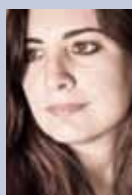


Mecanismos de pago en el sector salud

Análisis de efectos económicos en la relación contractual entre profesionales médicos, aseguradores y prestadores



Ana Guillermina Fernandez
(coordinadora)

gui.fernandez.lovell@gmail.com

Licenciada en Economía (UNdS)
Magister en Políticas Pública (UTDT)
Candidata al Master en Explotación de Datos

y Gestión del Conocimiento (UAustral)
Docente de Economía de la empresa y Análisis de mercados de salud (Universidad ISALUD)
Coordinadora general adjunta en Unidad Ministro (Ministerio del Interior, Obra Pública y Vivienda)

Equipo de trabajo

Mariano Ferrer

Médico (UNLP)

Especialista en cardiología (UBA-SAC)

Maestrando en economía y gestión de salud (Universidad ISALUD)

Alejandro Lux Wurm

Médico (UBA)

Especialista en Cirugía Pediátrica (SAP)

Especialista en Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD)

Diego Hernán Sara

Licenciado en administración y Contador público (UBA)

Maestrando en economía y gestión de salud (Universidad ISALUD)

El presente artículo es un resumen del informe final del proyecto de investigación homónimo, financiado por la Universidad Isalud a través de la convocatoria de Becas Mario Gonzalez Astorquiza 2015/6. El documento completo, incluyendo los anexos metodológicos, se encuentra disponible en la Biblioteca de la Universidad ISALUD.

1. Introducción

El diseño de políticas públicas de salud que promuevan un uso eficiente y sustentable de recursos escasos orientadas a satisfacer las necesidades sanitarias de la población, garantizar el acceso al sistema de salud y la provisión de prestaciones médicas bajo estándares de calidad mínimos uniformes requiere diseñar mecanismos de pago que permitan alinear incentivos divergentes entre aseguradores, prestadores y profesionales de la salud.

De acuerdo a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) realizada por el INDEC y el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), en el segundo semestre de 2013, el sector salud ocupaba el 5,2% del total de ocupados del país (831.000 personas). El 60,7% de los ocupados se desempeña en el sector privado (504.000 personas). La feminización (65%), alta calificación (60%) y pluriempleo (17,5%) son características notables en este sector. Entre los profesionales, el 34,7% de los trabajadores tiene más de una ocupación simultánea (pluriempleo) mientras que en el resto de la economía esta proporción es del 15,2% (DGEyEL, 2014)

En el sector público, el 30,6% de los ocupados son profesionales (100.000 personas). En el sector privado, 20,3% de los asalariados (73.000 personas) y 69,4% de los cuentapropistas (78.000 personas) son profesionales. Los trabajadores que sólo tienen una ocupación trabajan en promedio 38,4 horas semanales, mientras que los pluriempleados se encuentran ocupados durante 48,6 horas a la semana, un 25% más de tiempo (DGEyEL, 2014).

El sector salud se caracteriza por presentar una tasa de empleo no registrado inferior a la del promedio del empleo asalariado: 16,1% y 34,1% respectivamente en el segundo semestre del año 2013. Sin embargo, entre los profesionales se advierte una mayor tasa de empleo no registrado. Mientras la tasa de empleo no registrado de

los profesionales de la salud es del 21,5%, en el resto de los sectores alcanza el 12,1%. Asimismo, la tasa de empleo no registrado se eleva entre los profesionales del sector privado, alcanzando 38,2%. La elevada incidencia de la no registración entre los profesionales de la salud se relaciona, entre otras situaciones, con la utilización de diferentes modalidades de contratación.

La información previsional en registros administrativos (SIPA) y declarativa en cuestionarios (EPH) no permite dar cuenta de varios efectos, en particular, la incidencia del pluriempleo entre diferentes especialidades médicas y las decisiones de inversión en tecnología, especialización, localización y asociación.

El análisis detallado de estos efectos constituye un tópico relevante para la potencial regulación y diseño de mecanismos óptimos de contratación entre aseguradores de salud, prestadores y profesionales médicos y para el diseño de incentivos de formación adecuados para alcanzar metas de planificación estratégica de la dotación de recursos humanos en salud que contribuyan al desempeño eficiente del sistema.

A continuación se describe el marco teórico que utiliza elementos conceptuales de la Teoría de la agencia y la Teoría de los costos de transacción de la Nueva Economía Institucional (NEI) para analizar los efectos económicos sobre el comportamiento de profesionales de la salud, aseguradores y prestadores de acuerdo a las características de su relación contractual. Se presenta una extensa revisión bibliográfica de efectos teóricos y se resume la evidencia empírica detectada. La tercera sección postula la hipótesis del trabajo. En la siguiente sección se describe el resultado de la investigación. Por último, se presentan las conclusiones y futuras líneas de investigación.

2. Marco teórico

Esta sección describe el estado del arte en materia de análisis de efectos económicos de diferentes modalidades de contratación (mecanismos de pago) en la relación entre aseguradores, prestadores y recursos humanos en salud.

2.1. Teoría de la agencia y Teoría de los costos de transacción

El marco teórico a utilizar para analizar las características de la relación contractual entre profesionales de la salud, aseguradores, prestadores y las variables que inciden sobre el comportamiento de las partes corresponde a la Teoría de la Agencia (Arrow, 1985; Grossman y Hart, 1983, Hart y Holmström, 1987) y a la Teoría de los Costos de Negociación o Transacción (Coase, 1960; Williamson, 1985; Grossman y Hart, 1986), pilares fundamentales de la Nueva Economía Institucional (NEI).

Las relaciones de agencia se refieren a la existencia de una relación bilateral en la que una parte (el principal) contrata a otra (el agente) para que realice cierta labor o tome ciertas decisiones. Se definen a partir de la existencia de tres condiciones: especialización (o separación de propiedad), objetivos divergentes e información asimétrica

(Gaynor, Mark, 1999). Principal y Agente representan personas, instituciones, organizaciones u otros centros de decisión.

Existen dos elementos importantes que transforman una relación principal-agente en una situación modelable con lo que se conoce como la Teoría de la agencia. Se requiere: i) conflicto de intereses y objetivos entre las partes; ii) existencia de alguna asimetría en la información. Si el principal tiene información completa sobre cualquier decisión, acción o resultado del agente que afecte a la relación, la aplicación de la autoridad será suficiente para solucionar el problema. (Ricart, 1986)

La Teoría de la agencia se ha desarrollado en dos vertientes complementarias. La Teoría de la agencia positivista y la Teoría del principal-agente. Ambas comparten supuestos comunes sobre las personas, las organizaciones y la información y difieren en su rigor matemático, variables dependientes y estilo. La primera identifica varios tipos de contratos alternativos. La segunda indica qué tipo de contrato es más eficiente bajo diferentes niveles de incertidumbre en los resultados, las preferencias por el riesgo y las características de la información. (Eisenhardt, 1989).

Los autores más representativos de la línea Teoría de la agencia positivista (Jensen y Meckling (1976), Fama (1980), Fama y Jensen (1983)) aportaron diversos mecanismos orientados a resolver el problema de agencia. Por un lado, los contratos basados en resultados (outcome-based contracts) son eficaces para reducir la posibilidad de comportamiento oportunístico del agente. En este caso, es más probable que el agente se comporte de acuerdo a los intereses del principal. El argumento es que este tipo de contratos logran alinear las preferencias del agente con las del principal dado que la recompensa para ambos depende de las mismas acciones entonces el conflicto y el interés propio se reduce. Por otro lado, la implementación de sistemas de información reduce la posibilidad de comportamiento oportunístico del agente. Cuando el principal tiene información para verificar el comportamiento del agente, el agente tiende a comportarse de acuerdo a los intereses del principal. El argumento es que dado que los sistemas de información proveen conocimiento al principal sobre lo que el agente está realmente haciendo, tienden a reducir la posibilidad de comportamiento oportunístico del agente porque éste se da cuenta que no puede engañar al principal. Esta línea ha sido criticada por los teóricos de las organizaciones y por los microeconomistas, evaluada como minimalista por los primeros y como tautológica y carente de rigor por los segundos. (Eisenhardt, 1989)

Los investigadores en la línea de la Teoría del principal-agente se ocupan de modelar una teoría general de la relación principal-agente que pueda ser aplicada a cualquier relación de agencia. Se trata de un enfoque orientado a determinar el contrato óptimo en términos de comportamiento y resultado entre el principal y el agente. La clave de la teoría principal-agente es el intercambio (trade-off) entre i) el costo de cuantificar el esfuerzo del agente y ii) el costo de cuantificar el resultado y transferir riesgo al agente. En presencia de información asimétrica, la teoría analiza tres temas: riesgo moral (*moral hazard*), selección adversa (*adverse selection*) y señalización (*signalling*).

En las situaciones de riesgo moral, la información asimétrica se deriva del hecho de que, una vez firmado el contrato, el principal no puede observar (o verificar) la acción o esfuerzo que realiza el agente. En este caso, el pago del agente no puede depender del esfuerzo que incorpora y para el que se lo ha contratado.

Una situación de selección adversa (problema de información oculta) surge cuando el agente conoce antes de firmar el contrato un elemento relevante de la relación que el principal desconoce. (Mussa y Rosen, 1978; Maskin y Riley, 1984). Se trata de situaciones en que la parte menos informada no es capaz de distinguir la buena o mala calidad de lo ofrecido por la otra parte (Akerlof, 1970). La solución a este problema sugiere ofrecer distintas alternativas contractuales que lleven al agente a revelar la información que posee.

La señalización se refiere a las acciones observables tomadas por un actor para convencer a otro del valor o calidad de sus productos. Una de las partes conoce alguna variable importante para la relación y su comportamiento puede señalarla a otro participante. Los agentes en un mercado pueden usar la señalización para contrarrestar la selección adversa. (Spence, 1973)

La economía de los costos de transacción se basa fundamentalmente en los trabajos de Coase (1937; 1960; 1994), continuado por Williamson (1981; 1991) y North (1990; 1993). Las investigaciones más recientes sugieren que los costos de contratación y los costos de transacción tienen profundas implicaciones en la asignación de recursos y en la estructura de la organización económica. Esto sustentado a partir de relacionar directamente los costos de realizar las transacciones con los procesos de asignación de los derechos de propiedad.

Coase (1937, 1960) sostiene que realizar transacciones económicas implica costes. Cuando dichos costes de transacción o negociación son superiores a las ganancias derivadas del intercambio, este intercambio dejará de realizarse en el mercado. Los mercados perfectos con costes de transacción nulos no existen. Los costes de transacción aparecen derivados de problemas como los de información asimétrica o los de acción colectiva (*free rider*). Contribuciones posteriores desarrollaron este enfoque (Wallis y North (1986), Allen (1991), Eggertsson (1990), North y Wallis (1994) o Benham y Benham (2000). North (1990) definió las instituciones como las reglas formales, normas informales y mecanismos de cumplimiento, y explicó cómo éstas determinan el volumen de los costes de transacción existentes, y por tanto el nivel de eficiencia alcanzable en la economía. Los contratos, entonces, tienen como propósito reducir los costos de transacción del proceso de negociación.

En un contexto de relaciones de agencia múltiple, especialización, información asimétrica y objetivos divergentes entre principal y agente, la provisión de servicios puede no resultar óptima por lo que se requiere el diseño de contratos que creen incentivos suficientes para minimizar el riesgo de comportamiento oportunístico de los actores.

Se requiere crear los incentivos apropiados para profesionales médicos, establecimientos de salud y aseguradores que logren la provisión de la cantidad adecuada de servicios de salud, el nivel de calidad socialmente aceptable de los servicios y un eficiente uso

de recursos financieros. El diseño de mecanismos de pago es una de las herramientas que puede contribuir al logro de este objetivo.

2.2. Mecanismos de pago

El término “mecanismos de pago” hace referencia usualmente a un sistema de remuneración o contrato entre dos o más actores económicos en el que uno de ellos contrata a otro para que realice una tarea o servicio. El “contrato” es un acuerdo de voluntades, no necesariamente escrito, un compromiso entre dos o más partes en el que se especifican las obligaciones de cada una en todas las contingencias posibles y que incluye el mecanismo de pago con el que un actor reumunerará al otro.

En adelante, se adoptará el término “mecanismo de pago” para hacer referencia a la forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un prestador sanitario por la producción de un servicio de salud a un paciente o grupo de pacientes. (Álvarez, Pellisé, Lobo, 2000). Un mecanismo de pago es un contrato entre pacientes, proveedores y pagadores para la prestación de servicios de salud. (CIIS, 2005). Existe consenso en clasificar los mecanismos de pago de acuerdo a:

a. A quién se remunera:

Los mecanismos de pago pueden remunerar a: **i) profesionales del sector salud; ii) establecimientos de salud; iii) entidades intermediarias.**

b. La previsibilidad de los gastos:

Esto es, según cuándo se paga o cuándo se realiza el cálculo de los volúmenes a ser pagados: **i) mecanismos prospectivos; ii) retrospectivos.**

Los **mecanismos de pago prospectivos** son aquellos en los que la entidad aseguradora o financiadora preestablece los volúmenes a ser pagados. La característica principal es que el pago se realiza con independencia de los servicios o actos brindados a los pacientes. Se da una transferencia de riesgos que efectúa el financiador al gerenciador/prestador quien dentro de un valor predeterminado debe completar todos los servicios necesarios. Ellis (1998) señala que los pagos prospectivos reducen la cantidad de servicios provistos a un determinado nivel de severidad de la enfermedad y la disminución es aún mayor en el caso de pacientes severamente enfermos, quienes pueden ser rechazados o se les escatiman recursos por su condición. Su modelo está diseñado para reflejar la competencia entre hospitales en pugna por pacientes en un esquema de pago prospectivo que no depende del nivel de servicios provisto al paciente (por ejemplo, Medicare cuando paga en función de DRG al momento de alta). “*Creaming*”, “*skimming*” y “*dumping*”¹ son tres estrategias que pueden aplicar los prestadores

¹ Creaming hace referencia a la sobreprestación de servicios a pacientes de bajo costo. Skimming hace referencia a la subprovisión de servicios a pacientes de alto costo. Puede entenderse como la presión ejercida por los hospitales sobre los médicos para omitir terapias y tratamientos indicados médicamente. Esto reduce los costos mientras el hospital recibe un pago destinado a cubrir todos los servicios necesarios (en el caso de pagos prospectivos). (CIIS, 2005). Dumping hace referencia al rechazo (derivación) de pacientes de alto costo.

en respuesta al mecanismo de pagos y que tienen influencia directa sobre los costos y patrones de atención sanitaria, el acceso a servicios de salud y la calidad de la atención.

Los **mecanismos de pago retrospectivos** son aquellos en los que el asegurador o financiador paga cada mes la factura que le presentan los prestadores en función de los servicios realizados. Hay un desconocimiento del volumen monetario que debe abonar el financiador al prestador hasta tanto se produzca la prestación médica por lo que el asegurador/financiador tiene poca capacidad para prever el monto total del gasto. Bajo esta modalidad importan los ratios de consumo de recursos. Cuantos mayores sean los consumos, más costoso será el pago que deba enfrentar el financiador al prestador y el riesgo recae en el asegurador (en el modelo puro sin ajuste por riesgo).

c. La organización del sistema:

Una de las formas de diferenciar a los sistemas distingue, por un lado:

- A aquellos que separan la financiación de la provisión del servicio y que tienden a financiar la demanda (es decir: “el dinero sigue al paciente”). En este caso, la mayor parte de los costos de la atención médica son variables. (Tobar, Rosenfeld, Reale, 1998).
- Aquellos en donde el que financia provee los servicios directamente. Financiador y prestador se encuentran integrados verticalmente bajo una misma organización jerárquica. La mayor parte de los costos son fijos. (Tobar, Rosenfeld, Reale, 1998)

Otra de las maneras de describir la organización del sistema corresponde al modelo de atención de Roemer (1969):

- Organización directa: se trata de un sistema cerrado que incluye a aquellos aseguradores que cuentan con una estructura propia y pueden prestar servicios exclusivamente en sus establecimientos o también a través de una red conveniada.
- Organización indirecta: se trata de un sistema abierto que corresponde a sistemas de seguro o prepagos. Usualmente la provisión de servicios se separa de la financiación y suele aparecer la figura del intermediario que asume una serie de responsabilidades a través de un contrato.

d. La unidad de pago:

Cada mecanismo de pago a prestadores utiliza una unidad de pago particular que se aproxima, en mayor o menor grado, a una medida de los insumos utilizados (por ejemplo, tiempo de trabajo de un médico, por el cual se le paga un salario), del producto (número de personas inscritas cuya asistencia global queda comprometida en el caputivo) o de los productos intermedios (ingreso, estancia u otros). Las unidades de pago se distinguen por el grado de agregación de los servicios asistenciales contratados. Puede considerarse que la unidad menos global o más desagregada es el pago por servicio y las unidades más agregadas son, sucesivamente, los pagos por un proceso asistencial, por una estancia hospitalaria, por un ingreso y por la asistencia a un enfermo a lo largo de un determinado período de tiempo (por ejemplo, pago caputivo, o cualquier forma de aseguramiento sanitario integral). Este criterio

de ordenación determina el tipo de incentivo que el financiador emite al prestador, al determinar qué productos y qué insumos entran en juego en el concepto de eficiencia que se está incentivando. Por ejemplo, si el pago es caputivo, la señal que emitimos es que el prestador tendrá ingresos adicionales si aumenta el número de individuos que tiene adscritos, mientras que sus ingresos no variarán aunque aumente la intensidad de la atención por individuo adscrito. (Álvarez, Pellisé, Lobo, 2000)

e. Riesgos financieros:

Cada forma de remuneración conlleva riesgos financieros distintos. Para valorarlos, se debe tener en cuenta dos aspectos fundamentales: la distribución desigual de los costos hospitalarios y la distribución, por tramos o intervalos, de la remuneración. Cuanto mayor sea la variabilidad de costos para un precio dado, mayor riesgo financiero se transfiere del financiador hacia el prestador. (Álvarez, Pellisé, Lobo, 2000)

Cabe destacar que la asignación de recursos en el sector salud se organiza bajo diferentes modalidades en dos dimensiones paralelas y simultáneas. Por lo tanto, resulta necesario distinguir la “financiación de servicios de salud” de los “mecanismos de pago.” La financiación de servicios de salud alude a las fuentes originarias de financiación del sistema de salud (¿de dónde provienen los fondos?) y a los criterios y mecanismos de asignación de recursos a los distintos subsistemas de salud. En tanto, los mecanismos de pago plantean una cuestión básicamente microeconómica, que afecta al comportamiento de los agentes económicos a nivel individual y configura sus incentivos económicos y el riesgo al que se ven sometidos en el ejercicio de su actividad (Álvarez, Pellisé, Lobo, 2000).

En la dimensión macroeconómica, cuando se separa la función de financiamiento de la provisión de servicios, se distinguen tres modelos alternativos (Titelman y Uthoff, 2000):

- **Modelo de reembolso.** El consumidor (paciente) paga una prima de seguro a una agencia de seguros de salud y a cambio de ella, cuando incurre en gastos médicos, reciben un reembolso de dicha entidad, sujeto a descuentos explicitados en el contrato de seguros. El servicio del prestador es pagado directamente por el paciente.
- **Modelo de contrato.** El consumidor (paciente) paga una prima de seguro de una agencia de seguros de salud y esta entidad es quien paga y negocia con el proveedor la compra de un servicio o paquete de servicios de salud.
- **Modelo integrado.** Las agencias de seguros de salud y las instituciones proveedoras se fusionan y forman una sola entidad. El consumidor (paciente) paga una prima de seguro y recibe a cambio servicios médicos y de hospitalización.

Estos tres tipos de modelos pueden implementarse con esquemas de seguros de salud obligatorios o voluntarios. El modelo de contrato combinado con seguros universales y obligatorios y activos esquemas de regulación y supervisión proporcionaría ganancias de eficiencia.

Los mecanismos de pago generan incentivos que afectan el comportamiento de profesionales, establecimientos proveedores de ser-

vicios de salud y aseguradores y por lo tanto, tienen impacto en la cantidad y calidad de los servicios médicos provistos a la población, en la transferencia de riesgo entre actores y en la eficiencia de la utilización de los recursos.

En el caso de los profesionales, la forma en que se remunera la prestación de servicios puede afectar a la forma de ejercicio de la medicina, al trato al paciente, la decisión de oferta de horas de trabajo, inversión en capital humano (especialización), inversión en tecnología y equipamiento médico, localización y asociación a otros profesionales, entre otras decisiones.

En el caso de hospitales y clínicas, el mecanismo de pago puede afectar las decisiones de admisión/rechazo/derivación de pacientes, protocolos clínicos, cantidad y calidad de la provisión de servicios, decisiones de reclutamiento y retención de personal, decisiones de ampliación de capacidad, inversión en tecnología, integración con otras instituciones, entre otras.

En el caso de los aseguradores, el mecanismo de pago puede afectar el acceso y cobertura a servicios de salud, la composición de la cartera de clientes, las políticas de admisión/rechazo de asegurados, entre otras.

A nivel del sistema de salud, la combinación de mecanismos de pago a los prestadores determina el nivel del gasto en asistencia, la calidad y el acceso a servicios de salud así como el grado de cobertura de la población.

A continuación, nos enfocamos en la dimensión microeconómica y analizamos las diferentes maneras en que se asignan recursos del sistema salud a prestadores individuales (profesionales médicos) e institucionales (establecimientos de salud).

Los mecanismos de pago más usuales a prestadores individuales corresponden a i) honorarios por prestación (*fee for service*); ii) capitación (por caso o por módulo); iii) salario. El caso de prestadores institucionales corresponden a i) Pago por prestaciones; ii) Per diem, pago por día, por estancia hospitalaria; iii) Pago por ingreso hospitalario; iv) Pago por presupuesto; v) Capitación, "*Capitation*" o Cartera Fija; vi) DGR, Módulos o procedimientos; vii) Tasa por casos relacionados por servicios; viii) Leasing de camas.

Cada mecanismo de pago genera incentivos y efectos económicos particulares en el comportamiento de los profesionales médicos, en los prestadores y en los aseguradores. Cabe destacar que las motivaciones no económicas, como el altruismo, el compromiso social, el voluntarismo, la ética, vocación o la reputación, entre otras, pueden atenuar o contraponerse a los efectos teóricos previstos.

Existe una extensa literatura que analiza incentivos y efectos económicos asociados a la forma de compensación. Entre ellos, Pauly (1980), Pauly y Redisch (1973), Ellis y McGuire (1986), Newhouse (1992), Ellis y McGuire (1990, 1993), Selden (1990), Blomqvist (1991), Ma y McGuire (1994), Glazer y McGuire (1993), Frech (1991) y Wedig et al (1989). (Gaynor y Mark, 1999). Parte de la literatura en este sentido ha sido revisada por Gaynor y Mark (1999), Gosden et al. (2004), Sorbrero et al. (2006), Freed y Uren (2006), Devlin y Sarma (2007), entre otros.

El Pago por resultados, "*Pay for performance*" (P4P en adelante) es un enfoque utilizado para proveer incentivos a médicos y

proveedores de servicios de salud para lograr mejorar la calidad de servicios y disminuir los costos. Se lo conoce también como "*shared savings*", "*accountable care organization*" o "*value-based purchasing*".

P4P es un enfoque relativamente nuevo y en evolución, que utiliza terminología no estandarizada y que busca mejorar la calidad y eficiencia de la atención médica enfocándose en incentivos económicos (Trisolini, 2011). Reembolsa a los proveedores en función de resultados en lugar de servicios. En teoría, incentiva al proveedor a considerar la calidad, valor y costo del servicio de salud producido (Cromwell et al, 2011). Busca superar el problema del principal-agente: une el pago a la mejora en el resultado de salud sobre la base de medidas predefinidas.

Las consecuencias de P4P han sido estudiadas por Holmstrom y Milgrom (1991); Petersen et al. (2006), Rosenthal y Frank (2006), Mannion y Davies (2008). (Miller, 2013). Zweifel y Breyer (1997) modelan el impacto de esquemas de remuneración sobre la producción de servicios médicos.

Una de las críticas principales de este mecanismo es que requiere enormes volúmenes de información, sumamente detallada, habitualmente acompañado de sistemas de información de los que es posible extraer indicadores de proceso y resultado. Además, existe una desfasaje entre la producción del servicio de salud (acto médico) y su registración en sistemas de información para solicitar el pago que puede ser importante. (Trisolini, 2011).

Sin embargo, su adopción ha sido creciente en Estados Unidos desde 2003, cuando se registra un piso de 52 programas P4P. En 2006, 148 organizaciones utilizan el enfoque P4P en 258 programas: 130 remuneran médicos de atención primaria, 72 a especialistas y 56 a instituciones y hospitales. Medicare es el mayor sponsor de P4P desde 2011.

Varios aspectos de la relación entre el método de remuneración y la producción del médico han sido estudiados por Town et al. (2005), Conrad y Christianson (2004), Gosden et al. (2001), Armour et al. (2001), Chaix-Couturier et al. (2000), Scott (2000), Maynard et al. (1996) y Scott y Hall (1995). (Devlin, Sarma, 2007).

En el trabajo completo (Anexo I) se describen los mecanismos de pago según los aportes de Gosden et al (1998), Ellis (1998), Tobar, Rosenfeld y Reale (1998), Álvarez, Pellisé y Lobo (2000), Lischko (2008), Lagarde et al (2010) Gosden et al (2011) y Oggier (2012). Para cada tipo de mecanismo de pago se describe el concepto y base de cálculo de la remuneración, los incentivos económicos asociados y la distribución de riesgos. Se enumeran posibles efectos teóricos en el comportamiento de los actores y la performance de los sistemas de salud.

2.3. Evidencia empírica

Diversos estudios han analizado los efectos de la utilización de diversos mecanismos de pago sobre el comportamiento de prestadores institucionales, individuales y sobre el sistema de salud. Esta sección presenta las principales conclusiones de las revisiones de Gosden et al (1999), Lagarde et al (2010), Gosden et al (2011).

Gosden et al (1999) analizan sistemáticamente el efecto de la manera en que el pago a las profesionales médicas afecta su comportamiento laboral. Los autores revisan la literatura publicada y no publicada a ese momento e identifican 23 papers que cumplen su criterio de selección: estudios que presenten medidas objetivas sobre el comportamiento de médicos que reciben su remuneración completa bajo la forma de salario versus otros mecanismos de pago. En estas publicaciones se analizan resultados de 19 estudios correspondientes a Estados Unidos (9), Noruega (4), Alemania (1), Canadá (4) y Sudáfrica (1).

El análisis detecta una escasez de estudios que reporten efectos sobre el estado de salud de los pacientes. Además, no se detectan estudios que examinen si diferentes grupos de pacientes fueron tratados en forma diferencial por médicos empleados bajo el mecanismo de pago "salario". En general, los estudios reportan medidas de cantidad de tests, consultas, derivaciones y días ocupados en el hospital. En este marco, los estudios analizados concluyen que los médicos que reciben "salario" proveen un volumen de servicios diferente a aquellos que reciben FFS. Nueve estudios muestran que los médicos bajo salario registran menor cantidad de consultas comparado con médicos bajo FFS. Cinco de nueve estudios encuentran que los médicos asalariados ordenan menor cantidad de tests e imágenes RX comparado con médicos remunerados mediante FFS. En cuatro estudios (US, Canadá y Sudáfrica), los médicos asalariados tienen una menor tasa de uso de servicios del hospital (comparado con médicos remunerados mediante FFS).

El mecanismo de pago "salario" se asocia a un menor número de procedimientos por paciente, consultas más largas y mayor cantidad de cuidados preventivos en comparación con FFS. FFS se asocia a un mayor nivel de provisión de servicios comparado con salario y *Capitation*.

Sin embargo, la evidencia es incompleta. La mayoría de los estudios sólo comparan salario vs FFS, reportan tipo y cantidad de resultados de atención pero no hay medidas sobre estado de salud de los pacientes. Tampoco reportan medidas de la utilización de recursos de pacientes con estados de salud y riesgos similares. Diferentes niveles de servicio y de requerimientos de recursos implican distintos niveles de costos por lo que no puede concluirse qué efecto tiene el mecanismo de pago sobre la eficiencia en la utilización de recursos.

Cutler y Zeckhouser (2000) y Chalkley y Malcomson (2000) realizan una extensa revisión de la literatura sobre el tema en Estados Unidos y muestran que el sistema de pago prospectivo reduce la duración promedio de la estancia en el hospital, en algunos casos alrededor del 20-25% en un período de cinco años.

Lagarde, Powell-Jackson y Blaauw (2010) analizan experiencias en diversos países y discuten la evidencia empírica recopilada. Detectan tres problemas en la literatura: i) hay escasez de estudios aleatorios controlados que permitan analizar un escenario con la menor cantidad de sesgos posibles. ii) hay escasez de estudios de costo-efectividad. iii) hay escasez de estudios sobre cuál es el contexto favorable para implementar reformas. Detectan poca evidencia rigurosa para los diseñadores de política pública sobre

cómo los diferentes incentivos asociados a los mecanismos de pago operan en la práctica.

Los datos disponibles indican que FFS resulta en una mayor tasa de utilización de servicios y recursos. Este mecanismo puede ser utilizado si el objetivo primario de la política pública es incrementar el volumen de servicios provisto sin preocupación por el crecimiento de costos asociado. (Lagarde et al, 2010)

La evidencia en apoyo de mecanismos P4P es mixta. Se reportan algunos pocos impactos significativos sobre la calidad de la atención y donde se han detectado, tienden a ser pequeños en magnitud. Los diseñadores de política pública enfocados en implementar enfoques P4P deben ser cautelosos ya que los incentivos financieros asociados son riesgosos y pueden dañar el sistema. (Lagarde et al, 2010)

La aplicación de diferentes mecanismos de pago ha sido en general un objetivo de la mayoría de las reformas de los sistemas de salud en el mundo. Diferentes mecanismos conviven en forma simultánea en la mayoría de los países. Por ejemplo, en el Reino Unido (UK), FFS se utiliza en el sector privado en tanto el National Health System (NHS) remunera salarios a los médicos de hospital y mediante *Capitation* a los médicos generales de atención primaria, aunque los médicos generalistas han recibido FFS y salario en diferentes momentos de la historia del NHS. (Lagarde et al, 2010)

El salario es utilizado como mecanismo de pago a profesionales de atención primaria de la salud del sector público en países como Finlandia, Portugal, India, Indonesia e Israel, donde existen restricciones significativas a la práctica privada de médicos asalariados a tiempo completo. FFS se utiliza en países con un sector privado extendido como en Estados Unidos pero también en países como Francia, Bélgica y Alemania que tienen sistemas de seguros sociales de salud que contrata médicos para atención primaria y es la manera en que se remunera a los médicos de atención primaria en Canadá y Noruega. El valor de la FFS puede ser determinado por el mercado (Estados Unidos), obligatorio (Alemania) o una lista de precios recomendados (Francia, Bélgica). Algunas iniciativas para reducir la sobre-oferta de servicios y controlar los costos en sistemas FFS incluyen autorizaciones previas, auditorías ex-post, selección restringida de profesionales (cartilla de prestadores). (Lagarde et al, 2010)

Capitation ha sido recientemente implementado como mecanismo de pago a prestadores de atención primaria en UK, Dinamarca, Holanda e Italia, generalmente ajustada por riesgo. También en Canadá y en Estados Unidos para servicios Medicaid donde FFS era el modelo predominante previamente. La expansión de la cobertura universal mediante la implementación de sistemas de seguro social en países de ingreso medio en Europa del Este, Latinoamérica y Asia sólo ha sido posible al utilizar sistemas de *Capitation* para remunerar a proveedores de atención primaria (Tailandia, Corea, Indonesia, Kazajistán, Tajikistán, Slovakia, Hungría, Costa Rica y Argentina). (Lagarde et al, 2010)

Lagarde, Powell-Jackson y Blaauw (2010) analizan la evidencia empírica que proporcionan varios estudios de los efectos de la aplicación de diversos mecanismos de pago sobre el comporta-

miento de prestadores individuales (profesionales médicos) y de prestadores institucionales (establecimientos de salud). Además analizan los efectos de la adopción de esquemas P4P.

Efectos sobre el comportamiento de prestadores individuales

Lagarde et al (2010) revisan sistemáticamente la literatura al respecto y detectan un pequeño número de estudios empíricos que compara el efecto sobre el comportamiento de la utilización de los mecanismos de pago salario, FFS o *Capitation*². En general, los estudios muestran que el comportamiento de los profesionales médicos es influenciado por la manera en que son remunerados, sin embargo, los efectos verificados no siempre corresponden a los efectos teóricos previstos.

Estudios observacionales han confirmado que FFS se asocia a una mayor cantidad de consultas, una menor duración promedio de la consultas, mayor cantidad de procedimientos médicos y menor cantidad de cuidados preventivos cuando se lo compara con salario o *Capitation*. No hay evidencia rigurosa sobre el impacto de los mecanismos de pago sobre los costos, la eficiencia o de efectos diferenciales en el resultado de salud. La evidencia existente al momento es limitada. No existe un mecanismo de remuneración de prestadores individuales perfecto. El impacto de cada uno depende de las características particulares de su diseño, la idiosincrasia del contexto local y el proceso de implementación. (Anexo 2, Tabla 1)

Gosden et al (2011) evalúan el impacto de diferentes métodos de pago sobre el comportamiento clínico de médicos de atención primaria³. Detectan una mayor cantidad de visitas/contactos de atención primarias, visitas a especialistas y servicios de diagnóstico y curativos a la vez que una menor cantidad de derivaciones hospitalarias bajo un esquema FFS comparado con *Capitation*. FFS resultó en un mayor número de visitas de los pacientes, mayor continuidad de la atención, mayor cumplimiento con el número de visitas recomendadas pero los pacientes están menos satisfechos con el acceso a la atención de su médico comparado con un esquema de salario. Concluyen que existe alguna evidencia de que los médicos de atención primaria proveen una mayor cantidad de servicios de atención primaria bajo esquema FFS comparado con esquema de salario o *Capitation*, aunque los efectos a largo plazo no son claros. No hay evidencia con respecto al efecto sobre otros resultados como el estado de salud de los pacientes.

Nuevamente, Gosden et al (2011) destacan la poca cantidad de estudios que proveen conclusiones robustas. Si bien existe alguna evidencia que sugiere que el método de pago a los médicos de atención primaria afecta su comportamiento, el grado de generalización de sus conclusiones es aún desconocido. Se requiere

2 Sólo 6 estudios utilizan un diseño de investigación riguroso y todos se enfocan en médicos de atención primaria en países de alto ingreso. Cuatro de ellos comparan FFS con salario, uno contrasta FFS con *capitation* y el restante compara salario con *capitation*.

3 Revisan 4 estudios con considerables diferencias en el diseño de investigación y selección de indicadores de resultados que involucran 640 médicos de atención primaria de la salud y más de 6400 pacientes.

el diseño e implementación de una mayor cantidad de estudios rigurosos, especialmente si el objetivo es contribuir al diseño de una política pública de salud. Destacan la ausencia de estudios que consideren el efecto sobre la satisfacción laboral de médicos de atención primaria. Tampoco se analiza la posibilidad de que exista un efecto diferencial en el acceso a la atención médica entre subgrupos de pacientes diferenciados por su nivel de necesidad. Y por último, tampoco se detectan estudios rigurosos que analicen el cambio en resultados clínicos y estado de salud de los pacientes. Sin embargo, esto último, obedece probablemente a la dificultad en construir un contrafactual que permita la realización de un análisis de impacto.

Efectos sobre el comportamiento de prestadores institucionales

La revisión empírica realizada por Lagarde et al (2010) encuentra que existe evidencia limitada de baja/moderada calidad que apoya la hipótesis de que FFS y el pago por día aumentan la cantidad de servicios provistos; FFS y pago por caso producen sobreprestación entre otros efectos. No existe evidencia de que el presupuesto global subprovea servicios y hay evidencia limitada de que genera riesgo de selección. Cabe destacar que todos los estudios revisados en la literatura fueron realizados en países de alto ingreso, generalmente con motivo del cambio en la utilización del mecanismo de pago (reemplazo de FFS por un sistema prospectivo basado en casos). Otros estudios utilizaron grupos de control cuando se realizaron experiencias piloto para implementar mecanismos de pago específicos, sin embargo la validez de sus conclusiones puede verse afectada por un tratamiento inadecuado o insuficiente de los problemas de sesgo de selección o tamaño de muestra. (Anexo 2, Tabla2)

Efectos de la adopción de esquemas P4P

Lagarde et al (2010) sostienen que los estudios sobre los efectos de la adopción de esquemas P4P han sido realizados mayoritariamente en Estados Unidos y Reino Unido. Otros incluyen Rwanda, Taiwan y Cambodia, sin embargo la literatura sobre P4P en países en desarrollo es limitada. En general, la evidencia sobre la efectividad de los mecanismos P4P sobre el objetivo de mejorar la calidad es mixto. Se han reportado pocos efectos significativos y de pequeña magnitud. El impacto sobre la provisión de servicios no es concluyente y no se detecta efecto sobre el resultado de salud. (Anexo 2, Tabla 3)

3. Hipótesis y resultados

El presente trabajo postula como hipótesis:

- Gran parte de los profesionales médicos tienen más de una ocupación simultánea (pluriempleo) y presta servicios bajo diferentes modalidades de contratación.
- El mecanismo de pago está correlacionado con las decisiones de: i) oferta de horas de trabajo, ii) inversión en capital humano (especialización), iii) inversión en tecnología médica (adquisición

- de equipamiento), iv) localización de la oferta de horas de trabajo y v) asociación a otros profesionales médicos, entre otras.
- Los mecanismos de pago más usuales adoptados entre prestadores y profesionales médicos y entre aseguradores y profesionales médicos son heterogéneos entre diferentes especialidades médicas.

3.1. Resultados

En esta sección se describen los resultados de la encuesta realizada a profesionales médicos en actividad en Argentina, de manera anónima vía internet, de acuerdo a un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas. El período de campo se extendió entre el 23/11/2015

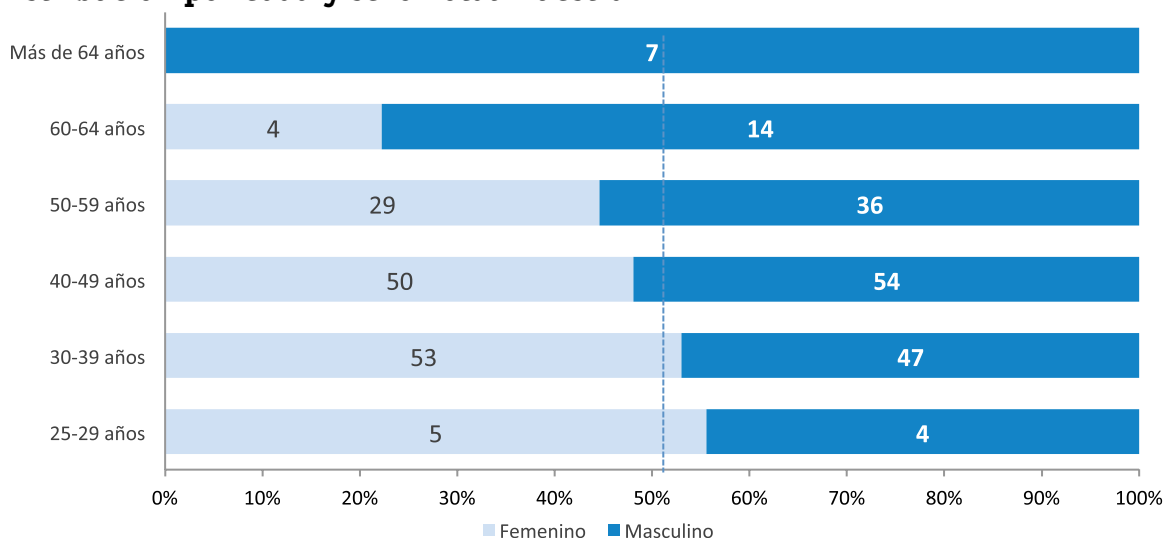
y el 7/6/2015 durante el cual se recibieron 317 respuestas. Descontando las respuestas no válidas (no activos y profesionales no médicos), el tamaño de muestra se reduce a 303 registros.

Cabe destacar que el tamaño muestral **mínimo esperado**⁴ para un nivel de confianza del 95% y error del 5% es de 383 encuestas en el área CABA+PBA⁵ y 384 a nivel nacional. El tamaño muestral alcanzado (303) permite interpretar los resultados con un nivel de confianza del 90% y un margen de error de 4,72% a nivel nacional. En el caso del área CABA+PBA, los 252 registros obtenidos pueden ser analizados con un nivel de confianza del 90% y un margen de error

4 La estimación del tamaño muestral considera 95.839 profesionales activos en CABA y Provincia de Buenos Aires y 164.808 a nivel nacional, según Kremer (2015).

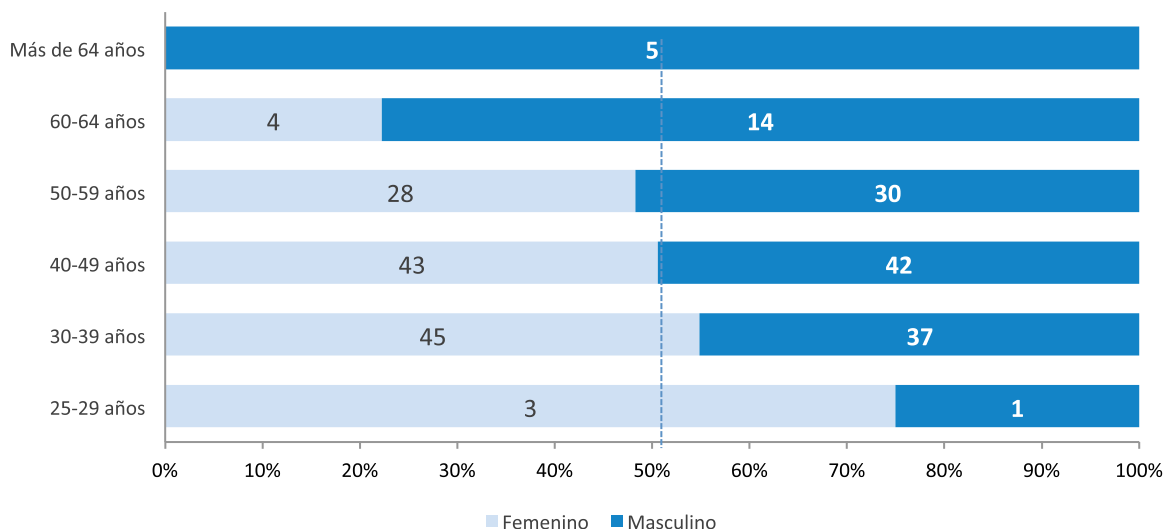
5 CABA y Provincia de Buenos Aires

Gráfico 1
Distribución por edad y sexo-Total muestra



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2
Distribución por edad y sexo. CABA+PBA



Fuente: Elaboración propia

de 5,18%. La estadística descriptiva es válida sólo en este contexto. El 94,4% de los respondientes declararon ser argentinos. El análisis de la muestra por sexo y edad evidencia el proceso de feminización de la fuerza laboral médica, tanto a nivel nacional como en el área CABA+PBA. En los gráficos 1 y 2 se aprecia la creciente participación de la mujer en la respuesta a la encuesta a medida que disminuye el rango de edad⁶.

El 86,47% de los respondientes egresó de una universidad pública. La distribución según universidad es la siguiente:

Los resultados del estudio confirman la presencia de pluriempleo, tanto a nivel nacional como en el área CABA+PBA. El 87% de la muestra a nivel nacional y el 88% en CABA+PBA declara 2 o más empleos simultáneos.

En el área CABA+PBA, mujeres y varones tienen un promedio de 2,65 y 3,23 trabajos respectivamente⁷. No es posible afirmar que la variable que mide la cantidad de trabajos sigue una distribución

normal. El resultado del Test Skewness-Kurtosis (p-value 0.0000) es significativo, se rechaza la hipótesis de que la distribución de la cantidad de trabajos promedio es normal. La prueba de normalidad Shapiro-Wilk indica un p-value=0.0000 que afirma el resultado, aunque se trata de un test para muestras pequeñas. La prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, en igual sentido, sugiere rechazar la hipótesis nula de que la distribución de la variable es normal. El análisis gráfico coincide en demostrar el apartamiento del supuesto de normalidad en la distribución. El histograma muestra un sesgo a derecha y el gráfico Q-Q indica que los resultados no se encuentran sobre la línea de referencia (anexo 3).

El resultado de la prueba no paramétrica de Wilcoxon o U Mann

Cuadro 1
Distribución de respondientes, según universidad de graduación

Universidad	Cantidad	%
Universidad de t Aires	150	50%
Universidad Nacional de La Plata	57	19%
Universidad Nacional de Rosario	19	6%
Universidad Nacional del Nordeste	13	4%
Universidad Nacional de Córdoba	11	4%
Otras	53	17%
TOTAL	303	100%

Fuente: Elaboración propia

6 Una posible explicación para la ausencia de respuestas femeninas en el rango más de 64 años corresponde al hecho de que la mujer alcanza la edad jubilatoria a los 60 años al momento de la investigación.

7 A nivel nacional, mujeres y varones tienen un promedio significativamente diferente de 2,62 y 3,22 trabajos respectivamente. El análisis gráfico en Anexo 3, punto 1.1.2 muestra sesgo a derecha. El gráfico Q-Q indica dispersión fuera de la línea. El Test Skewness-Kurtosis (p value 0.0000) es significativo, se rechaza la hipótesis de que la distribución de la cantidad de trabajos promedio es normal. En el Test Shapiro-Wilk p value=0.0000 reafirma el resultado, aunque se trata de un test para muestras pequeñas. La prueba de Kolmogorov-Smirnov, sugiere rechazar la distribución normal.

Cuadro 2
Cantidad de trabajos simultáneos promedio. Total muestra

	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
1 trabajo	25	18%	13	8%	38	13%
2 trabajos	47	33%	40	25%	87	29%
3 trabajos	40	28%	52	32%	92	30%
4 trabajos	18	13%	35	22%	53	17%
5 trabajos	9	6%	9	6%	18	6%
6 trabajos	0	0%	4	2%	4	1%
7 trabajos	2	1%	4	2%	6	2%
8 o más trabajos	0	0%	5	3%	5	2%
TOTAL	141	100%	162	100%	303	100%
Promedio	2,62		3,22		2,94	

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 3
Cantidad de trabajos simultáneos. CABA+PBA

	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
1 trabajo	19	15%	10	8%	29	12%
2 trabajos	43	35%	31	24%	74	29%
3 trabajos	35	28%	43	33%	78	31%
4 trabajos	16	13%	26	20%	42	17%
5 trabajos	9	7%	8	6%	17	7%
6 trabajos	0	0%	4	3%	4	2%
7 trabajos	1	1%	4	3%	5	2%
8 o más trabajos	0	0%	3	2%	3	1%
TOTAL	123	100%	129	100%	252	100%
Promedio	2,65		3,23		2,94	

Fuente: Elaboración propia

Whitney indica que hay diferencias significativas en la cantidad de trabajos promedio entre hombres y mujeres, tanto a nivel nacional como a nivel metropolitano (p-value total: 0.0003, región CABA+AMBA: 0.0013).⁸

El fenómeno de pluriempleo parece mantenerse independientemente de la edad a nivel nacional (Cuadro 3). La relación entre la cantidad de trabajos promedio y el grupo de edad es estadísticamente significativa con base en la prueba Chi2.⁹ Con base en la prueba ANOVA no se detecta diferencia en la cantidad de trabajos promedio según el promedio de edad.¹⁰ Sin embargo, en el área CABA+AMBA, no se detecta relación estadísticamente significativa entre la cantidad de trabajos promedio y el grupo de edad (Chi2 p value=0,557), conclusión que se revierte al eliminar outliers y recortar las colas de la muestra

8 Una segunda prueba no paramétrica de igualdad de medias (en STATA, median), testea la hipótesis nula de que k- muestras fueron tomadas de poblaciones con la misma media. El p-value de la prueba chi2 indica que debe rechazarse la hipótesis nula de que no existe diferencia entre hombres y mujeres, tanto a nivel nacional (0.009) como metropolitano (0.028).

9 La prueba Chi2 indica un p-value=0.048 en la muestra total.

10 La prueba ANOVA indica que la media de la cantidad de trabajos no difiere significativamente según la edad. La prueba F tiene un nivel de significancia del 0.1317. Cabe destacar que si bien las variables cantidad de trabajo promedio y grupo de edad no presentan una distribución normal de acuerdo al Test Shapiro Wilk, two-way ANOVA es robusto a violaciones del supuesto de normalidad. La eliminación de outliers (se descartan 15 casos con más de 6 trabajos) resulta en una distribución normal para la variable cantidad de trabajos (Shapiro Wilk p value 0.68639) y mantiene la conclusión de que la cantidad de trabajos no difiere significativamente según la edad (Prob > F= 0.0829)

10% (p-value=0.036). Con base en la prueba ANOVA tampoco se detecta diferencia en la cantidad de trabajos promedio según el promedio de edad¹¹.

Con respecto al ingreso total de la actividad médica, el 64% de los respondientes declaran ingresos totales de la actividad médica entre \$18.000 y \$50.000 a nivel nacional (Cuadro 4). De acuerdo a la prueba Chi2 no hay relación estadísticamente significativa entre el nivel de ingreso y el área de residencia (p-value 0.195). Para el 74% de la muestra nacional, la totalidad de los ingresos que perciben proviene de la actividad médica. Si se tiene en cuenta el estrato 76-99%, el 94% de los médicos reciben su ingreso total de su actividad profesional con exclusividad (Cuadro 5).

Sin embargo, hay diferencias significativas entre el ingreso de varones y mujeres (Cuadro 4, Gráfico 3). El ingreso médico está relacionado al género del respondiente, tanto a nivel nacional como en área CABA+PBA (p-value=0.000). Se detectan diferencias en las medias entre hombres y mujeres con base en la prueba ANOVA (Anexo 3, punto 2.1)¹².

Con base en la prueba Chi2, hay relación entre la cantidad de trabajos y el rango de ingreso promedio a nivel nacional (p-value=0,013) y CABA+PBA (p-value=0.005). En términos teóricos se esperaría una relación positiva entre la cantidad de trabajos y el rango del ingresos, sin embargo, la prueba ANOVA indica que las medias no difieren significativamente (p-value nacional= 0,2268;

11 La prueba ANOVA, calculada para la muestra completa del área CABA+PBA indica que la media de la cantidad de trabajos no difiere significativamente según la edad. La prueba F tiene un nivel de significancia del 0.2879.

12 La conclusión se mantiene aún eliminando las observaciones que podrían considerarse outliers. La prueba Kruskal-Wallis confirma la conclusión (p-value=0.0001)

Cuadro 4
Cantidad de trabajos promedio según edad

	Cantidad de trabajos promedio		Cantidad de respuestas	
	TOTAL	CABA+PBA	TOTAL	CABA+PBA
25-29 años	1,67	1,50	9	4
30-39 años	3,07	3,09	100	82
40-49 años	2,95	2,92	104	85
50-59 años	2,92	2,98	65	58
60-64 años	2,83	2,83	18	18
Más de 64 años	3,29	2,40	7	5
Total	2,947	2,948	303	252

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 6
Porcentaje del ingreso total que proviene de actividad médica

	TOTAL		CABA+PBA	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Menos de 50%	7	2%	7	3%
51 a 75%	11	4%	10	4%
76 a 99%	60	20%	49	20%
100%	222	74%	183	73%
TOTAL	300	100%	249	100%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 5
Rango de ingreso según género

	MUESTRA TOTAL						CABA+PBA					
	Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Menor a \$18.000	39	28%	10	6%	49	16%	33	27%	7	5%	40	16%
Entre \$18.001 y \$30.000	58	41%	32	20%	90	30%	49	40%	22	17%	71	28%
Entre \$30.001 y \$50.000	39	28%	63	39%	102	34%	36	29%	54	42%	90	36%
Entre \$50.001 y \$70.000	1	1%	32	20%	33	11%	1	1%	24	19%	25	10%
Entre \$70.001 y \$100.000	1	1%	14	9%	15	5%	1	1%	11	9%	12	5%
Más de 100.000	3	2%	11	7%	14	5%	3	2%	11	9%	14	6%
TOTAL	141	100%	162	100%	303	100%	123	100%	129	100%	252	100%

Fuente: Elaboración propia

CABA+PBA=0,3348) (Anexo 3, punto 3). Los ingresos parecen concentrarse en los rangos entre \$18.000 y \$50.000 con 2 a 4 trabajos (Gráfico 4).

Una posible explicación es que los profesionales elaboran la estrategia de ingresos combinando las oportunidades laborales de manera de lograr un rango salarial acorde a sus necesidades y expectativas sujeto a restricciones horarias e impositivas.

En la muestra, el 44% de los respondientes combinan relación de dependencia con régimen monotributo o responsable inscripto. (Cuadro 7). Se detecta relación estadísticamente significativa entre la situación impositiva y el rango de ingreso.

Al momento de esta investigación es extendida la opinión de que existe un efecto en las decisiones de cantidad de horas de trabajo en varias profesiones debido al valor del monto no imponible y de escalas del impuesto a las ganancias así como los rangos de la escala del impuesto monotributo. Es usual el rechazo de los profesionales a aumentar la cantidad de horas de trabajo (especialmente guardias) dado que los ubica en una escala de impuesto a las ganancias que resulta en un salario de bolsillo incluso menor al escenario de no haber aceptado la guardia. Es decir, “pagan” a su empleador por trabajar en el caso de aceptar esa nueva guardia. La facturación máxima bajo régimen monotributo (\$ 400.000 anuales) corresponde a un promedio mensual de \$ 33.333. Exceder ese valor obliga a un cambio de régimen (responsable inscripto) que redunde en un mayor costo impositivo y menor ingreso de bolsillo para los profesiones con ingresos cercanos al valor de corte anual. El gráfico 5 parece indicar una evidencia débil en este sentido. Los profesionales que únicamente se encuentran bajo régimen monotributo concentran sus ingresos en menos de \$ 50.000 mensuales. La modalidad más extendida es la combinación relación de dependencia más régimen monotributo, que permite complementar ingresos con menor carga impositiva si se mantienen los niveles en escalas bajas de ambos impuestos.

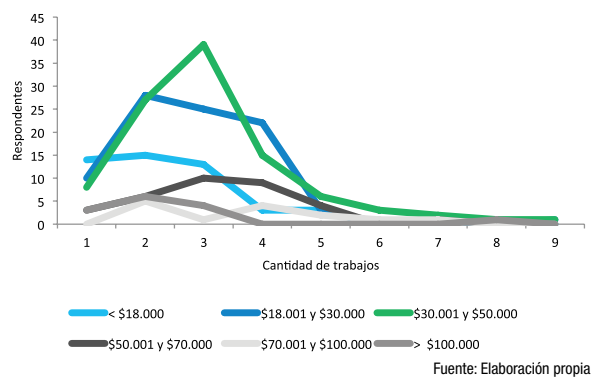
Poco más de la mitad de los respondientes declara trabajar para el sector público y privado a la vez. El 35% trabaja sólo en el sector privado y el 10% sólo en el sector público a nivel nacional (Cuadro 7). Se detecta relación estadísticamente significativa entre el rango de ingreso declarado y el sector de actividad (p-value=0.001) tanto a nivel nacional como en CABA+PBA (p-value=0.005) y los rangos de

ingreso difieren entre los diferentes sectores. (Gráfico 5).

La relación entre la cantidad de trabajos y el sector de actividad es estadísticamente significativa y las medias difieren entre los grupos. Quienes trabajan en sector público y sector privado tienen mayor cantidad de trabajos promedio que quienes lo hacen en un único sector. Quienes trabajan únicamente en el sector privado tienen en promedio más cantidad de trabajos que quienes trabajan sólo en sector público. La variable de ajuste es la cantidad de horas declaradas. (Cuadro 8).

Se detecta relación estadísticamente significativa entre el sector de actividad y la cantidad de total de horas de trabajo declaradas, con medias que difieren entre sí (Anexo 3, punto 6). El 37% de los res-

Gráfico 4
Relación entre la cantidad de trabajos y el rango salarial. Muestra total

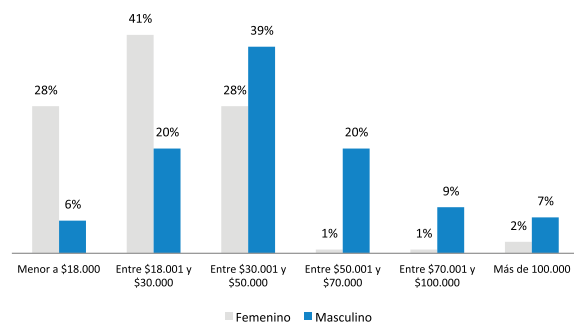


Cuadro 7
Situación impositiva

	Cantidad	%
Sólo Relación de dependencia (RD)	67	22%
Sólo Responsable inscripto (RI)	30	10%
Sólo Monotributo	36	12%
RD+Monotributo	109	36%
RD+RI	23	8%
Combinaciones varias	38	13%
TOTAL	303	100%

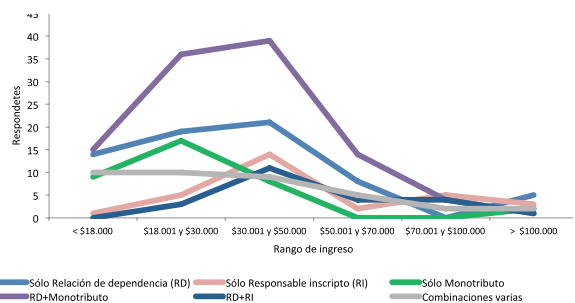
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3
Rango de ingreso total médico según género



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5
Relación entre la situación impositiva y el rango de ingresos



Fuente: Elaboración propia

pondentes declara trabajar entre 48 y 72 horas semanales.

Estadísticamente se detecta relación entre la cantidad de horas trabajadas y el rango de ingreso, sin embargo, las medias entre categorías no son estadísticamente diferentes de acuerdo a los resultados de la prueba ANOVA ($p\text{-value}=0,7819$) y la prueba Kruskal-Wallis ($p\text{-value}=0,7271$).

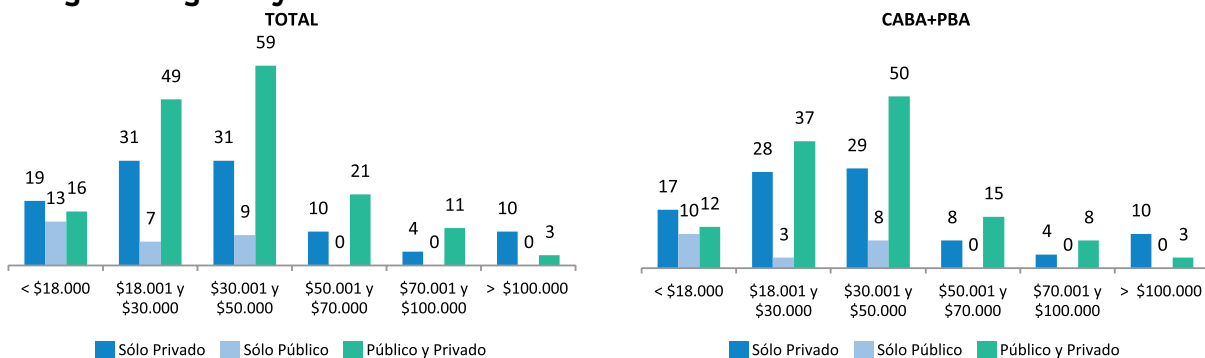
Los respondentes valoran positivamente el ambiente de trabajo, el equipo de trabajo y declaran satisfacción por su trabajo. El 68% se siente muy en desacuerdo o en desacuerdo con la premisa de que "su pago es acorde a la tarea que realiza" y el 59% está de acuerdo o muy de acuerdo en que debería trabajar menos horas por el pago que recibe. (Cuadro 10).

Cuadro 8
Sector de trabajo

	TOTAL	%	CABA+PBA	%
Sólo sector privado	105	35%	96	38%
Sólo sector público	29	10%	21	8%
Sector público y Privado	160	53%	126	50%
Sector Privado y ONG	4	1%	4	2%
Sector Público y ONG	2	1%	2	1%
Público, privado y ONG	3	1%	3	1%
TOTAL	303	100%	252	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6
Rango de ingreso y sector de actividad



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 9
Cantidad de trabajos, horas y sector. Muestra total

	Cantidad de trabajos promedio	Cantidad de horas promedio			TOTAL
		Privadas	Públicas	ONG	
Sólo Privado	2,77	40,79	0	0	40,79
Sólo Público	1,62	0	52,79	0	52,79
Público y Privado	3,29	24,77	32,08	0	56,86
Privado y ONG	2,25	58,75	0	10	68,75
Público y ONG	3	0	18	15,5	33,5
Público, privado y ONG	4,33	26	26,33	3,33	55,66
TOTAL	2,94	28,26	22,34	0,26	50,87

Fuente: Elaboración propia

4. Conclusiones

Los resultados del trabajo empírico confirman la presencia de pluriempleo, tanto en profesionales médicos varones como mujeres, a nivel nacional como en el área CABA+PBA y parece mantenerse independientemente de la edad a nivel nacional.

Una posible explicación es que los médicos jóvenes (25-29 años) aún se encuentran en general en etapas de especialización, hecho que les obliga a tener esquemas de guardias obligatorios y por ende, menores posibilidades de asumir mayor cantidad de trabajos.

Tanto a nivel nacional como en el área CABA+PBA, los hombres tienen mayor cantidad de empleos promedio que las mujeres y el nivel de ingreso médico está asociado al género. Una razón plausible es el proceso de feminización de la fuerza laboral. La mayor participación de la mujer en la fuerza laboral en grupos de edad más jóvenes y la menor cantidad de trabajos promedio de éstas podría explicar un menor ingreso comparativo, sin embargo, el pluriempleo parece mantenerse independiente de la edad por lo que es necesario aumentar el tamaño de muestra y explorar explicaciones de género para la diferencia salarial. La confirmación del fenómeno de feminización de la fuerza laboral, hipótesis no planteada en el trabajo, presenta desafíos para la gestión de recursos humanos en servicios de salud atento a las derivaciones sociológicas y demográficas de este hecho (por ejemplo, la diferencias en la cantidad de días de licencia por maternidad/paternidad, el rol

prevalente de la mujer en el cuidado de los hijos, el retraso en la edad promedio de la madre primeriza, etc).

La composición de la muestra no permite probar la hipótesis de que el mecanismo de pago está correlacionado con las decisiones de: i) oferta de horas de trabajo, ii) inversión en capital humano (especialización), iii) inversión en tecnología médica (adquisición de equipamiento), iv) localización de la oferta de horas de trabajo y v) asociación a otros profesionales médicos, entre otras.

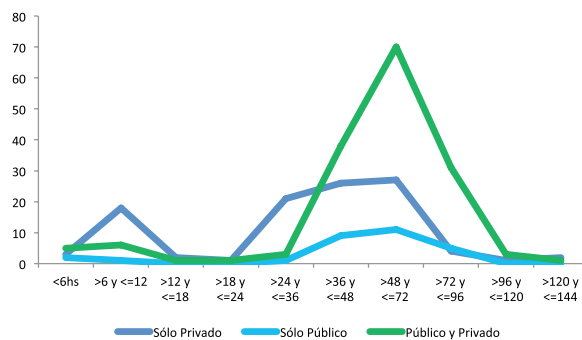
Si es posible establecer una relación significativa entre la cantidad de trabajos y el rango de ingreso (que parecen concentrarse en los rangos entre \$18.000 y \$50.000 con 2 a 4 trabajos) y entre la situación impositiva de los profesionales y el rango de ingreso. No obstante, no es posible probar que a mayor cantidad de trabajos se obtiene un mayor ingreso. Una posible explicación es que los profesionales elaboran la estrategia de ingresos combinando las oportunidades laborales de manera de lograr un rango salarial acorde a sus necesidades y expectativas sujeto a restricciones horarias e impositivas. El efecto impositivo del impuesto a las ganancias y las escalas del impuesto monotributo sobre la cantidad de horas de trabajo parece tener efecto estadístico.

La relación entre la cantidad de trabajos y el sector de actividad es estadísticamente significativa y las medias difieren entre los grupos.

Quienes trabajan en sector público y sector privado tienen mayor cantidad de trabajos promedio que quienes lo hacen en un único sector. Quienes trabajan únicamente en el sector privado tienen en promedio más cantidad de trabajos que quienes trabajan sólo en sector público. La variable de ajuste es la cantidad de horas declaradas.

La composición de la muestra no permite analizar diferencias entre especialidades por lo que la hipótesis iii) no puede ser testeada. Es

Gráfico 7
Horas de trabajo según sector



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 10

Horas de trabajo según sector

	<6hs	>6 y <=12	>12 y <=18	>18 y <=24	>24 y <=36	>36 y <=48	>48 y <=72	>72 y <=96	>96 y <=120	>120 y <=144	TOTAL
Sólo Privado	3	18	2	1	21	26	27	4	1	2	105
Sólo Público	2	1	0	0	1	9	11	5	0	0	29
Público y Privado	5	6	1	1	3	38	70	31	3	1	159
Privado y ONG	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	4
Público y ONG	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Público, privado y ONG	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
TOTAL	10	26	4	2	25	74	113	40	4	4	302
	3%	9%	1%	1%	8%	25%	37%	13%	1%	1%	100%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 11

Valoración del trabajo principal

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo	No se	☹️	😊	☺️
El ambiente de trabajo es confortable y limpio	28	51	26	104	91	3	26%	9%	64%
Siento que mi pago es acorde a la tarea que realizo	91	116	20	49	21	6	68%	7%	23%
Siempre tengo los insumos básicos que necesito	44	64	33	98	59	5	36%	11%	52%
Confío en la capacidad profesional del equipo de trabajo a mi alrededor	8	24	30	149	89	3	11%	10%	79%
Tengo posibilidades de crecimiento profesional	28	55	50	105	57	8	27%	17%	53%
Me siento satisfecho con el trabajo que hago en este lugar	12	40	30	142	75	4	17%	10%	72%
Me siento protegido y no sufro agresiones de pacientes/familiares	48	69	42	91	48	5	39%	14%	46%
Los turnos de trabajo tienen la duración adecuada	43	63	41	107	38	11	35%	14%	48%
Se me asignan demasiados pacientes para el tiempo de trabajo de atención	27	60	80	72	37	27	29%	26%	36%
De acuerdo al pago que recibo, debería cumplir menos horas de trabajo	16	39	51	89	90	18	18%	17%	59%
Mi trabajo exige una actualización permanente	2	3	10	71	210	7	2%	3%	93%

Fuente: Elaboración propia

esperable que en tamaños de muestra robustos a consideraciones intra e inter-especialidad se detecten diferencias salariales asociadas a diferentes modalidades de contratación.

Finalmente el tamaño de muestra no permite analizar el efecto de la generación "millennial", una de cuyas características principales es la alta valoración positiva por el ocio, en la cantidad de horas de trabajo y cantidad de trabajos promedio. Otra de las posibles líneas de investiga-

ción es la creciente participación en la fuerza laboral de la generación "millennial" en la gestión de servicios de salud.

Las conclusiones y posibles futuras líneas de investigación a partir de los resultados obtenidos contribuyen a generar insumos para la planificación de los recursos humanos en salud, la definición de políticas públicas sanitarias y avanzar hacia la provisión de acceso universal y equitativo al sistema de salud.

Bibliografía

- ALVAREZ, Begoña, Laura Pellisé y Félix Lobo, *Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE*, Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.
- BARNUM, Howard, Joseph Kutzin, Helen Saxenian, Incentives and Provider Payment Methods, Human Resources Development and Operations Policy, HRO Working Paper, HROWP 51, March 1995.
- BARRO, Jason R. y Nancy Dean Beaulieu, Selection and Improvement: Physician Responses to Financial Incentives, NBER, September 2003.
- CIIS, Los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) para ajustar los mecanismos de pago a los proveedores de los sistemas de salud, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, CISS/WP/0512, Noviembre 2005.
- CROMWELL, J., Trisolini, M. G., Pope, G. C., Mitchell, J. B., and Greenwald, L. M., Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches, RTI Press publication, 2011.
- DGEYEL, Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud, Sobre datos de EPH y SIPA, Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Septiembre 2014.
- DEVLIN, Rose Anne and Sisira Sarma, Do Physician Remuneration Schemes Matter? The Case of Canadian Family Physicians, Journal of Health Economics, 06/2008;27(5):1168-81.
- EISENHARDT, Kathleen, Agency Theory: An Assessment and Review, The Academy of Management Review, Vol. 14, No 1, January 1989, pp. 57-74.
- ELJKENAAR, Frank, Key issues in the design of pay for performance programs, The European Journal of Health Economics, Health Economics in Prevention and Care, 2011. <http://link.springer.com/article/10.1007/S10198-011-0347-6/fulltext.html>
- ELLIS, Randall P. y Thomas G. McGuire, Provider Behavior under Prospective Reimbursement, Cost Sharing and Supply, Journal of Health Economics 5, 1986, pp. 129-151.
- ENCINOSA III, William E., Martin Gaynor, James B. Rebitzer, The sociology of groups and the economics of incentives: Theory and evidence on compensation systems, Journal of Economics Behavior & Organization, Vol. 62, 2007, pp. 187-214.
- FERRALL, Christopher, Allan W. Gregory, William G. Tholl, Endogenous work hours and practice patterns of Canadian physicians, The Canadian Journal of Economics, Volume 31, Issue 1, February 1998, pp.1-27.
- FICHERA, Eleonora, Hugh Gravelle, Mario Pezzino, Matt Sutton, Specification of financial incentives for quality in health care contracts, Economics Discussion Paper Series EDP-1218, School of Social Sciences, The University of Manchester, September 2012.
- FLYNN, Kathryn E., Maureen A. Smith y Margaret K. Davis, From Physician to Consumer: The Effectiveness of Strategies to Manage Health Care Utilization, Med Care Res Rev. 2002 December ; 59(4): 455-481.
- FORTIN, Bernard, Nicolas Jacquemet, Bruce Shearer, Compensation, Incentives and the Practice Patterns of Physicians: Theory and Evidence from Microdata, December 2005, mimeo.
- GAYNOR, Martin y Tami Mark, Physician Contracting with Health Plans: A Survey of the Literature, June 2, 1999.
- GAURI, Varun, Are Incentives Everything? Payment Mechanisms for Health Care Providers in Developing Countries, Development Research Group, The World Bank, 2001.
- GÉRVAS, Juan, Mercedes Pérez Fernández y Roberto Sánchez, ¿Cómo responden los médicos de cabecera a los problemas clínicos diarios en países europeos con pago por capitación y lista de pacientes?, en La Renovación de la Atención Primaria desde la consulta, Capítulo 5, Josep Casajuana y Juan Gervas directores, Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Director Vicente Ortún, CRES-UPF, Springer Healthcare, 2012.
- GOSDEN, T., L. PEDERSEN y D. TORGERSON, How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior, Q J Med 1999; 92:47-55
- GOSDEN, T., F. Forland, I. Kristinasen, M. Sutton, B. Leese, A. Giuffrida, M. Sergison, L. Pedersen, Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behavior of primary care physicians (review), The Cochrane Collaboration, 2011.
- GRIGNON, Michel, Valérie Paris, Dominique Polton, Agnès Couffignal y Bertrand Pierrard, Influence of Physician Payment Methods on the Efficiency of the Health Care System, Discussion Paper No 35, Commission on the Future of Health Care in Canada, CREDES, Paris, France, November 2002.
- GROSSMAN, Sanford J. y Oliver D. Hart, An Analysis of the Principal-Agent Problem, Econometrica, Volumen 51, Issue 1, January 1983, pp. 7-46.
- HART, Oliver y Jean Tirole, Vertical Integration and Market Foreclosure, MIT-CEPR 90-010WP, April 1990.
- HART, Oliver, Norms and the Theory of the Firm, Harvard Law School John M. Olin Center for Law, Economics and Business Discussion Paper Series, Paper 326, 2001. http://lsr.nelco.org/harvard_olin/326
- HICKS, Vern and Orvill Adams, Pay and Non-pay incentives, performance and motivation, prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, World Health Organization, Geneva, December 2001.
- HOLMSTROM, Bengt y Paul Milgrom, Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership and Job Design, HeinOnline -- 7 J. L. Econ. & Org. 24, Oxford University Press, 1991.
- KIM, Jongwook y Joseph T. Mahoney, Property Rights Theory, Transaction Costs Theory and Agency Theory: An Organizational Economics Approach to Strategic Management, Managerial and Decision Economics, Vol. 26, pp. 223-242, 2005.
- LAGARDE, Mylene, Timothy Powell-Jackson y Duane Blaauw, Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal coverage. Technical Report. Global Symposium on Health Systems Research, Montreux, Switzerland, November 2010.
- LISCHKO, Amy, Physician Payment Reform: a review and update of the models, Tufts University School of Medicine, mimeo.
- MA, Albert Ching-To, Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives, Journal of Economics & Management Strategy, Volume 3, Number 1, Spring 1994, pp. 93-112.
- MA, Albert Ching-To, Thomas G. McGuire, Network Incentives in Managed Health Care, Journal of Economics & Management Strategy, Volume 11, Number 1, Spring 2002, pp. 1-35.
- MACEIRA, Daniel, Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries, Major Applied Research 2, Working Paper 2. Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., August 1998.
- MACEIRA, Daniel, Cecilia Poblete, Estructura de Mercado y Mecanismos de Pago en Salud: Experiencias en la Provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999, Septiembre 2003, mimeo.
- MACEIRA, Daniel, Contratos, Monopolios e Incentivos en Salud: Experiencias del Sur Argentino, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Abril 2006.
- MILLER, Grant, Kimberly Singer Babiarz, Pay-For-Performance Incentives In Low-And Middle-Income Country Health Programs, Working Paper 18932, National Bureau Of Economic Research, Cambridge, April 2013.
- OGGIER, Guillermo R., Modelos de contratación y pago en salud: ¿integración vertical o tercerización de servicios?, Primera Edición, Buenos Aires, Fundación Sanatorio Güemes, 2012.
- ORTÚN, Vicente, Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez, Determinantes de las retribuciones médicas, Med Clin (Barc). 2008;131(5):180-3.
- PUIG-JUNOY, JAUME, Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué, 2001, mimeo.
- RESCHOVSKY, James, Jack Hadley y Bruce Landon, Effects of Compensation Methods and Physician Group Structure on Physicians' Perceived Incentives to Alter Services to Patients, R: Health Services Research 41:4, Part 1, August 2006.
- ROBINSON, James C., Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives, The Milbank Quarterly, Vol. 79, No. 2, 2001.
- RODRIGUEZ ALVAREZ, ANA, Eficiencia de los Hospitales Públicos en España: Modelos de Comportamiento y Evidencia Empírica, ICE, Economía de la Salud, Número 804, Enero-Febrero 2003, pp. 41-55.
- SEIBER, Eric E., *Physician Code Creep: Evidence in Medicaid and State Employee Health Insurance Billing*, Health Care Financing Review/Summer 2007/Volume 28, Number 4.
- SORBERO, Melony E.S., Cheryl L. Damberg, Rebecca Shaw, Stephanie Teleki, Susan Lovejoy, Alison Decristofaro, Jake Dembosky, Cynthia Schuster, Assessment of Pay-for-Performance Options for Medicare Physician Services: Final Report, Rand Health Working Paper, WR-391-ASPE, Mayo 2006.
- TOBAR, Federico, Nicolás Rosenfeld y Armando Reale, Modelos de pago en servicios de Salud, Cuadernos Médicos Sociales N° 74, 1998.