 2).
- *“No confundir incentivo con motivación o con obligación moral, ya que el médico debe ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad, y está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y promover la calidad y la excelencia de la institución en que trabaja”* (Fundación de Ciencias de la Salud, 2012, p. 3).
- *“Por encima de todo, los incentivos han de premiar el buen ejercicio de la profesión, pues su objetivo último es la promoción de la calidad asistencial”* (Fundación de Ciencias de la Salud, 2012, p. 8).

5.5 Fuentes de información

Revisión de información en línea y de consulta bibliográfica.

Documentación de Javesalud.

Encuesta.

5.6 Variables

Las variables que se medirán para caracterizar de médicos generales son:

Tabla 3.

Variables

Nombre corto	Nombre largo	Descripción	Naturaleza	Nivel de medición	Valores asignados
Edad	Años cumplidos	Cantidad de años cumplidos a la fecha de aplicación del instrumento	Cuantitativa continua	De intervalo	Número de años cumplidos
Sexo	Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer en los seres humanos	Catagórica	Nominal	Masculino o femenino, según el fenotipo
Hijos	Número de hijos	Persona respecto de su padre o madre en términos de procreación, adopción o vinculación	Cuantitativa	De razón	Número de hijos
Universidad	Universidad que otorgó el título	Nombre de la universidad que otorgó el título de Médico general	Catagórica	Nominal	Listado de las universidades
Horas	Número de horas de trabajo	Número de horas al día de trabajo	Cuantitativa continua	De intervalo	Número de horas que trabaja al día
Trabajos en el último año	Número de trabajos en el último año	Número de instituciones donde trabajó como médico general en el último año	Cuantitativa	De razón	Número de trabajos
Formación adicional	Formación técnica adicional	Tipo de formación adicional realizada	Catagórica	Nominal	Presencia o ausencia de estudios académicos asistenciales y/o administrativos
Número de años	Años laborados en la institución	Cantidad de años laborados en la institución en el momento de realizar la encuesta	Cuantitativa	De razón	Número de años laborados en la institución al momento de realizar la encuesta
Migración	Motivo para	Causa por la cual abandonó su	Catagórica	Nominal	Se consideran viables todas las

Nombre corto	Nombre largo	Descripción	Naturaleza	Nivel de medición	Valores asignados
laboral	abandonar cargo anterior	último cargo			posibles opciones de cambio de trabajo, teniendo en cuenta las relacionadas con el empleado y las del empleador
Conocimiento P4P	Conocimiento de programas de P4P	Conocimiento de programas de P4P	Categórica	Nominal	Sí o No
Voluntad	Voluntad de participación en P4P	Capacidad para decidir o no participar en P4P	Categórica	Nominal	Sí o No
Interés	Interés de P4P en Javesalud	Gusto o complacencia con que se implementarán programas de P4P en Javesalud	Categórica	Nominal	Sí o No
Conocimiento	Conocimiento de programas de P4P	Tener idea de programas de P4P	Categórica	Nominal	Sí o No
Tipo de incentivos	Tipo de incentivos preferidos	Característica del incentivo que se quiere	Categórica	Nominal	Tiempo libre Bono de alimentación Bono de combustible Auxilio económico Inscripciones a congresos Otro
Tipo de indicadores	Tipo de indicadores de P4P	Selección del tipo de indicadores de acuerdo con sus características	Categórica	Nominal	Desempeño clínico. Metas clínicas

Fuente: Autoras (2016).

6. Encuesta y resultados

Se diseñó una encuesta física de 17 preguntas para ser diligenciada por los médicos generales de Javesalud, con la finalidad de caracterizarlos en términos sociodemográficos, así como establecer sus conocimientos sobre P4P y preferencias al respecto, utilizando para su construcción preguntas sobre aspectos generales sociodemográficos, cantidad de horas laboradas, motivos de retiro de trabajos anteriores, conocimiento sobre P4P, tipos de incentivos que le gustaría recibir, conocimiento de metas de la institución, con una duración aproximada de no más de 10 minutos (Anexo A).

En el marco general del trabajo se diseñó un instrumento para la recolección de datos tipo cuestionario para caracterizar la población de los médicos generales de Javesalud y determinar sus conocimientos y preferencias sobre el P4P.

Diseño del cuestionario: se diseñó un cuestionario de 17 preguntas a partir de la revisión bibliográfica y perfil de la institución, para identificar los conocimientos y preferencias de los médicos generales sobre el P4P, así como para estandarizar el procedimiento para todos los participantes.

Selección de las preguntas y diseño del cuestionario: las preguntas se construyeron teniendo en cuenta la necesidad explícita de caracterizar a los profesionales que laboran en la institución, siendo este uno de los puntos fundamentales en el desarrollo de modelos de P4P, particularmente en el modelo de Van Herck.

Luego de la revisión de la teoría se diseñaron las preguntas y se clasificaron de acuerdo con las características sociodemográficas de los participantes, historia laboral, conocimientos y preferencias sobre los modelos de incentivos.

Validación y aprobación del cuestionario: las preguntas fueron aprobadas con el asesor del trabajo antes de la aplicación de la prueba piloto para su validación.

Prueba piloto: esta prueba se incorpora como validación del instrumento. La receptividad de los médicos a la aplicación de la prueba piloto fue recibida con agrado, dando respuesta al cuestionario presentado. El tiempo con el que contaron fue de 10 minutos según lo previsto. Sin embargo, el tiempo de respuesta fue de 7 minutos en promedio. La información fue recolectada de los cuestionarios en forma individual y consignada en una base de datos predeterminada. Los resultados fueron analizados de acuerdo con las respuestas a cada pregunta. Se realizó un análisis univariado y exploratorio de los datos con el fin de describir las variables de interés; se resumieron las medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con la naturaleza de los datos. Esta prueba demostró que algunas preguntas (como las de frecuencia y tipo de incentivos) muestran respuestas donde el 100% de los participantes estuvo de acuerdo, razón por la cual su utilidad debió interrogarse y ser revalorada y replanteada con el fin de permitir explorar la variabilidad de los conocimientos y preferencias de los médicos encuestados. Se realizaron cambios y rediseño para mejor visualización y organización de la misma, así como la modificación de las preguntas en las cuales las respuestas sugerían un cambio.

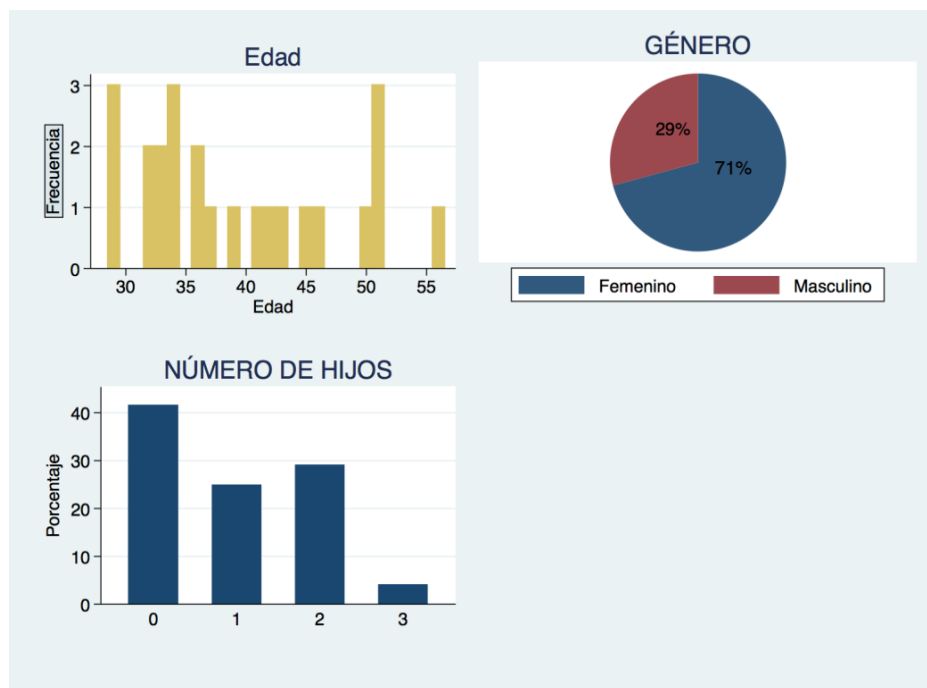
La aplicación del cuestionario y encuesta definitiva a los profesionales médicos, se realizó en las sedes de Javesalud en diciembre de 2015, con la autorización de las directivas de la organización. La encuesta tuvo una buena receptividad, contando con la colaboración del 100% de los sujetos que cumplían con los criterios de inclusión para responder a la encuesta diseñada. El objetivo del cuestionario fue indagar los conocimientos y preferencias

de los médicos respecto a los planes de P4P. El tiempo con el que contaron fue de 10 minutos según lo previsto y los cálculos determinados en la prueba piloto aplicada previamente.

Para el análisis de la encuesta, las preguntas se dividieron de acuerdo con el marco conceptual para este trabajo:

Bloque 1. Perfil sociodemográfico de los participantes.

Los encuestados tenían entre 29 y 56 años (promedio de edad de 39,3) y el 71% de ellos pertenecen al género femenino. En relación con la fecundidad, el 42% de los encuestados no tienen hijos, 29% tienen 2, el 25% tienen uno y 4% tienen 3.



Gráfica 7. Resultados demográficos de los médicos generales encuestados. 2016. Fuente: Las Autoras (2016).

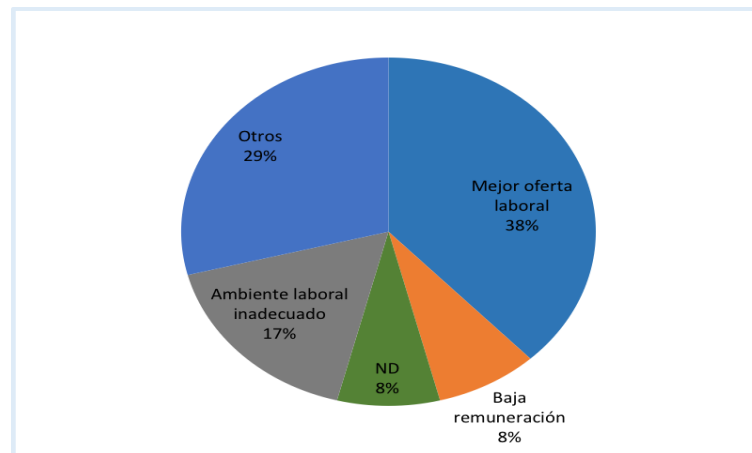
En el área de educación, el 75% proviene de universidades privadas, y el 25% ha egresado de una universidad pública (Universidad Nacional). Se encontró que el 58% de los participantes recibieron su grado de médico entre 11 a 32 años atrás.

En relación con la formación académica, el 25% de esta muestra ha obtenido por lo menos un título de posgrado.

Bloque 2. Historia laboral

En relación al desempeño laboral, los encuestados han tenido en promedio 1,6 trabajos en el último año. Se encontró que los participantes laboran en promedio 8,6 horas al día y que el 83% ha trabajado en Javesalud durante los últimos 7 años.

La motivación para realizar cambios de empleo tiene que ver con una mejor oferta laboral representada en una retribución económica más alta, cambio de objetivos laborales por especialización o estudios adicionales, la liquidación de la IPS donde laboraba y por motivos familiares, entre otros. Un porcentaje importante de los encuestados aduce problemas de ambiente laboral calificado como “inapropiado”.



Gráfica 8. Resultados motivación de cambio de trabajo de los médicos generales encuestados. 2016. Fuente: Las Autoras (2016).

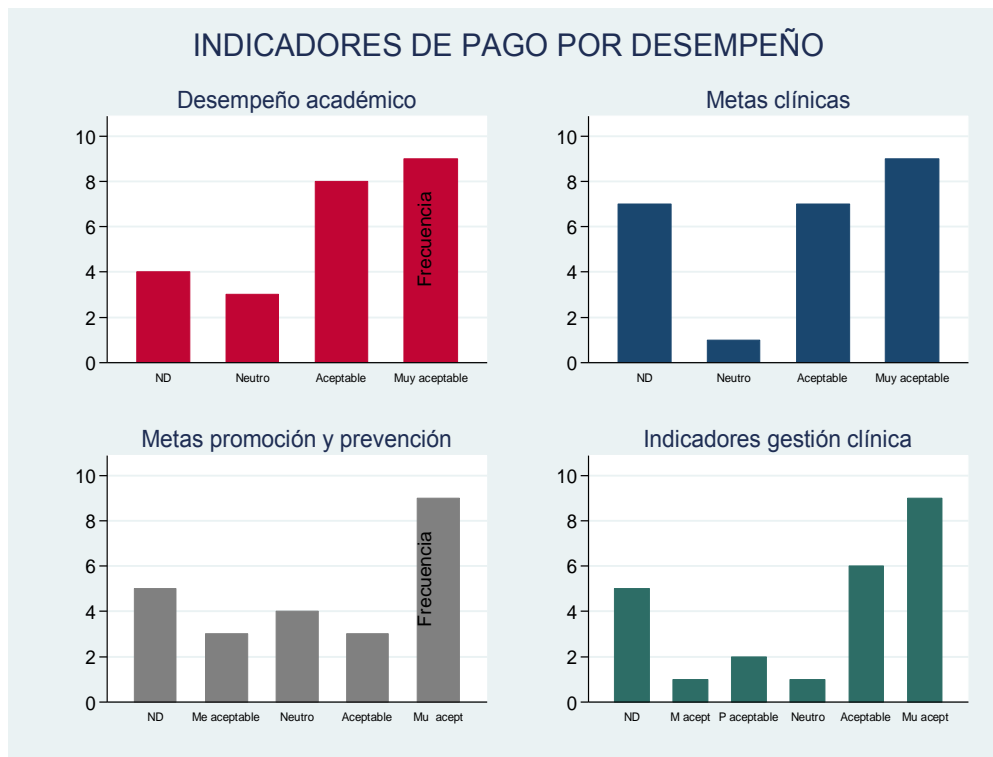
Bloque 3. Conocimientos y preferencias sobre los modelos de incentivos

El 75% de los participantes no tiene conocimiento sobre programas de incentivos al desempeño laboral. El 25% restante tiene conocimiento de incentivos económicos que

incluyen bonos por productividad (50%), capacitaciones, jornadas de descanso o viajes (50%).

El 96% de los médicos afirma que le gustaría ser incorporado a un plan de incentivos por las siguientes razones: premiar el desempeño laboral y crear pertinencia, generar una sana competencia y mejorar el ambiente laboral; sin embargo, un 4% afirma que puede presentarse un conflicto ético por la introducción de dichos planes al esquema de trabajo.

En cuanto al grado de aceptación del incentivo, las preferencias son las siguientes:

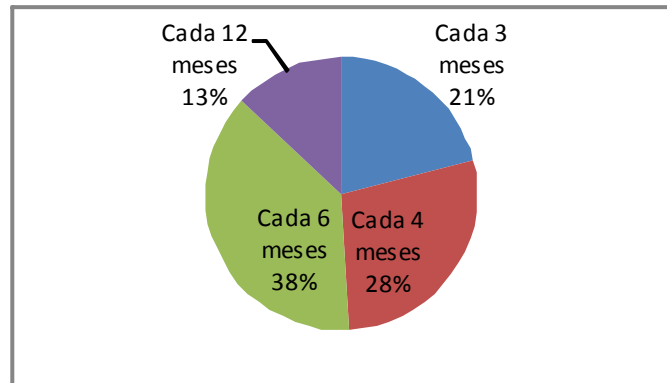


Gráfica 9. Preferencia de los encuestados por el indicador para calificación del desempeño. 2016. Fuente: Las Autoras (2016).

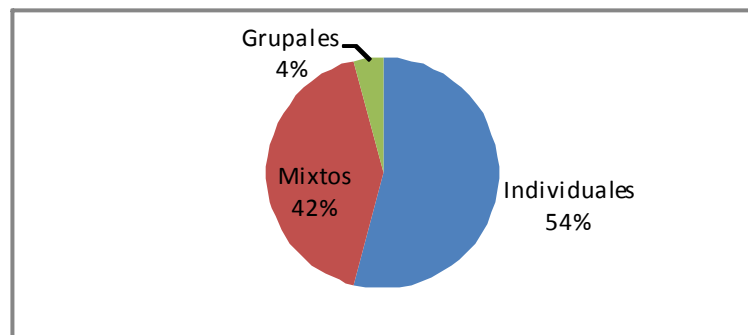
El tiempo libre tiene un 63% de aceptación, al igual que el bono en especie (46%) y el auxilio económico (42%); en contraste con el bono de combustible (42%), seguido del bono de alimentación (33%), que fueron los menos aceptados. Frente a los indicadores que los

profesionales prefieren para calificar el desempeño y otorgar los incentivos, las respuestas son muy homogéneas.

Finalmente, el 38% de los encuestados prefiere que el incentivo les sea concedido cada 6 meses y el 54% de manera individual.



Gráfica 10. Preferencia de los encuestados en la periodicidad del incentivo. Fuente: Las Autoras (2016).



Gráfica 11. Preferencia de los encuestados en individualidad del incentivo. Fuente: Las Autoras (2016).

7. Modelo planteado

En el diccionario de la Real Academia de la lengua Española, “*modelo*” se define como: “*Esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento*” (Real Academia Española, 2014). Partiendo de esta definición y de la revisión de la literatura, particularmente del modelo que Pieter Van Herck propone: “*Modelo para implementación y monitoreo de Incentivos por Calidad (MIMIQ)*” (Van Herk, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal, & Sermeus, 2010), se plantea un modelo que adapta las fases y pasos planteados por Van Herk para implementar un nuevo modelo para Javesalud, con un diseño basado en las necesidades propias de la organización y una distribución que difiere del modelo MIMIQ original considerando una integración que pretende ser más práctica y aplicable al grupo de profesionales, utilizando como agrupadores tres áreas el contexto, los indicadores y los resultados.

En comparación con el modelo de Van Herck se encuentran diferencias:

- Van Herck establece el modelo para uso con proveedores de salud dentro del sistema de salud estadounidense con resultados a evaluar respecto a un grupo de prestadores multidisciplinario, mientras que en el modelo diseñado para Javesalud se pretende un enfoque sobre la población de médicos generales.
- Van Herck propone en el modelo MIMIQ cinco fases para el planteamiento, ejecución y evaluación del mismo, definidas en diferentes áreas: caracterización y priorización de la calidad del cuidado, donde se definen indicadores de proceso; resultado y estructura, que dan dirección a los resultados que se desean; definición específica de los incentivos y sus condiciones y estrategias de comunicación;

implementación, mediante un programa por fases involucrando al prestador del servicio; y una fase de evaluación, que incluye la evaluación del programa en sí mismo y de sus resultados en función del objetivo propuesto.

- Se plantearon varias fases, que incluyen áreas donde se definen y se caracterizan los objetivos de calidad del cuidado e incentivos respetando características de estructuración, comunicación, implementación y evaluación del modelo propuestas por el autor.
- El contexto, el cual es proyectado en cuatro áreas por Pieter Van Herck –sistema de salud, condiciones del pagador, condiciones del proveedor y condiciones del paciente–, para el caso del modelo para profesionales en medicina general fueron considerados los siguientes: el sistema de salud colombiano, condiciones de Javesalud como institución que contrata los profesionales, condiciones y caracterización de la población de profesionales y condiciones de la población atendida.
- La evaluación y resultados se incorporan en el modelo, en cuanto al impacto sobre la población y la evaluación de este, que permitirá que sea valorado en sí mismo, así como el logro de los objetivos propuestos.

Las áreas en las que se organizó el modelo propuesto se describen a continuación:

- Contexto: donde se integran y definen las características de la institución en que se implementará el modelo, el sistema de salud, el o los pagadores, el tipo de contratación de la institución con sus clientes, así como el tipo de contrato del personal asistencial que presta los servicios, antecedente o uso actual de

modelos de P4P, característica de profesionales asistenciales, el tipo de pacientes sujetos a la intervención por los profesionales objeto del modelo.

- **Indicadores:** el modelo involucra la evaluación y seguimiento dentro de parámetros objetivos, para lo cual se utilizan los indicadores, los cuales deben seleccionarse considerando que deben ser medibles, específicos, reales, realizables preferiblemente con una línea de base previa, que permita realizar comparaciones y evaluación de la estrategia.
- **Resultados:** todo modelo tiene una finalidad específica, enfocada y relacionada con las metas estratégicas y objetivos de la institución, los cuales deben ser definidos desde la estructuración del programa, lo que permitirá evaluar y realizar seguimiento del mismo.

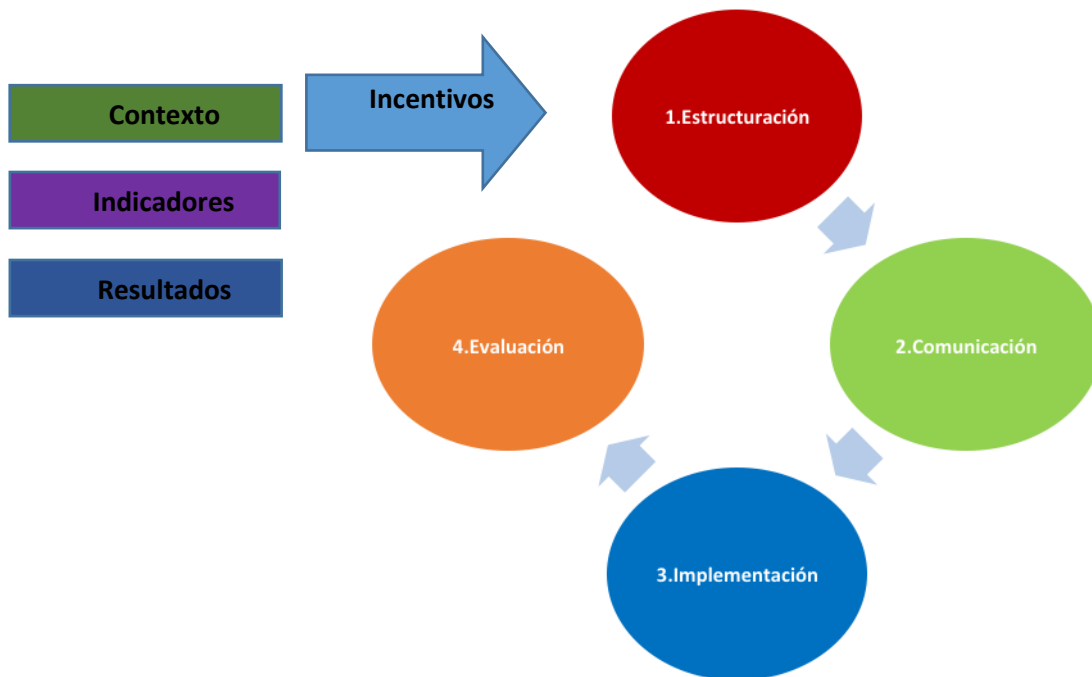
Estas áreas definen los incentivos a utilizar. A su vez, las áreas y los incentivos se enmarcan dentro de un ciclo de mejoramiento en el que intervienen 4 fases:

- **Estructuración:** proceso de creación, generación y construcción conjunta del modelo, donde se analiza el contexto, se definen indicadores a impactar e incentivos a aplicar.
- **Comunicación:** proceso de difusión al cliente interno y externo relacionado con los profesionales sujetos del modelo, que debe comprender campañas de expectativa, lanzamiento, capacitación, seguimiento y evaluación de resultados.
- **Implementación:** fase de realización y ejecución de las actividades planteadas, en la cual, independientemente del tiempo definido para la entrega de incentivos, debe ser el de seguimiento continuo, con un sistema de auditoría y medición claro.

- Evaluación: se realiza según el periodo definido, basado en los indicadores establecidos y observación de resultados tanto positivos como negativos de la implementación.

Teniendo en cuenta diferentes referencias de la literatura, se sugiere que los incentivos representen como mínimo el 5% de los ingresos, y apunten a atributos de calidad como seguridad, continuidad, satisfacción, coordinación y eficiencia, que estén basados en las teorías de motivación supliendo necesidades y fundamentando en los cambios de conducta.

Se plantean los incentivos como bonificación para responder al cumplimiento de metas con excelencia, con una continuidad que permita preservar cambios positivos sobre los procesos. Con el objetivo de llegar a cumplir con estas características, deben ser discutidos y contruidos desde el inicio de forma conjunta con los profesionales sujetos del modelo.



Gráfica 12. Modelo planteado por las autoras (2016).

A continuación se desarrollará el modelo propuesto para Javesalud.

7.1. Contextualización

Javesalud hace parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud inmersa en el sistema actual de SGSSS en Colombia, donde se concentra la atención que ofrece el sistema. Está incluida en el primer nivel de atención, entre las instituciones consideradas puerta de entrada a los servicios de salud, creada en el año 1995 por el Reverendo Padre Gerardo Arango Puerta S.J., Rector de la Pontificia Universidad Javeriana, con el fin de contribuir a nivel nacional en la organización y prestación de servicios de salud a la comunidad universitaria del país, mediante una sólida estructura de atención médica (Javesalud, 2014).

Los principios institucionales que guían a Javesalud se enumeran a continuación, con la definición que la Institución estableció a cada uno de ellos para su aplicación:

- a. Respeto: es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad. Permite reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos.
- b. Ética: es la parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre. Es la reflexión filosófica de todo lo que la sociedad ha acuñado como bueno.
- c. Innovación: es la creación o modificación de un producto y su introducción a un mercado. La innovación representa un camino mediante el cual el conocimiento se traslada y se convierte en un proceso, un producto o servicio que incorpora nuevas ventajas para la sociedad (Javesalud, 2014).

Asimismo, se han establecido los valores institucionales que demarcan las conductas en la Institución:

- a. Respeto: es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad. Permite reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos.
- b. Dignidad humana: valorar a los demás como seres únicos, insustituibles, dotados de intimidad, inteligencia, voluntad y libertad, respetando la diversidad de credos, razas, creencias y condiciones sociales.
- c. Trabajo en equipo: trabajar de forma armónica, coordinada, planificada y efectiva para lograr las metas propuestas.
- d. Efectividad: satisfacer las necesidades de nuestros colaboradores, clientes, usuarios y proveedores.
- e. Excelencia: estar comprometido con un proceso continuo de mejoramiento de los estándares de calidad en la prestación de servicios de salud.
- f. Liderazgo: los colaboradores de Javesalud están comprometidos con el desarrollo de su potencial y orientan sus esfuerzos en la consecución de los objetivos organizacionales y personales a través de la innovación, competitividad, motivación y conocimiento.
- g. Coherencia: en Javesalud actúan conforme a los principios y valores organizacionales en cada una de las decisiones y situaciones que se presentan en la dinámica de la institución, cumpliendo y defendiendo las políticas organizacionales en cualquier escenario tanto interno como externo a la institución (Javesalud, 2014).

La organización ha definido los siguientes Objetivos estratégicos planteados en el Plan Estratégico Institucional 2013–2016:

- a. Garantizar el crecimiento y desarrollo rentable y sostenible de la Fundación en un marco de la eficiencia operacional.
- b. Ofrecer un servicio de salud humanizado, diferenciado y seguro.
- a. Consolidar una red integral e integrada para prestar servicios de salud del cuidado primario.
- b. Ser un aliado estratégico de la academia en la investigación y formación integral de profesionales.
- c. Desarrollar personas íntegras, con sentido de pertenencia y de alto desempeño.
- d. Promover una cultura institucional responsable socialmente y comprometida con el medio ambiente (Javesalud, 2014).

Los objetivos descritos fueron analizados, encontrando que cada uno de ellos es susceptible de ser afectado por el modelo propuesto, coherente con el impacto y resultado que pudiera lograr el planteamiento del modelo de pago por desempeño.

Javesalud actualmente cuenta con 10 sedes que prestan servicios asistenciales y una oficina administrativa, distribuidas en el perímetro urbano de la ciudad de Bogotá, ubicadas desde la calle 127 hasta la calle 73 C Sur, y al oriente, desde de carrera 1 hasta la carrera 46 B Sur. Cuenta con una planta física compuesta por 102 consultorios para la atención en consulta externa de medicina general, medicina especializada, odontología, vacunación, ecografía, terapia respiratoria, terapia física, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, sala general de procedimientos menores, enfermería, promoción y prevención, nutrición, psicología, salud ocupacional, optometría y espirometría.

La institución actualmente atiende aproximadamente a 95.000 pacientes de los regímenes subsidiado y contributivo. Cuenta con 20 años de experiencia en el medio, y se

encuentra acreditada por el Icontec desde 2013, sostiene convenios contractuales con diferentes EPS del régimen contributivo (Compensar, Nueva EPS, Sura, Salud vida) y otros aseguradores particulares (Allianz y Colpatria ARL), bajo las modalidades de contratación por capitación, paquete, pago global prospectivo. Javesalud presta servicios de salud con actividades de primer nivel y algunas de segundo nivel de atención, con una trayectoria, experiencia y posicionamiento en el mercado relevante, sin embargo con una estrecha estabilidad financiera producto de las formas de contratación. Cuenta con aproximadamente 300 empleados, de los cuales el 65% se desempeñan en el área asistencial, y de estos últimos, 13% son médicos generales con contratos laborales a término indefinido.

Tabla 4.

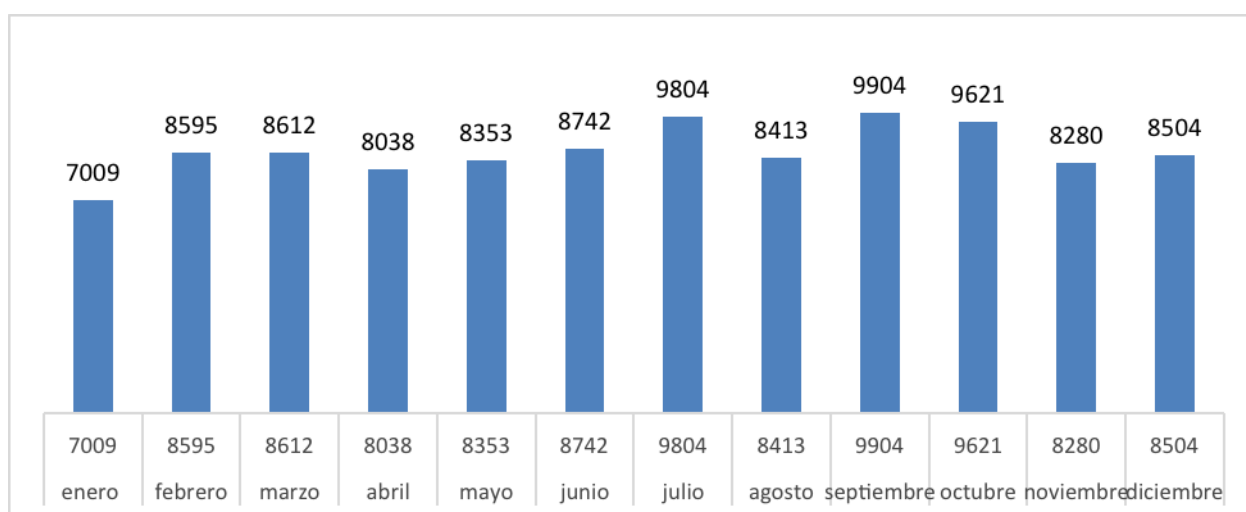
Javesalud en cifras

Ítem	Dato	Descripción
Sedes	10	1. Javesalud Santa Bárbara
		2. Javesalud Santa Beatriz
		3. Javesalud Javeriana
		4. Javesalud Allianz Norte
		5. Javesalud Ciudad Bolívar
		6. Javesalud Centro de Asesoría Psicológica
		7. Javesalud Centro Javeriano de Formación Deportiva
		8. Javesalud Allianz Salitre
		9. Javesalud Palermo Sur
		10. Javesalud Sede Administrativa
Nº Consultorios	102	
Capacidad instalada	57 969	

Ítem	Dato	Descripción
Número de colaboradores	300	65% Personal asistencial 24% Personal operativo 11% Personal administrativo
Número de afiliados	95 000	EPS Compensar: 51% EPOC EPS Sura: 32% Allianz Nueva EPS: 11% Salud Ocupacional Saludvida: 2% Particulares
Consultas no programadas, promedio mes	4 500	

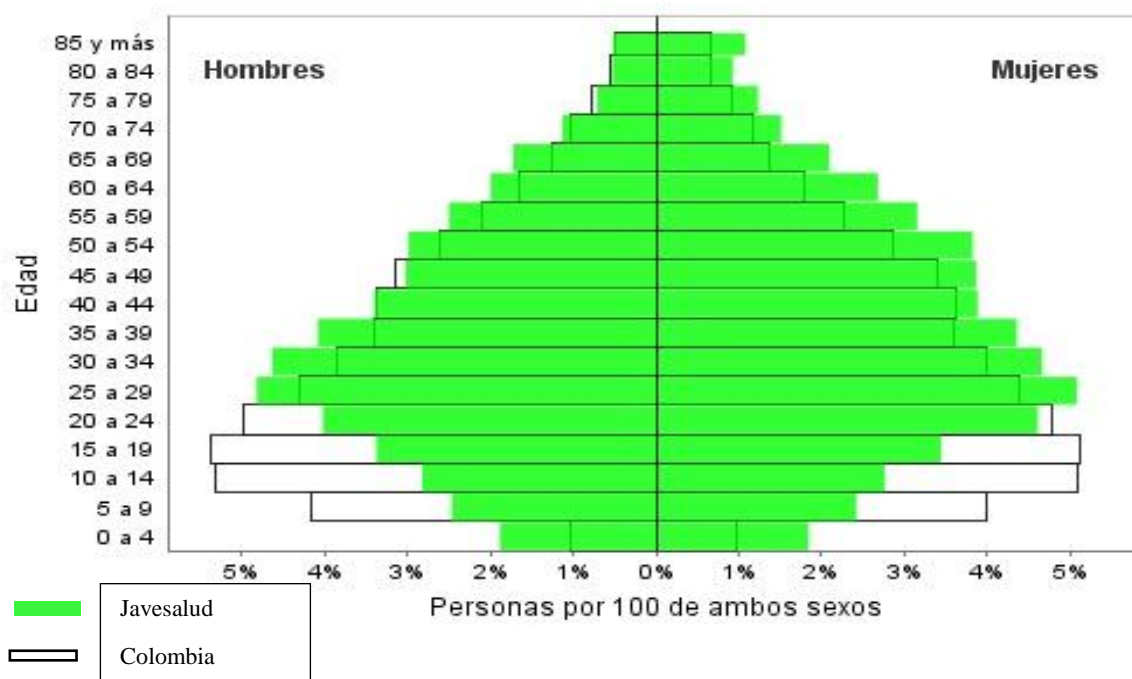
Fuente: Javesalud (2015).

Javesalud realiza aproximadamente 70 000 actividades mensuales que incluyen los siguientes servicios: consulta de medicina general, consulta de medicina especializada, consulta de apoyo terapéutico, actividades de promoción y prevención, laboratorio clínico, radiología especializada, radiología simple, odontología y enfermería. Aproximadamente se realizan 8 656 consultas de medicina general mensualmente.



Grafica 13. Consultas de medicina general por mes 2015. Fuente Javesalud (2015).

La distribución poblacional de los pacientes asignados concentra su mayor porcentaje en el rango entre los 15 y 50 años. Comparada con la población colombiana se encuentra una pirámide con una base más estrecha y una población menor de 20 años con menor proporción a la del país, lo que se correlaciona con el hecho de que en la población de algunos de los contratos predominan los usuarios mayores de 50 años.



Grafica 14. Pirámide poblacional de Javesalud comparada con la colombiana. Fuente Javesalud (2015).

La satisfacción del usuario es medida por un proveedor externo de forma anual, con un resultado satisfactorio y con evolución favorable en los últimos 6 años.

Tabla 5. Resultados encuesta satisfacción

Año	Calificación
2010	3.2/4.0
2011	3.6/4.0

2012	3.2/4.0
2013	3.7/4.0
2014	3.8/4.0
2015	3.5/4.0

Fuente: Javesalud (2015).

De forma adicional, una medición indirecta de la satisfacción del usuario se refleja en las quejas recibidas, que son clasificadas en diferentes atributos, siendo el de *actitud* uno de los indicadores que impactaría el modelo.

Tabla 6.

Resultados seguimiento de quejas para el año 2015

Atributo	Participación	% Acumulado
Oportunidad	53%	53%
Tiempos de espera	12%	65%
Acceso	10%	75%
Información	8%	84%
Actitud	6%	89%
Técnico científicas	4%	94%
Trámites administrativos	4%	97%
Comodidad instalaciones	3%	100%

Fuente: Javesalud (2015).

Javesalud es reconocido por ofrecer un servicio oportuno, eficiente y de calidad, acorde a las necesidades cambiantes de la población de usuarios, sus familias y la comunidad, que mejore sus condiciones de salud y propicie una mayor satisfacción a clientes institucionales, usuarios y prestadores de los servicios, dentro de las capacidades de la institución y las coberturas contractuales establecidas para cada usuario. Ofrece un modelo centrado en las personas, el trabajo en equipo, la vocación por el mejoramiento continuo y la gestión de riesgos, basado en principios de la Medicina Familiar (orientado a la persona y no a la enfermedad, entendiendo el contexto y las relaciones derivadas de él, aprovechando cada

contacto como oportunidad de prevención y educación, realizando enfoque de riesgo y con un uso apropiado y efectivo de los recursos).

En coherencia con el estrecho vínculo académico de Javesalud con la Pontificia Universidad Javeriana, la prestación de los servicios de salud se integra al permanente desarrollo de actividades docentes e investigativas, que además fundamentan y retroalimentan su misión institucional; asimismo, se fortalece el servicio de manera constante con calidad técnico-científica y humana en nuestro día a día.

El modelo asistencial está constituido por dos grandes ejes:

Equipos de trabajo: son los encargados de realizar todas aquellas actividades realizadas al usuario, tomando como eje central la medicina familiar y sus principios; a estos equipos pertenecen médicos generales/especialistas, áreas de enfermería, apoyo terapéutico y odontología.

Gestión Clínica: es el gerenciamiento sistemático que hace un equipo de trabajo de los procesos que involucran la asistencia en salud del usuario, con el objetivo de ofrecer servicios de salud eficientes y seguros, que respondan efectivamente a sus necesidades y expectativas, incluyendo la interacción de actividades y personas que hacen seguimiento a la atención; está conformado por Gestión de Promoción y Prevención, Programa de Extensión, Programa de Mejoramiento de la Práctica Clínica y Equipo de Gestión del Cuidado de la Salud.

Los cuatro grandes componentes del eje de gestión clínica son:

- Gestión de Promoción y Prevención: es un equipo interdisciplinario que lidera estrategias para el mantenimiento de la salud de la población de usuarios, a través de la implementación y gestión de programas preventivos dirigidos a grupos de riesgo. No se limita a los programas de las Resoluciones 412 de 2000 y 4 505 de 2012, sino que se ha definido,

desde la Junta Directiva, que tenga una priorización especial para pacientes crónicos, maternas y detección temprana del cáncer de seno y cérvix.

- Programa de Extensión: es el equipo interdisciplinario que tiene a cargo la evaluación y seguimiento de pacientes con criterios de fragilidad, dados principalmente por abandono, discapacidad, maltrato, violencia intrafamiliar o condiciones de riesgo psicosocial.

- Programa de Mejoramiento de la Práctica Clínica: dirigido a los médicos generales; integra la auditoría y la actualización académica con el fin de optimizar su desempeño, basado en el seguimiento de indicadores y en la generación de espacios periódicos de actualización.

- Equipo de gestión del Cuidado de la Salud: es un equipo interdisciplinario dedicado a la identificación y seguimiento de pacientes de alto riesgo y de usuarios que presentan patologías o condiciones especiales que demandan un cuidado diferencial.

Javesalud, como parte de la evolución del modelo asistencial, definió y priorizó la atención de la población dentro de comunidades, las cuales son grupos de personas que comparten características similares tanto en su condición clínica como en su proceso de atención y seguimiento, así:

Comunidad de embarazo y primera infancia: son mujeres embarazadas o usuarios entre 1 día y 5 años de edad, a los cuales se les realizan atenciones de control, preventivas y a libre demanda ante condiciones de salud no programadas, dentro de un ambiente diferenciado e incluyente.

Comunidad de escolares y adolescentes: las actividades para esta comunidad se enfocan en hábitos saludables, nutrición balanceada, realización de actividad física, prevención de accidentes, planificación familiar, prevención de uso de sustancias

psicoactivas, vacunación y adecuada utilización del tiempo libre. Igualmente, con esta comunidad se realiza un acompañamiento en las importantes etapas de transición que llevan al niño escolar a convertirse en un adolescente.

Comunidad de pacientes con patologías crónicas o comunidad C: son usuarios que tienen patologías crónicas como diagnóstico, y por ello deben realizarse seguimientos continuos con el personal de salud, para lo cual Javesalud diseñó una ruta de atención para cada una de estas patologías.

Comunidad general: son usuarios que no tienen características comunes con las anteriores comunidades.

Uno de los objetivos de la priorización y formación de comunidades es el empoderamiento al paciente, al cuidador y a la familia respecto al conocimiento, control, metas y complicaciones de su condición clínica, buscando que el paciente sea partícipe activo del proceso de atención.

La importancia de compartir características comunes dentro de estas comunidades implica cambiar el concepto de la atención netamente médica, centrada en la enfermedad, por un concepto donde la prevención, el empoderamiento del paciente, las redes y los grupos interdisciplinarios guíen el proceso de atención; de esta manera, el modelo asistencial se vuelve proveedor de cada una de estas comunidades, a las cuales se les realizan las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención médica según sus necesidades, educación y gestión del riesgo.

La principal causa de morbilidad es la hipertensión arterial, seguida del hipotiroidismo y el trastorno de los lípidos.

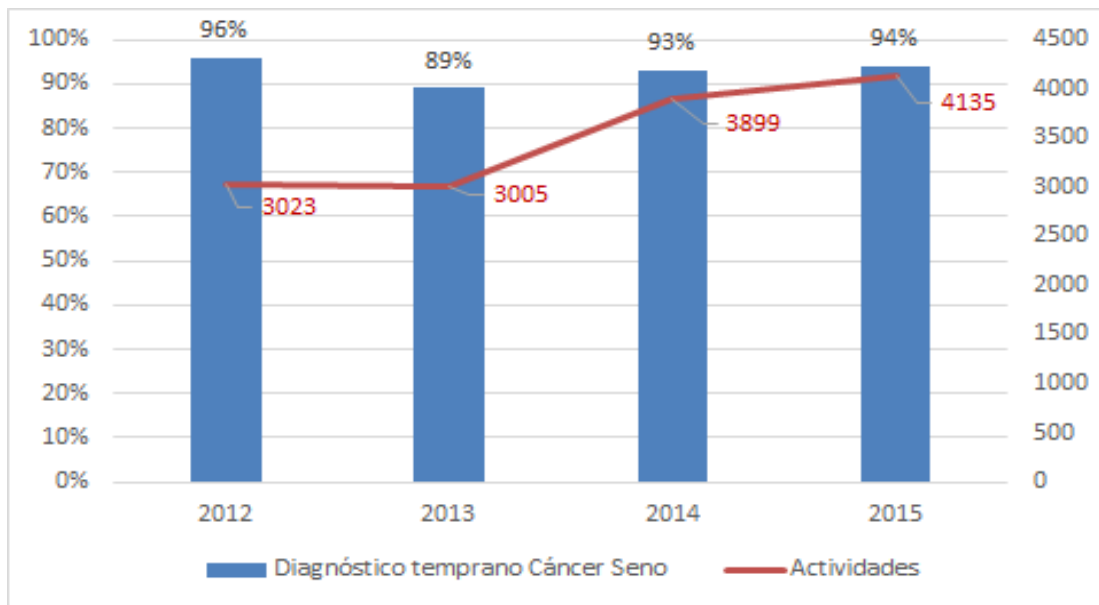
Tabla 7. Principales causas de morbilidad en la consulta externa

2012	2013
Hipertensión esencial (primaria)	Hipertensión esencial (primaria)
Hipotiroidismo, no especificado	Historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico
Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	Hipotiroidismo, no especificado
Hiperlipidemia mixta	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino
Obesidad, no especificada	Obesidad, no especificada
Hiperlipidemia no especificada	Lumbago no especificado
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	Otros exámenes generales
Lumbago no especificado	Control de salud de rutina del niño
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	Rinofaringitis aguda (resfriado común)
2014	2015
Hipertensión esencial (primaria)	Hipertensión esencial (primaria)
Historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico	Historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	Otros exámenes generales
Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino
Otros exámenes generales	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada
Hipotiroidismo, no especificado	Hipotiroidismo, no especificado
Obesidad, no especificada	Obesidad, no especificada
Caries de la dentina	Caries de la dentina
Hiperlipidemia mixta	Hiperlipidemia mixta
Lumbago no especificado	Lumbago no especificado

Fuente: Javesalud (2015).

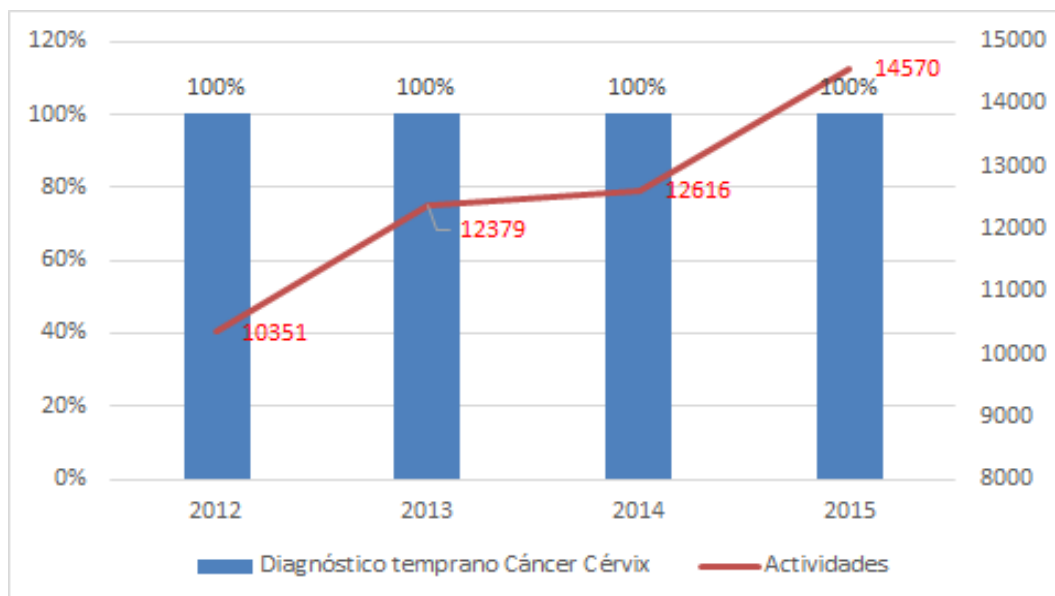
Los resultados desde el punto de vista asistencial para 2015 fueron:

- Diagnóstico temprano de cáncer de seno en el 94% de las pacientes.



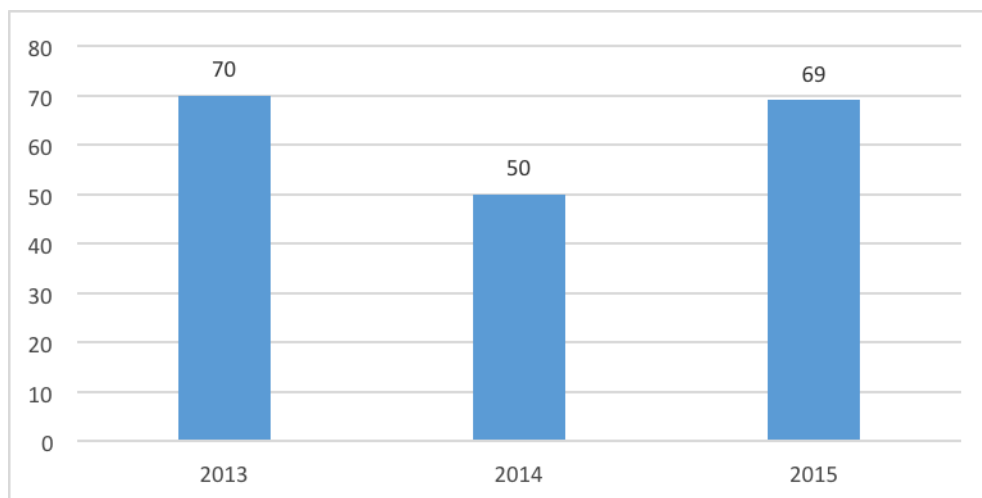
Gráfica 15. Comportamiento del diagnóstico temprano de cáncer de seno. Fuente: Javesalud (2015).

- Diagnóstico temprano de cáncer de cérvix en el 100% de las pacientes.



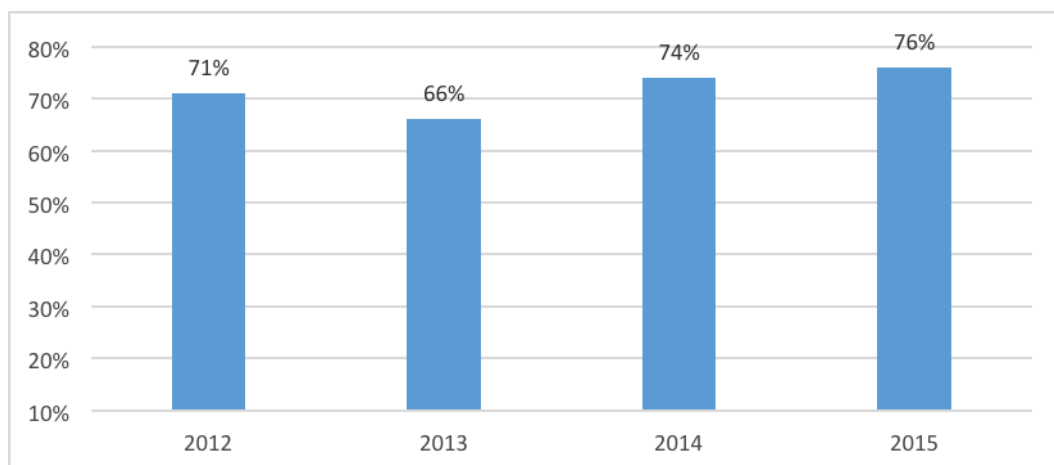
Gráfica 16. Comportamiento del diagnóstico temprano de cáncer de cérvix. Fuente: Javesalud (2015).

- El total de pacientes re hospitalizados en 2015 fue de 69, comparado con 50 en 2014 y 70 en 2013. Estos datos de seguimiento se realizaron solamente para dos de las EPS, ya que no se cuenta con fuente de información para medir el indicador en el 100% de los convenios.



Gráfica 17. Número de pacientes re hospitalizados por año. Fuente: Javesalud (2015).

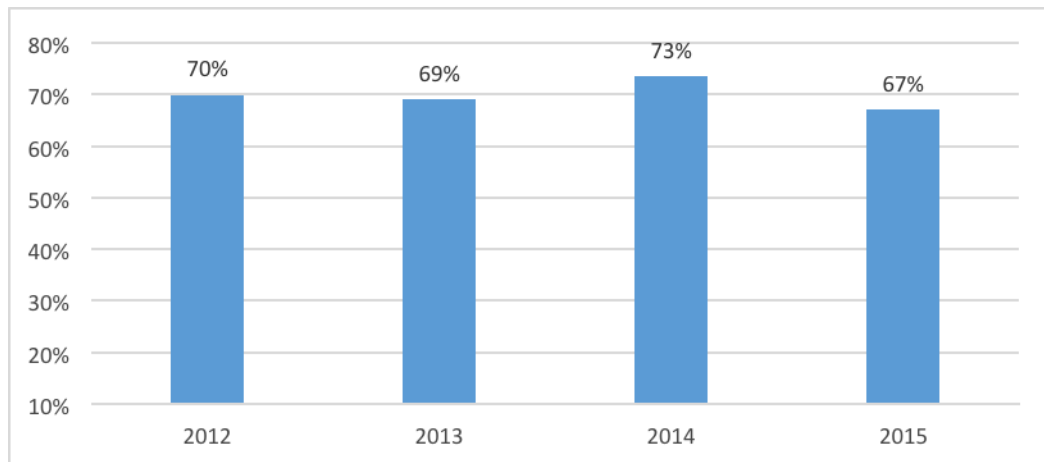
- El ingreso a control prenatal antes de la semana 12 muestra un aumento en los últimos 4 años, cumpliendo con beneficio para el grupo de gestantes.



Gráfica 18. Tasa de ingresos oportunos a control prenatal. Fuente Javesalud, 2015.

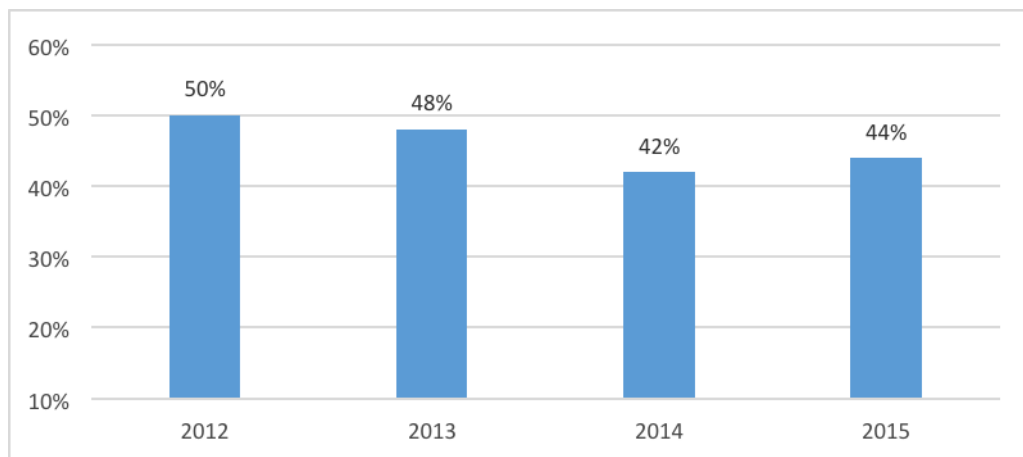
- Muertes maternas: 0

- Javesalud cuenta con 10 359 pacientes hipertensos, de los cuales el 67% presentan cifras de tensión arterial menores a 140/90.



Gráfica 19. Pacientes hipertensos controlados. Fuente: Javesalud (2015).

- Javesalud tiene 2 411 pacientes diabéticos, de los cuales el 44% se encuentran controlados.



Gráfica 20. Pacientes diabéticos controlados. Fuente: Javesalud (2015).

El porcentaje de pacientes diabéticos inicialmente mostró un control del 50%, sin embargo se ha reducido en la medida en que se ha mejorado la identificación y el seguimiento, aumentando el número de pacientes captados. Asimismo se han recopilado

resultados de laboratorio de una manera minuciosa, llegando a una apreciación cada vez más real de la situación de esta enfermedad crónica.

- La reducción de la tasa de hospitalización de pacientes en seguimiento por el programa EPOC continuó su reducción en 2015, llegando a una tasa de 17.2 en promedio del año comparado con la tasa de 45,6 al inicio del programa en 2009.

Javesalud cuenta con seguimiento a indicadores propios desde 2009 dentro del *Programa de mejoramiento de la práctica clínica*, iniciativa que busca ofrecer herramientas y estrategias para alcanzar una excelente calidad técnico científica en la prestación de servicios de salud, bajo los principios de pertinencia, continuidad, seguridad y eficiencia (Subdirección Técnico Científica de Javesalud, 2009).

Bajo la premisa “*al paciente hay que hacerle todo lo que él necesita pero nada de lo que no necesite*”, que se ha constituido en una política institucional, la organización interactúa con los colaboradores respetando su autonomía, pero garantizando la excelencia en la atención (Subdirección Técnico Científica de Javesalud, 2009).

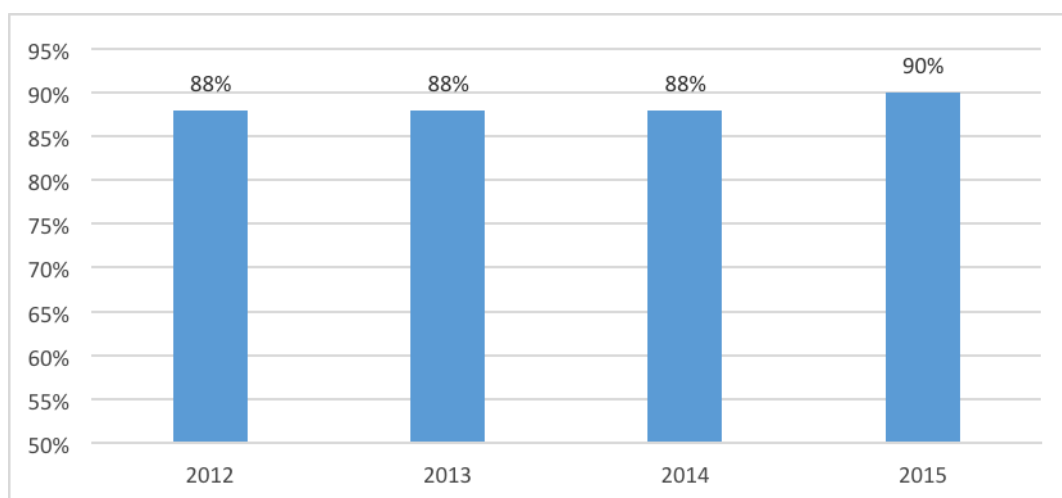
Asimismo se reconoce la necesidad de actualización periódica de los profesionales, por lo que se estructura una relación importante con gestión humana para la capacitación, retroalimentación y seguimiento a la formación y superación profesional (Subdirección Técnico Científica de Javesalud, 2009).

El programa establece mecanismos para controlar y evaluar el seguimiento de los procesos asistenciales, priorizar cambios necesarios por alteraciones detectadas en auditoría, generar planes de mejoramiento, interactuar con los profesionales en un ambiente de calidez y respeto, así como garantizar que el costo médico se mantenga dentro del presupuesto utilizado con eficiencia de los recursos.

El programa de mejoramiento de la práctica clínica tiene como características ser planeado, documentado, confidencial, sistemático, participativo, flexible, idóneo y objetivo. Se documentan las siguientes estrategias para su desarrollo: evaluación del proceso de atención, análisis de resultados y priorización de intervenciones basadas en auditorías, así como retroalimentaciones sistemáticas a los profesionales.

Los resultados logrados a 2015:

- Calidad de la historia clínica en Medicina general: evaluada con la totalidad de profesionales que laboran en la institución cada mes.



Gráfica 21. Calidad de historia clínica en medicina general. Fuente: Javesalud (2015).

Los resultados de las otras áreas clínicas diferentes a medicina general no cuentan con trazabilidad en gráficas y no están directamente relacionadas con el objeto del trabajo actual, por lo que se registra solo como información de referencia en datos desplegados a continuación:

- Calidad de historia clínica Medicina especializada: 88%
- Calidad de historia clínica Terapias: 92%

- Calidad de historia clínica Psicología: 79%
- Calidad de historia clínica Nutrición: 85%
- Calidad de historia clínica Enfermería: 92%
- Calidad de historia clínica Odontología: 94%
- Calidad de historia clínica Especialidades odontología: 93%
- Adherencia a guías Medicina general: 87%
- Resolutividad: 88%

En cuanto al ejercicio profesional del médico general –como en la mayoría de profesiones y empleos–, está marcado por las características de la generación a las que la que pertenecen. En el caso de los profesionales en medicina general que laboran en Javesalud, la edad promedio es de 39 años, lo cual los incluye en la generación Y. De forma adicional, presentan las siguientes características:

- Orientado al detalle
- Empático
- Metódico
- Capacidad para seguimiento de instrucciones
- Orientado a la Calidad
- Interés investigativo
- Servicial

7.2 Indicadores

Se realiza una selección de las actividades que se auditan y no se auditan de forma sistemática, y que le apuntarán a los resultados que la dirección médica e instrucción requieren para el cumplimiento de las metas-objetivos estratégicos y serán tenidos en cuenta para el modelo:

Se plantea utilizar en conjunto indicadores de logro grupal e individual así:

- Grupal: cumplimiento del 100% presupuesto del costo médico, característica básica para realizar pago de incentivos. El presupuesto, así como el porcentaje de cumplimiento, son notificados a los colaboradores a través de reuniones con la dirección general y serán parte de los contenidos de la comunicación activa del programa. Este presupuesto, por ser parte de la información confidencial de la institución, no se aporta para ser publicado en el presente trabajo.

- Individual:
 - a. Auditoria de historia clínica.
 - Calidad de historia clínica.
 - Adherencia a la solicitud de laboratorios.
 - Adherencia a la solicitud de exámenes radiológicos.
 - Resolutividad clínica.
 - Adherencia a guías y protocolos.
 - b. Quejas de actitud.
 - c. Productividad.

La descripción y definición para la institución de cada uno de los indicadores seleccionados es:

Calidad de la historia clínica: la historia clínica es un documento médico legal donde se encuentra consignado el estado de salud del paciente. La calidad de la historia clínica es el grado en que el documento cumple con los requisitos establecidos por cada institución. Evalúa el adecuado registro en el documento de historia clínica de los elementos establecidos por ley, necesarios para abordar de manera integral, continua y segura los problemas y

necesidades en salud del usuario. Los parámetros definidos para calificar este ítem se definen en una plantilla específica que califica el diligenciamiento de la misma en atributos tanto de forma como de fondo (Coordinador Médico Javesalud, 2009).

Tabla 8. *Formato de calificación de Auditoría de Calidad de la Historia Clínica*

Detalle	Calificación
Sede	XXXX
Fecha auditoría	XX/XX/XX
Profesional	Dr. XXXX
Cédula profesional	00001
Historia clínica	00002
Nombre y teléfono del acompañante	2,5
Ocupación y teléfonos (APLICA PARA PRIMERA VEZ)	2,5
Motivo de consulta	5
Enfermedad actual	5
Información respecto a la toma y tolerancia a medicación	5
Revisión por sistemas	5
Antecedentes (Completos en consulta de primera vez. En la consulta de control, actualizar los relacionados con el motivo de consulta, los ginecológicos, antecedentes inmunológicos en niños, mujeres en edad reproductiva y adulto mayor, registro de actividades de promoción y prevención realizadas por grupo etario y registro de paraclínicos en antecedentes con la referencia “otros”	10
Signos vitales: adultos: FC, TA, FR, peso, talla. Niños: FC, FR, peso, temperatura, talla.	5
Examen físico por regiones	5
Ampliación de signos positivos o negativos según el motivo de consulta	5
Diagnóstico; se correlaciona con anamnesis y examen físico	10
De acuerdo con guía de manejo y/o se correlacionan con el diagnóstico	5
Formulación (nombre genérico del medicamento, dosis, vía y periodicidad),	5
Signos de alarma, recomendaciones y/o indicaciones	5
Integralidad y trazabilidad en el plan de manejo de las patologías del paciente	5
Cumplimiento de las actividades de programas de Promoción y Prevención de acuerdo con el rango de edad en el que se encuentre el paciente	5
Diligenciar el módulo de paciente crónico en los casos que aplique	5
Uso correcto de siglas	5
Coherencia en la redacción y completitud de órdenes médicas	5

Detalle	Calificación
Resultado de auditoría	100

Fuente: Formato tomado de los documentos de la gestión documental de Javesalud (2015).

Adherencia a la solicitud de ayudas diagnósticas: representa el porcentaje de ayudas diagnósticas (laboratorio y radiología) solicitadas que se encuentran justificadas a la luz de la evidencia médico-científica actual, y soportadas en las necesidades y/o hallazgos clínicos identificados durante la intervención médica (Javesalud, 2009).

Resolutividad: *“la capacidad resolutive del médico depende de la calidad y efectividad de su acción científico-técnica, siendo la dimensión central necesaria para resolver los problemas de salud que enfrentan”* (Román, 2011, p. 1 240).

Capacidad de abordar y dar solución integral a las necesidades en salud del usuario. Incluye la intervención de problemas de salud actuales y previos, análisis integral de sus comorbilidades bajo el principio de seguridad, con un plan de manejo que se ajuste a las necesidades del paciente (Javesalud, 2009).

Adherencia a guías: capacidad del médico para seguir los lineamientos consagrados en las guías institucionales que se plantean para el manejo y control de situaciones clínicas específicas basadas en la mejor evidencia científica.

Satisfacción del usuario: es considerada como uno de los ejes de evaluación de los servicios de salud. Según Pascoe, es *“una comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria”*, así que se considera como *“la respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio de salud”* (Seclén & Darras, 2005, p. 128).

Las quejas de los usuarios manifiestan inconformidad, oposición o protesta por alguna razón. Para el modelo se tienen en cuenta como reflejo del servicio, las quejas de actitud.

Productividad: este indicador mide la eficiencia. Relaciona la cantidad del producto obtenido con los recursos utilizados para esta producción. En este caso, es la cantidad de pacientes atendidos/ programados *100 (Javesalud. Sistema Integral de Gestión) (Real Academia Española, 2015).

Tabla 9. *Indicador, definición y meta*

Indicador	Definición	Fórmula	Meta para incentivo	Escala de medición
Calidad de historia clínica	Evalúa el adecuado registro en el documento de historia clínica de los elementos establecidos por ley, necesarios para abordar de manera integral, continua y segura los problemas y necesidades en salud del usuario.	Calificación por formato establecido de 0 a 100	90%	Nominal
Adherencia a solicitud de ayudas diagnósticas	Representa el porcentaje de ayudas diagnósticas (laboratorio y radiología) solicitadas que se encuentran justificadas a la luz de la evidencia médico-científica actual, y soportadas en las necesidades y/o hallazgos clínicos identificados durante la intervención médica.	Ayudas justificadas por la evidencia clínica/total de solicitudes	95%	Nominal
Adherencia a guías de práctica clínica	Evaluar cumplimiento de directrices y criterios registrados en guías clínicas vigentes de Javesalud.	Puntaje obtenido en formato de capacitación 0-100	85%	Nominal

Resolutividad	Capacidad de abordar y dar solución integral a las necesidades en salud del usuario. Incluye la intervención en problemas de salud actuales y previos, análisis integral de sus comorbilidades, bajo el principio de seguridad con un plan de manejo que se ajuste a las necesidades del paciente.	Calificación por auditoría según parámetros establecidos 0-100	90%	Nominal
Quejas de actitud	Las quejas de los usuarios manifiestan disconformidad, oposición o protesta por alguna circunstancia.	Número de quejas	0	Nominal
Productividad	Este indicador mide la eficiencia. Relaciona la cantidad del producto obtenido con los recursos utilizados para esta producción. En este caso la cantidad de pacientes atendidos/citas programadas.	Consultas atendidas/citas programadas	95%	Nominal

Tabla 9. *Indicador, definición y meta.* Fuente: Javesalud (2015).

7.3 Resultados

Dentro de los resultados esperados con la estrategia para la institución encontramos:

- Cumplimiento del presupuesto: al cual le apuntan los indicadores de resolutividad, productividad y adherencia a la solicitud de laboratorio y radiología.
- Mejor satisfacción del usuario: reflejado en la encuesta anual de satisfacción y en la disminución de quejas de actitud.

- 0 muertes maternas como compromiso institucional, ligado a las metas del milenio, reflejo de una atención materna integral e interdisciplinaria.
- 0 sífilis congénita como compromiso institucional, ligado a las metas del milenio, reflejo de una atención materna integral e interdisciplinaria.
- 50% de pacientes diabéticos con hemoglobinas glucosilada igual o menor a 7%, como compromiso institucional ligado a la intervención de las enfermedades crónicas no trasmisibles, reflejo de una atención integral e interdisciplinaria.
- 75% de pacientes hipertensos con tensiones arteriales por debajo de 140/90, como compromiso institucional ligado a la intervención de las enfermedades crónicas no trasmisibles, reflejo de una atención integral e interdisciplinaria.

La línea de base establecida para cada uno de los indicadores de medición de auditoría y para los indicadores de resultado, será el promedio de los últimos 3 años.

7.4 Incentivos

Las tres áreas (contexto, indicadores y resultados) definen los incentivos a utilizar. La propuesta del programa de pago por desempeño para Javesalud, pretende motivar a los colaboradores y ofrecer las condiciones para que los profesionales en medicina general cumplan con los objetivos previstos, generando un mejor estándar de productividad y compromiso institucional que privilegie la seguridad y calidad de la atención, permitiendo a la organización reconocer los resultados en el desempeño a nivel individual y grupal, fortaleciendo la cultura y medición de indicadores de la Institución.

7.4.1 Beneficiarios del modelo de incentivos

- Médicos generales que hayan estado vinculados a la institución por un periodo igual o mayor a 1 año.

- Médicos generales que no se encuentren cursando programa de residencia y por ello estén vinculados en la institución.
- Médicos generales que no hayan sido sancionados disciplinariamente por eventos ocurridos en el desempeño de sus labores.
- Médicos generales que cumplan la meta establecida de forma mensual.

7.4.2 Periodicidad. Se realizará la evaluación y medición mensual con liquidación cada semestre como parte del seguimiento realizado por los jefes médicos. La recopilación de datos y análisis de resultados se realizará por parte del área de la dirección médica el quinto día hábil del mes de diciembre y el quinto día hábil del mes de junio del año siguiente para que sean tabulados y presentados al Comité de dirección para ratificar la decisión de aplicación del incentivo según el cumplimiento de los indicadores definidos.

La entrega de los incentivos se realizará a finales de los meses de diciembre y junio, acompañado de la estrategia de comunicaciones definida para los colaboradores, con el respectivo reconocimiento a los beneficiarios de la compensación. La compensación podrá ser entregada en dinero o en su equivalente en tiempo, como una jornada de trabajo remunerada libre.

7.4.3 Tipos de incentivo. Se definió como total del incentivo el 5% del ingreso mensual, otorgado de forma semestral, así: una jornada libre al mes por seis meses o medio salario mensual cada seis meses, bajo la modalidad de bonificación según cumplimiento.

7.5 Estructuración, comunicación, evaluación y seguimiento

Las áreas, así como los incentivos descritos anteriormente, se enmarcan en un ciclo de mejoramiento con sus 4 fases de estructuración, comunicación, evaluación y seguimiento.

Para la construcción de la estructura del programa se definió la participación activa de los colaboradores. Es por eso que se realizó la encuesta de caracterización para la elección de los incentivos, considerando los atributos de calidad que impactan en la organización con indicadores y metas medibles, continuas, con una línea de base.

La comunicación se realizará a través de las líneas dirigidas al cliente interno, definidas por la organización a través de la escuela de formación, evaluación de desempeño, retroalimentaciones individuales, rendición de cuentas y redes sociales, con un lanzamiento y periodos de comunicación general de resultados.

La estrategia de comunicación se llevará a cabo de la siguiente manera, comenzando en junio de 2016:

- Se comunicará sobre el inicio del programa mediante la herramienta para comunicación institucional “*En Contacto*”, que utiliza el correo electrónico de cada colaborador.
- Se realizará una reunión con los profesionales en medicina general, donde se comunicará el funcionamiento del programa y sus objetivos.
- De manera mensual, el jefe médico entregará a los profesionales retroalimentación sobre su desempeño del mes vencido para que puedan realizar el seguimiento respecto a los indicadores de la institución.
- En el Comité de Gestión Clínica, se realizará seguimiento del comportamiento y tendencia de los indicadores que se miden a los profesionales médicos.
- Cada semestre, a través de las diferentes estrategias de comunicación interna, se realizará divulgación formal de los profesionales ganadores de los incentivos.

La evaluación y seguimiento se realizará de forma mensual a los indicadores definidos, teniendo en cuenta resultados en salud a impactar, así como los posibles efectos en clima organizacional y rotación de personal, basados en el siguiente modelo: se planteó un esquema para la consolidación y seguimiento mensual para el modelo de incentivos con la siguiente matriz que fue adaptada de la *Matriz de calidad* utilizada por Baxter.

En ella se consolidan mes a mes los indicadores evaluados a cada médico, los cuales se sitúan, según su resultado, en los niveles establecidos, y se multiplican según el nivel, lo cual arroja un resultado por indicador; estos resultados se suman, obteniendo un valor final, el cual es comparado con la meta de cumplimiento mensual, mayor o igual a 700.

Tabla 10. *Esquema para ponderación de resultados*

NIVEL	Calidad de historia clínica	Adherencia a la solicitud de laboratorios	Adherencia a la solicitud de exámenes radiológicos	Resolutividad	Adherencia a guías de práctica clínica	Quejas de actitud	Productividad	
10	100%	100%	100%	100%	100%	0	100%	
9	98%	98%	98%	98%	98%	0	98%	
8	95%	97%	97%	95%	95%	0	97%	
META 7	90%	95%	95%	90%	85%	0	95%	700
6	85%	90%	90%	80	80%	1	90%	
5	80%	80%	80%	70	75%	2	80%	
4	75%	75%	75%	60	70%	3	70%	
3	70%	70%	70%	50	65%	4	60%	
2	65%	65%	65%	40	60%	5	50%	
1	60%	60%	60%	30	55%	6	< 40%	
PONDERACION	10	10	10	20	15	15	20	
TOTAL LOGRO PONDERACION	100	100	100	200	150	150	200	1000

Fuente: Las Autoras (2016).

Se realizó de forma retrospectiva una evaluación individual de los médicos candidatos para el programa a diciembre de 2015, encontrando que solo 48% cumplían criterios de elegibilidad, y de ellos, de forma mensual, entre un 27% y un 54 % podrían beneficiarse del modelo.

Tabla 11. *Simulación de costos del modelo en ejecución con datos de 2015*

Médicos de planta a diciembre de 2015	46
Médicos que cumplen con los criterios de elegibilidad	22
Médicos que cumplen indicadores por mes	Julio 2015
	10

Agosto 2015	6
Septiembre 2015	8
Octubre 2015	10
Noviembre 2015	12
Diciembre 2015	12

Costo modelo incentivos aproximado por semestre	\$ 10 905 740
---	---------------

Fuente: Las Autoras (2016).

Como parte del proceso de implementación, se propone realizar una prueba piloto en el segundo semestre de 2016. Los datos para calificación se tomarán del primer semestre de 2016 y se sugerirá utilizar como sede para esta prueba, la sede Javeriana, dada la población mixta de pacientes crónicos y de población general que se atiende.

Se realizará el proceso con gestión humana para la calificación y asignación de incentivos. Se seguirá el proceso como se encuentra descrito en la propuesta enunciada para el modelo, con una estrategia de comunicación y una asignación del incentivo.

Los indicadores y metas, así como la ponderación mensual, serán las establecidas en las tablas 9 y 10.

Para la evaluación del modelo se emplearán los siguientes criterios:

1. Medición de los indicadores propuestos por parte de la Dirección médica y el Área de gestión humana de manera mensual para establecer el seguimiento y, al final del periodo, establecer el cumplimiento y presentarlo al Comité directivo para entregar el incentivo.

2. Se evaluará el cumplimiento en las mediciones periódicas según la matriz propuesta y el seguimiento al proceso realizado mediante auditorías de cumplimiento y medición de indicadores por los jefes médicos y el Comité de gestión clínica.
3. Se realizará comparación con las líneas de base establecidas al principio de la implementación del programa para cada uno de los profesionales en medicina general, para comparar la variación de los indicadores.
4. Se aplicará una encuesta anual al 100% de los profesionales médicos para evaluar la satisfacción y cumplimiento de expectativas que los profesionales manifiesten, de acuerdo con el plan propuesto.
5. Se hará la medición de cumplimiento en el presupuesto designado al área.

7.5.1 Fines del programa

- Estimular un desempeño superior al regular con parámetros de excelencia.
- Fortalecer la política de humanización que agrega valor al desempeño.
- Elevar los niveles de productividad de los profesionales en medicina general.
- Contribuir al desarrollo de las habilidades de los profesionales.
- Reconocer y fortalecer la cultura de mejoramiento continuo.

7.5.2 Responsable del programa. El responsable del programa será el área de Dirección médica, la cual realizará seguimiento, recolección y tabulación de datos para presentar al Comité de dirección, basado en los parámetros y metas establecidas previamente.

7.5.3 Obligaciones

- Profesionales en medicina general: reconocer la auditoría y calificación como una herramienta en el crecimiento personal y profesional, participar en las actividades y responsabilidades diarias, retroalimentaciones, así como en las sesiones para entrega de

incentivos; participar activamente y opinar sobre el programa de incentivos, hacer equipo con sus grupos de trabajo en sede, entregando un producto para la evolución institucional.

- Directivas Javesalud: garantizar recursos económicos y organizacionales que cubran el programa de incentivos; socializar y motivar la participación activa de los colaboradores en el programa, facilitar y negociar los tiempos laborales para la ejecución del programa, socializar de manera permanente los resultados y garantizar la transparencia e imparcialidad en las compensaciones.

8. Conclusiones

1. En los modelos de P4P los incentivos más reconocidos son los económicos, pero se ha evidenciado que en los profesionales de la salud, los incentivos que no son de compensación económica han impactado positivamente para el desempeño y alcance de las metas en su labor diaria.
2. El fundamento para el diseño de un programa de incentivos es el conocimiento de la organización, así como las características de las personas que participan y el contexto en el que está inmerso el proyecto.
3. Existe evidencia sobre la efectividad clínica y equidad en el cuidado, sin embargo, no hay evidencia sólida ni replicable en el impacto sobre coordinación, continuidad, atención centrada en el paciente y costo efectividad, dado que los resultados dependen del diseño y las características del contexto.
4. Definir los objetivos del programa de una forma clara y concreta desde el inicio favorece la adherencia del personal al programa.
5. Realizar construcción conjunta con los beneficiarios de los incentivos favorece la implementación del programa.

6. La estrategia de comunicación es un punto relevante durante el diseño, estructuración, lanzamiento, seguimiento y evaluación de los programas de P4P.
7. El seguimiento del desarrollo del programa es esencial para definir su efectividad, así como la vigilancia de efectos no intencionales de la intervención.
8. Los modelos de P4P están diseñados para no ser estáticos en el tiempo.
9. Los incentivos en tipo, monto y frecuencia, deben ser establecidos considerando la generación y motivaciones del individuo.
10. En Javesalud los médicos generales que cumplen más de una año de antigüedad son 71% mujeres, con una edad promedio de 39 años; el 58% tiene más de un hijo, 58% tienen entre 11 y 32 años de experiencia profesional; trabajan 8.6 horas al día. Trabajaron en 1.6 instituciones en el último año. 83% trabajó en Javesalud en los últimos 7 años. La mayoría no conoce sobre modelos de P4P. El incentivo mayormente valorado fue el tiempo libre.

9. Recomendaciones

1. Generar estrategias para el conocimiento y difusión de estrategias y modelos de P4P en Colombia y particularmente en atención primaria.
2. Generar estrategias para el conocimiento y difusión de modelos de P4P en Colombia y particularmente los desarrollados en atención primaria.
3. Realización del programa de P4P propuesto para médicos generales en Javesalud.
4. Favorecer que IPS y EAPB publiquen los resultados de sus experiencias con modelos de P4P.

5. Realizar el reporte y seguimiento de efectos negativos de los modelos de P4P.
6. Realizar evolución del modelo en métodos de seguimiento y control.

Referencias

Méndez Benavides, R. (2009, Septiembre 23). *Roger Méndez Benavides*. Retrieved Noviembre 23, 2015, from Modelo de Existencia-Relación-Crecimiento [ERC] del Dr. Alderfer:

<http://rogermendezbenavides.blogspot.com.co/2009/09/modelo-de-existencia-relacion.html>

Orozco, M. (2009). IV Curso Internacional de Desarrollo de Sistemas de Salud. *Calidad en Salud*. Nicaragua: CIES-UNAN.

Organización para la excelencia de la Salud (2014). *Organización para la excelencia de la Salud*. Retrieved Noviembre 23, 2015, from Calidad de atención en salud:

<http://www.cgh.org.co/temas/dimensionesdecalidad.php>

República de Colombia-Ministerio de Salud (1993). *Resolución No. 008430*. Bogotá.

Real Academia Española (2015). *Real Academia Española*. Retrieved from <http://www.rae.es/>

Coordinador Médico Javesalud (2009). Programa Marco del Mejoramiento de la Práctica Clínica. Bogota, Colombia.

Javesalud (2009). Definición de indicadores. *Programa de mejoramiento de la práctica clínica*. Bogotá, Colombia.

Pestana, M. F. (s.f.). *Monografias.com*. Retrieved Diciembre 13, 2015, from Principios de la Administración Científica: <http://www.monografias.com/trabajos26/taylor/taylor.shtml>

Vélaz, I. (2012). *Assentire ~ Iñaki Vélaz*. Retrieved Diciembre 14, 2015, from Cómo entiende Chester Barnard la motivación para trabajar: <http://s3a2.me/2012/06/25/como-entiende-chester-barnard-la-motivacion-para-trabajar/>

Salud Colombia (2001). *Editorial* (F. L. Martínez Martín, Ed.) Retrieved Diciembre 12, 2015, from Salud Colombia: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud55/editor55.htm>

Real Academia Española (2014, Octubre). *Real Academia Española*. Retrieved Febrero 6, 2016, from Diccionario de la Lengua Española: <http://dle.rae.es/?id=PTk5Wk1>

Caldera, E. & Giraldo, L. (2013). *Propuesta de un sistema de compensación que impacte directamente la satisfacción laboral de la empresa de servicios temporales S&A Servicios y Asesorías. Trabajo de grado. Especialización en gestión del talento humano y la productividad*. Medellín, Colombia: Universidad de Medellín. Facultad de ciencias administrativas.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Directrices: incentivos para los profesionales de atención en salud. Alianza Mundial para los Recursos Humanos en Salud*. Suiza, Ginebra: OMS.

Toro, F. (1996). Clima organizacional y productividad laboral. *Revista Antioqueña de Economía y Desarrollo, 1* (49), 66-72.

Van Herk, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. & Sermeus, W. (2010). Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research, 10* (247), 1-13.

Gorbaneff, Y., Torres, S. & Cardona, J. (2009). El concepto de incentivo en administración. Una revisión de la literatura. *Revista de Economía Institucional, 11* (21), 73-91.

Marcos, S. (2011). Recompensa Total: el nuevo contrato. *Harvard Deusto business review, 1* (206), 40-51.

Klein, E. (2012). Redefining the clinical relationship in the Era of Incentives. *The American Journal of Bioethics, 12* (2), 26-27.

Misfeldt, R., Linder, J., Lait, J., Hepp, S., Armitage, G., Jackson, K., et al. (2014). Incentives for improving human resource outcomes in health care overview of reviews. *Journal of Health Services Research & Policy, 19* (1), 52-61.

Malagón, G., Galan, R. & Pontón, G. (2006). *Administración Hospitalaria* (3ª ed.). Bogotá, D. C.: Médica Panamericana.

Del Llano, J., Muñoz, J. & Núñez, M. J. (2003). Médicos, incentivos y desarrollo profesional. *Gestión Hospitalaria*, 14 (2), 63-68.

Human Capital (2013). *Total rewards 2013-14 = Estudio salarial y tendencias en gestión humana: la mejor herramienta para reinventar su estrategia retributiva y orientarla hacia el logro de sus objetivos de negocio* (Vol. 1). Bogotá, D. C.: Human Capital.

Hellriegel, D. & Slocum, J. (2004). *Comportamiento organizacional*. México, D. F.: Thomson-Paraninfo.

Koenes, A. (1996). *Gestión y motivación del personal*. Madrid, España: Díaz de Santos S.A.

Chaparro, L. (2006). Motivación laboral y clima organizacional en empresas de telecomunicaciones. *Innovar. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 16 (28), 7-32.

León, P. (2002). La industrialización colombiana: una visión heterodoxa. *INNOVAR, Revista de ciencias administrativas y sociales*, 1-24.

Pokrovski, V. (1986). *Historia de las ideas políticas*. México, D. F.: Grijalbo.

García, V. (2012). *La motivación laboral. (Trabajo de grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos)*. Valladolid, España: Universidad de Valladolid. Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación.

Blog WorkMeter (2012, Septiembre 26). *Mejorando el desempeño laboral de los trabajadores*. Retrieved Noviembre 18, 2015, from El blog de WorkMeter:
<http://es.workmeter.com/blog/bid/225512/Mejorando-el-desempe-o-laboral-de-los-trabajadores>

- Uscanga, M. & García, A. (2008). *Desarrollo y comportamiento de la motivación en el trabajo*. Veracruz, México: Serie Libros y Manuales.
- Vroom, V. (1964). *Work and Motivation*. Nueva York, Estados Unidos: John Wiley and Sons.
- Iniciativa Social (2004). *Iniciativa Social y Estado de Bienestar*. Retrieved febrero 21, 2016, from Motivación del voluntariado: http://www.iniciativasocial.net/motivacion.htm#_ftn6
- Qayum, M., Sawal, S. & Khan, H. (2014). Motivating employees through incentives: productive or a counterproductive strategy. *Journal of Pakistan Medical Association*, 64 (5), 567-570.
- Brocklehurst, P., Price, J., Glenny, A., Tickle, M., Birch, S., Mertz, E., et al. (2013). The effect of different methods of remuneration on the behavior of primary care dentist. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Enciclopedia biográfica en línea (2004). *Biografías y vidas*. Retrieved Noviembre 17, 2015, from Abraham Maslow: <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/m/maslow.htm>
- De Andrade, C. (2012). *A motivação dos trabalhadores de uma instituição hospitalar pública*. Minas Gerais: Fundação Pedro Leopoldo.
- Ramirez, E. (2015, abril). *WordPress.com*. Retrieved Noviembre 23, 2015, from Teoría de las Expectativas de Vroom: <https://erandiramirez.wordpress.com/teoria-de-las-expectativas-de-vroom/>
- Freire, C. & Santana, L. (2007). *A aplicação da Teoria da Expectância de Vroom na perspectiva de jovens universitários em seus primeiros empregos*. Madrid, España: Universidad de la Rioja.
- Rivas, M. & López, M. (2012). *Psicología social y de las organizaciones*. Madrid: CeDe.
- Frolich, A., Talavera, J., Broadhead, P. & Dudley, R. (2007). A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy*, 80 (1), 179-193.

Cortés, E., Yepes, F., Cardona, J., Contreras, N., Torres, S. & Gorbaneff, Y. (2012). *Pago por desempeño en el sistema de salud colombiano*. (M. I. Jara Navarro, Ed.), Bogotá, D. C., Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

American Medical Association (2015). *American Medical Association*. Retrieved Noviembre 23, 2015, from Advocacy-Pay for Performance: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/advocacy/state-advocacy-arc/state-advocacy-campaigns/private-payer-reform/state-based-payment-reform/evaluating-payment-options/pay-for-performance.page>

Congreso de la República de Colombia (23, diciembre, 1993). *Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, D. C.: Diario Oficial 41.148 del 23 de Diciembre de 1993.

Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Monitor Estratégico*, 1 (7), 1-4.

Cromwell, J., Trisolini, M., Pope, G., Mitchell, J. & Greenwald, L. (2011). *Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches*. Cornwallis Road: RTI International.

Ryan, R. & Deci, E. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 1 (25), 54-67.

Maia, J. (2015). Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (5), 1497-1514.

Crisóstomo, M. (2014, Abril 1). *Centro Brasileiro de Estudos de saúde*. Retrieved Noviembre 24, 2015, from Pagamento por desempenho no cuidado à saúde: <http://cebes.org.br/2014/04/pagamento-por-desempenho-no-cuidado-a-saude/>

Eijkenaar, F. (2013). Key issues in the design of pay for performance programs. *The European Journal of Health Economics*, 14 (1), 117-131.

Allen, T., Mason, T. & Whittaker, W. (2014). Impacts of pay for performance on the quality of primary care. *Risk Management Healthcare Policy*, 7, 113-120.

Gillam, S., Siriwardena, A. & Steel, N. (2012). Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework—A Systematic Review. *Annals of Family Medicine*, 10 (5), 461-468.

Jha, A., Joynt, K., Orav, E. & Epstein, A. (2012). The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes. *New England Journal of Medicine*, 366 (17), 1606-1615.

Irshad, A., Janko, M. & Koshy, J. (2013). Testing the Incentive Power of Pay for Performance. *American Medical Association Journal of Ethics*, 15 (7), 587-591.

Chien, A., Eastman, D., Zhonghe, L. & Rosenthal, M. (2012). Impact of a pay for performance program to improve diabetes care in the safety net. *Preventive Medicine*, 55 (S80), 80-85.

Werner, R., Kolstad, J., Stuart, E. & Polsky, D. (2011). The effect of pay-for-performance in hospitals: lessons for quality improvement. *Health Affairs*, 30 (4), 690-698.

Rosenthal, M., Frank, R. & Epstein, A. (2005). Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA*, 294 (14), 1788-93.

Gerhart, B. & Fang, M. (2014). Pay for (individual) performance: Issues, claims, evidence and the role of sorting effects. *Human Resource Management Review*, 24 (1), 41-52.

Petersen, L., Woodard, L., Urech, T., Daw, C. & Sookanan, S. (2006). Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 145 (4), 265-272.

Dudley, A., Frolich, A., Robinowitz, D., Talavera, J., Broadhead, P. & Luft, H. (2004). Strategies To Support Quality-based Purchasing. *AHRQ Publication*, 1 (10).

- Dudley, A. & Rosenthal, M. (2006). *Pay for Performance: A Decision Guide for Purchasers*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Congreso de la República de Colombia (2007). *Congreso de la República de Colombia*. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 46.771.
- Congreso de Colombia (1990). *Ley 50. Por medio de la cual se introdujeron reformas al Código Sustantivo del Trabajo*. Bogotá, D. C.: Diario Oficial 43.549.
- Ministerio de la Protección Social (2011). *Código Sustantivo del Trabajo*. Bogotá, D.C.
- Congreso de la República (8 de noviembre de 2006). *Ley 1098. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia*. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 46446.
- Presidencia de la República (1950). *Código Sustantivo del Trabajo*. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 27.407.
- Seclén, J. & Darras, C. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. *Anales de la Facultad de Medicina, Lima*, 66 (2), 127-141.
- Ministerio de Salud Nacional (4 de octubre de 1993). *Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 46.506.
- Fundación de Ciencias de la Salud (2012). Eidon. *Ética de los incentivos a profesionales sanitarios*, 1 (35), Edición digital.
- Javesalud (2014). *Javesalud*. Retrieved febrero 21, 2016, from Historia: <http://www.javesalud.com.co/node/26>

Subdirección Técnico Científica de Javesalud (2009). Programa Marco Gestión Clínica. Bogotá, Colombia: Javesalud.

Román, O. (2011). Resolución clínica en la atención primaria de salud. *Revista médica de Chile*, 139 (9), 1240-1241.

Anexos

Anexo A. Encuesta de caracterización sociodemográfica y sobre los conocimientos y preferencias de los médicos generales de Javesalud sobre pago por desempeño.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Encuesta realizada en el marco del estudio "Modelo de pago por Desempeño para médicos generales en una institución ambulatoria prestadora de servicios de salud en Bogotá" realizada por la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Programa de Maestría en Administración de Salud, su uso es de carácter académico, se garantiza la confidencialidad de la información suministrada .

Apreciados doctores (as):

Reciban un cordial saludo y de antemano nuestro agradecimiento por su participación en la presente encuesta, que hace parte del trabajo de investigación para el diseño de un modelo de pago por desempeño para profesionales médicos en una institución prestadora de salud en Bogotá.

Es importante recordar que el hecho de responder a las preguntas escritas a continuación no afectara de ninguna manera el desempeño o continuidad de su trabajo en Javesalud.

El incentivo por desempeño se refiere al método de compensar a los profesionales que prestan servicios en salud, con distintos incentivos de acuerdo a su desempeño en parámetros de calidad y eficiencia. En la presente encuesta se pretende caracterizar la población de profesionales de una manera general y establecer su opinión respecto al método mencionado.

Las preguntas que responderá a continuación corresponden a la Aplicación de prueba piloto de encuesta, para caracterizar población de profesionales en Medicina General que laboran en la institución.

Señale la respuesta que aplique en su caso

1. ¿Qué edad tiene en años? Escriba el número en la casilla.

--	--

2. ¿A qué genero pertenece? Marque su respuesta con una X en frente de su elección

Femenino

Masculino

3. ¿Cuántos hijos tiene? Escriba el número en la casilla.

--	--

4. ¿Cuántos años lleva trabajando en Javesalud? Escriba el número en la casilla.

--	--

5. ¿Cuántas horas trabaja en el día? (tenga en cuenta la totalidad de horas trabajadas, no solo en Javesalud)

--	--

6. ¿En qué universidad estudió y recibió su título de médico?
-

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Encuesta realizada en el marco del estudio "Modelo de pago por Desempeño para médicos generales en una institución ambulatoria prestadora de servicios de salud en Bogotá" realizada por la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Programa de Maestría en Administración de Salud, su uso es de carácter académico, se garantiza la confidencialidad de la información suministrada .

7. Hace cuantos años recibió su título de médico?

--	--

8. ¿Ha realizado estudios de post grado y/o maestría? Por favor marque con una X en frente de la característica que corresponda y describa cual

POST GRADO		Cual :
MAESTRIA		Cual:
OTRO		Cual:

9. Cuantos trabajos ha tenido en el último año?

--	--

10. Cuál fue el motivo o motivos por los que dejó sus últimos tres empleos? Marque con una X en frente de los o el motivo relacionado en su caso.

1. Mejor oferta laboral (mayor salario, mejores condiciones)
2. Cambio de objetivos laborales por especialización o estudios adicionales
3. Problemas de salud
4. Ambiente laboral inapropiado
5. Baja remuneración
6. Despido
7. Otra -Cuál? _____

11. ¿Conoce usted programas de incentivos por desempeño en el área de la salud? Marque con una X la respuesta en frente de la opción:

Si

No

12. En caso de ser afirmativa la respuesta a la pregunta anterior mencione 2 de los incentivos que conoce o a experimentado

13. ¿Le gustaría que Javesalud incorporara un programa de este tipo para sus colaboradores del área asistencial? Marque la opción de su preferencia y adicione el porqué de su respuesta. Marque

Si

No

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Encuesta realizada en el marco del estudio *"Modelo de pago por Desempeño para médicos generales en una institución ambulatoria prestadora de servicios de salud en Bogotá"* realizada por la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Programa de Maestría en Administración de Salud, su uso es de carácter académico, se garantiza la confidencialidad de la información suministrada .

Porque _____

14. ¿Cuál sería el incentivo que le motivaría para dar continuidad en la calidad de la atención que ofrece a los usuarios que atiende? Marque una X frente a cada ítem el grado de aceptación para el incentivo propuesto. Siendo 1 lo menos aceptado y 5 lo más aceptado.

Incentivo	1	2	3	4	5
Tiempo libre					
Bono de alimentación					
Bono de combustible					
Auxilio Económico					
Bonificaciones especiales inscripciones a capacitaciones y congresos en la ciudad y fuera					
Otra, cuál?					

15. ¿Sobre qué indicadores le gustaría que se planteara el modelo de pago por desempeño? Puede marcar varias opciones, hasta tres de su preferencia. Marque una X frente a cada ítem el grado de aceptación para el incentivo propuesto. Siendo 1 lo menos aceptado y 5 lo más aceptado.

Indicadores	1	2	3	4	5
Desempeño académico					
Metas clínicas					
Metas de promoción y prevención					
Indicadores de Gestión Clínica					
Otro, Cual					

16. ¿Con que frecuencia le gustaría recibir el o los incentivos?. Marque con una X la frecuencia que prefiera

- a. Cada año
- b. Cada 6 meses
- c. Cada 3 meses
- d. Cada mes

Por qué?: _____

17. ¿Qué tipo de incentivos preferiría que la institución planteara para el modelo institucional?

- a. Grupales

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Encuesta realizada en el marco del estudio "*Modelo de pago por Desempeño para médicos generales en una institución ambulatoria prestadora de servicios de salud en Bogotá*" realizada por la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Programa de Maestría en Administración de Salud, su uso es de carácter académico, se garantiza la confidencialidad de la información suministrada .

b. Individuales

c. Mixtos

Por que?: _____