

**Análisis del modelo de productividad del servicio de oncología clínica del Instituto Nacional
de Cancerología de Colombia**

Diany Yolima Rincón Pérez

Néstor Alfonso Ávila Daza

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas

Especialización en Gestión Pública

Bogotá D.C., 2019

**Análisis del modelo de productividad del servicio de oncología clínica del Instituto Nacional
de Cancerología de Colombia**

Diany Yolima Rincón Pérez

Néstor Alfonso Ávila Daza

Monografía para optar al título de Especialista en Gestión Pública

Nathaly Gómez Gómez

Directora Proyecto Monografía

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas

Especialización en Gestión Pública

Bogotá D.C., 2019

Dedicatoria

A nuestro hijo Juan Sebastián por su energía, entusiasmo, paciencia y comprensión.

A nuestros padres por su apoyo permanente, por su tenacidad y ayuda incondicional.

A los Docentes y personas que contribuyeron a largo de nuestra formación académica y profesional por sus valiosos aportes.

A Dios por la bendición de estar unidos y permitirnos cumplir las metas propuestas.

Agradecimientos

Presentamos nuestros agradecimientos a los funcionarios del Instituto Nacional de Cancerología INC, en especial al Doctor Juan José Pérez Acevedo – Subdirector Administrativo y Financiero del INC, por la creación e implementación de los modelos de productividad analizados en este proyecto; a nuestra Directora de Proyecto, Nathaly Gómez, por su constante retroalimentación, guía y valiosos aportes, en la búsqueda de la culminación exitosa de este documento.

Resumen

Debido a que de la detección temprana del cáncer depende en gran parte la supervivencia de los pacientes, es indispensable analizar el modelo de productividad del servicio de oncología clínica del INC implementado durante las vigencias 2010 a 2019. Para ello resulta importante revisar las variables y proponer ajustes que permitan su mejora continua y redunden en la satisfacción de los médicos oncólogos en términos de remuneración, así como en la atención integral de los pacientes del INC.

En síntesis, las propuestas plasmadas en el presente documento pretenden que: las proyecciones presupuestales del modelo no se desborden; se tenga mayor asistencia por parte del personal médico; reglas del juego claras a fin de evitar descuentos indeseados a la Asociación de Médicos; optimización de la liquidación de la producción adicional.

Palabras Claves: modelo de productividad, remuneración médicos, oportunidad de atención, producción adicional.

Abstract

Because the survival of patients depends on the early detection of cancer, it is essential to analyze the productivity model of the clinical oncology service of the INC implemented during the 2010-2019 period. For this it is important to review the variables and propose adjustments that allow its continuous improvement and result in the satisfaction of medical oncologists in terms of remuneration, as well as in the comprehensive care of INC patients.

In summary, the proposals embodied in this document claim that: the budget projections of the model do not overflow; there is more assistance from medical staff; clear rules of the game in order to avoid unwanted discounts to the Medical Association; optimization of the settlement of additional production.

Keywords: productivity model, medical compensation, care opportunity, additional production.

Tabla de contenido

Introducción	10
1. Planteamiento del problema	13
2. Justificación	15
3. Objetivos	16
3.1. Objetivo General	16
3.2. Objetivos Específicos	16
4. Marco conceptual y teórico	17
4.1. Marco conceptual	17
4.2. Marco Legal.....	21
5. Modelo de Productividad Servicio de Oncología Clínica INC	27
5.1. Origen del Modelo	27
5.2 Análisis de la situación actual	33
5.3 Identificación de puntos críticos.....	38
5.3.1. Técnica Árbol de Problemas.	38
5.3.2. Matriz DOFA.....	38
5.4 Propuesta de ajustes al modelo de productividad.....	41
Conclusiones	44
Referencias Bibliográficas	45

Lista de tablas

Tabla 1	35
Tabla 2	35
Tabla 3	37
Tabla 4	42

Lista de figuras

Figura 1. Diseño de la investigación Modelo de Productividad	26
Figura 2.Consulta Primera Vez Oncología Clínica INC.	29
Figura 3. Oportunidad Consulta de Control Oncología Clínica INC.....	30
Figura 4. Actividades del modelo de Oncología Clínica	30
Figura 5. Remuneración promedio mensual Modelos de Productividad INC.....	31
Figura 6. Facturación por servicios con modelos de productividad 2010 - 2017.....	32
Figura 7. Ejecución Presupuestal 2011 – 2018 Modelos Productividad INC	33
Figura 8. Árbol de problemas	38

Introducción

El sistema de salud colombiano actualmente tiene grandes desafíos en cuanto a cobertura, oportunidad, calidad en la atención y acceso para la población vulnerable. Al no ser un tema exclusivamente técnico del sector salud, hoy día se deben contemplar otras problemáticas como el poder político y la desarticulación de las redes prestadoras de servicios de salud. Aunado a lo anterior, es menester de este sector realizar procesos articulados con las políticas internacionales adoptadas por Colombia, en cumplimiento de los procesos de globalización y los desafíos de los objetivos de desarrollo sostenible. (Yepes y Marin, 2018, 15 de junio).

Bajo este panorama la población colombiana ha tenido que asumir las graves consecuencias en los servicios de salud pública. El acceso oportuno a los servicios de salud por parte de los pacientes que requieren la asistencia médica en Colombia no se encuentra garantizada, entre otras razones por falta de capacidad disponible en las Entidades Prestadoras de los Servicios de Salud. (González, 2012).

A su vez los especialistas en salud se ven obligados a trabajar en varias Instituciones de Prestadores de Servicios de Salud, para obtener una remuneración adecuada a sus aspiraciones, formación académica y experiencia laboral, trayendo como consecuencia mala calidad en el servicio y demoras en los diagnósticos y tratamientos de los pacientes, lo que eleva los costos del sistema debido a que toma el carácter correctivo y no de prevención.

Ahora bien, en cuanto a la atención específica de los pacientes diagnosticados con cáncer se encuentra que es posible reducir su mortalidad cuando se realiza en forma temprana, mostrando mejoras considerables en la calidad de vida de las personas. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Teniendo en cuenta que el Instituto Nacional de Cancerología - INC - es la entidad pública en Colombia, encargada de desarrollar las políticas públicas sobre el cáncer, actuando como centro de investigación y hospital especializado en servicios de oncología, surge la necesidad de analizar y plantear acciones de mejora al *“modelo de productividad del servicio de oncología clínica del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia”*, que permita atención oportuna, rápida y eficaz de los pacientes que acuden a sus instalaciones en busca de diagnóstico y tratamiento, y posible éxito curativo según el caso. (Instituto Nacional de Cancerología, 2008).

En este sentido, resulta de gran importancia comprender la razón de ser del INC. Como reseña histórica el instituto tiene sus orígenes desde el año 1934, siendo el primer hospital de esta especialidad dentro de los países de América Latina. Con posterioridad, en la vigencia 1951 se convirtió en una entidad adscrita al Ministerio de Salud. Como hecho relevante se encuentra que en 1972 se creó el grupo de quimioterapia, y con ello el Programa Nacional para el Control de Cáncer, cumpliendo así con las funciones encomendadas a esta Institución, como son la investigación del cáncer, servicios de diagnóstico y tratamiento, y apoyo a la docencia. (Instituto Nacional de Cancerología, 2019). Conforme lo establece la Ley 100 de 1993, el Instituto tiene como objetivo principal “asesorar y asistir al Ministerio de la Protección Social, a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el área oncológica que lo requieran y a las demás que se le determinen en el orden nacional y territorial, en el diseño, formulación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos de investigación, docencia, vigilancia epidemiológica, prevención y atención de las enfermedades neoplásicas y relacionadas”.

El Instituto consideró el diseño de modelos de productividad que permitieran mejorar la oportunidad en la prestación de los servicios a los pacientes, y a su vez incrementaran la oferta de servicios especializados en Oncología, retribuyendo así a los especialistas, que se benefician con

mayores ingresos en armonía con los ingresos establecidos en el mercado. Dichos modelos de productividad surgieron ante la masiva renuncia en el año 2009 por parte de los médicos especialistas oncólogos, quienes argumentaban la baja remuneración por los servicios prestados en comparación con el sector privado.

Ahora bien, el servicio de oncología clínica es el encargado de evaluar los pacientes con patologías neoplásicas (tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los tumores malignos o cáncer) que requieran terapias asociadas a la quimioterapia con medicamentos biológicos. Encaminados a mejorar las tasas de respuestas al administrar medicamentos y su posterior manejo quirúrgico para mejorar la supervivencia y manejo de la enfermedad metastásica.

Los médicos Oncólogos, son quienes utilizan los fármacos antineoplásicos, es decir, la quimioterapia y la inmunoterapia. Entre las actividades más comunes en las que participan son las consultas, controles, interconsultas, juntas médicas, evoluciones de pacientes y soporte a hospital día (administración de quimioterapia). El INC cuenta con 7 médicos Oncólogos de planta.

Así las cosas, mediante el presente análisis se focalizará en la implementación del modelo de productividad del servicio de oncología clínica, desde la vigencia 2010 hasta su evolución a la vigencia 2019. A partir del enunciado análisis se generarán propuestas encaminadas al mejoramiento del modelo, debido a las circunstancias actuales.

1. Planteamiento del problema

El cáncer es una enfermedad catalogada como de Alto Costo, conforme lo establecido en la Resolución No. 3974 de 2009, expedida por el Ministerio de Protección Social. Dependiendo de los estadios de la enfermedad, la posibilidad del aumento de los costos relacionados con su tratamiento puede ser alta. Por ejemplo, el tratamiento del cáncer de mama aumenta considerablemente en el estado metastásico, principalmente debido a la quimioterapia a la cual se deben someter los pacientes. (Instituto Nacional de Cancerología, 2016)

En razón a lo anterior, la atención de pacientes con diagnóstico de cáncer en Colombia genera demasiados costos debido a que los pacientes llegan a las instituciones prestadores de salud (IPS) con la enfermedad en estado avanzado, ya que muchos de ellos provienen de lugares apartados de la geografía colombiana. Al generarse este hecho, se satura la ocupación de la capacidad instalada hospitalaria y esto se traduce en inoportunidad de la atención a los pacientes que solicitan la prestación de los servicios. (Instituto Nacional de Cancerología, 2017).

Para poder ser atendido en el Instituto se necesita tener confirmado el diagnóstico de cáncer o por lo menos tener una sospecha sólida. Esta etapa diagnóstica previa le corresponde al asegurador de salud y puede demorarse de 3 a 6 meses. Adicionalmente se debe generar un proceso administrativo de autorización de los servicios a realizar en el instituto y el tiempo de espera en la atención de la cita de primera vez, lo que puede sumar otros 3 meses.

Por otra parte, si bien el Instituto contribuye de manera fundamental a la formación de los profesionales médicos especializados en cáncer, la oferta es insuficiente ante la creciente demanda, habiendo insuficiencia en varias subespecialidades. Lo anterior se ha acompañado de un aumento inusitado en la oferta de servicios en oncología clínica, especialmente a nivel privado. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI, 2019).

Otro factor importante para tener en cuenta es que a nivel poblacional el país se encuentra en una transición epidemiológica con incremento en la esperanza de vida y aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes y la hipertensión arterial. Si bien se ha presentado una reducción en las tasas de mortalidad de algunos tipos de cáncer (cáncer gástrico, cáncer de cuello uterino), el número de casos global ha ido en aumento y se prevé un crecimiento en los próximos 20 años, lo cual implica un reto en términos de salud pública y de la prestación de servicios. (The Lancet Oncology Comisión, 2013).

La demanda creciente de servicios sumada a la escasez de especialistas y la dificultad para retenerlos en el sector público implican un riesgo relevante no solo para el INC como IPS sino también para el sistema, dado el papel estratégico y regulador del sistema que tienen los institutos nacionales de cáncer en el mundo. Situación que corroboran las cifras reportadas por Globocan (*Global Cancer Observatory*), que señalan hay cerca de 90.000 nuevos diagnósticos anuales. Por su parte, la CAC (Cuenta de Alto Costo) señala que cada oncólogo debería recibir 360 pacientes nuevos para cubrir la totalidad de la atención. (Fernández, 2019).

Actualmente, el tiempo promedio de atención de los pacientes que acuden por primera vez con el objeto de tomar los servicios de Oncología Clínica del INC es de 8.37 días. Las especialidades con mayor número de pacientes corresponden a Oncología Clínica, Gastroenterología y Radioterapia. (Instituto Nacional de Cancerología, 2019).

Con base en lo anteriormente expuesto y con el fin de mejorar la oportunidad en la prestación de servicios asistenciales de algunas especialidades clave para la atención de pacientes con cáncer, y a su vez mantener, motivar y atraer el talento humano de médicos especialistas, el INC formuló e implementó un modelo de productividad, desde el año 2009. Dicho modelo consiste en remunerar a los médicos de acuerdo con la producción adicional que generen en sus servicios

tomando como punto de referencia los estándares de la carga normal de trabajo y las prestaciones de servicio definidas para cuantificar dicha producción.

Esta estrategia ha traído mejoras en la prestación del servicio y motivación de los especialistas, pero ha generado que se incremente la producción y con esto las proyecciones presupuestales de los contratos han sido insuficientes, razón por la cual se ha tenido que hacer adiciones presupuestales para cumplir con los compromisos adquiridos dentro de la vigencia.

Adicionalmente, los términos establecidos en el contrato que se suscribe con la Asociación de Médicos presentan inconsistencias en lo referente a las reglas de la forma de pago, en razón a que se generan descuentos por incumplimiento a los términos, situación que genera insatisfacción en el personal médico, y por tanto, se requiere precisar con mayor claridad las reglas del modelo.

No obstante, por lo anterior surge el interrogante ¿Cómo ha sido la implementación del modelo de productividad del servicio de oncología clínica del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia desde el año 2010 hasta 2019?

2. Justificación

El modelo de productividad implementado ha reducido el tiempo de atención de los pacientes que acuden al servicio de oncología del INC, generando mejoramiento en la atención, percepción del usuario, diagnósticos oportunos y tratamientos eficaces. De tal manera que la gestión pública del INC ha tenido un impacto determinante para la población atendida y los servidores públicos.

Ya que efectuaron modificaciones en la remuneración salarial de algunos de los médicos especialistas que laboran en el INC, situación que ha promovido incrementos en la producción, es decir, aumento en las horas de capacidad instalada por médico especialista en el servicio, y

hasta obtención de exclusividad laboral para el instituto. A su vez, los pacientes se han beneficiado de consultas en las cuales el especialista dispone de mayor tiempo para efectuar seguimiento a sus tratamientos, así como de labores de investigación y apoyo a la docencia que redundan en diagnósticos y tratamientos más puntuales y acertados. De esta manera, los pacientes obtienen beneficios como atención oportuna, detección temprana de la enfermedad y disminución del riesgo de complicaciones por detección tardía.

El modelo plantea el cumplimiento de indicadores asistenciales, con el fin de monitorear la eficiencia en la oportunidad del servicio prestado a los pacientes que se acercan al Instituto con el fin de recibir sus servicios. Igualmente, se generan incentivos que propenden por el mejoramiento continuo de los servicios del Instituto en términos de calidad.

En síntesis, la presente monografía pretende determinar cómo ha sido la implementación del modelo de productividad del servicio de oncología clínica del INC, en el período comprendido entre las vigencias 2010 y 2019, así como identificar oportunidades de mejora.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Analizar cómo ha sido la implementación del modelo de productividad del servicio de oncología clínica del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia en el período del 2010 a 2019.

3.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características y variables contempladas en el modelo de productividad objeto de análisis e implementado por el Instituto.

- Establecer las debilidades y amenazas que ha presentado la implementación del modelo de productividad del servicio de oncología clínica del INC y su funcionamiento, por el período comprendido entre los años 2010 y 2019.
- Proponer alternativas de mejoramiento al modelo de productividad analizado.

4. Marco conceptual y teórico

El presente trabajo de investigación se encuentra centrado en el INC y el modelo de productividad del servicio de oncología clínica del INC de Colombia.

4.1. Marco conceptual

A continuación, se presentan los principales temas relacionados con la problemática planteada.

PRODUCTIVIDAD

La productividad se puede definir como “la forma de utilización de los factores de producción en la generación de bienes y servicios para la sociedad”, busca mejorar la eficiencia y la eficacia con que son utilizados los recursos. La productividad es un objetivo estratégico de las empresas, debido a que sin ella los productos o servicios no alcanzan los niveles de competitividad necesarios en el mundo globalizado. (Medina Fernández de Soto, 2010).

El Modelo Integral de Productividad, parte de la evaluación de los segmentos estratégicos y de las propuestas de valor con los que la empresa participa en cada segmento, para definir si estos son los adecuados o reorientarlos, en caso de ser necesario. De esta manera se concibe la productividad desde la estrategia, buscando los mejores niveles de desempeño en el mercado, para permitir que toda la empresa trabaje en la consecución de objetivos empresariales, encadenando para ello todos sus procesos.

El Modelo Integral determina el nivel de operación óptimo de la empresa, para visualizar los recursos sobrantes o faltantes y tomar acciones para su consecución o para su óptima utilización.

Por último, busca la optimización de todos los procesos empresariales mediante una metodología de diagnóstico, buscando así la excelencia. (Medina Fernández de Soto, 2010).

El sector salud no puede ser ajeno a la productividad, por tanto, resulta clave evaluar la forma en que los trabajadores generan valor a la organización, reflejando así eficiencia y competitividad, sin dejar de lado la función esencial de los funcionarios, según sus actividades dentro de la organización; por ejemplo, un médico tiene la misión de generar valor para el paciente y para la organización. (Gastelumendi, 2018).

Siendo así, el modelo integral de productividad en una institución de salud puede mezclar variables de calidad y producción para generar mecanismos de pagos al personal asistencial, trayendo muchos beneficios para la población atendida. (Castaño Yepes, 2014)

MECANISMOS DE PAGO A LOS MÉDICOS

En la mayoría de los países los temas de salud son objeto de atención especial, en pro de lograr la prestación de servicios eficientes y de alta calidad. En consecuencia, es imperante la necesidad de lograr la congruencia de la totalidad de los elementos que se requieren para lograrlo, entre estos, recursos financieros, administrativos y recurso humano. De allí la importancia que adquiere uno de estos elementos, el factor humano, y específicamente la remuneración del personal médico. (Nigenda, 2008).

A nivel latinoamericano se evidencia que, en países como Argentina, Chile y Colombia, se utilizan sistemas de pago asociados al servicio médico en la atención ambulatoria y hospitalaria; aunque en Colombia las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS presentan

tendencia por la contratación mediante salario o contratos de prestación de servicios. (Álvarez, Pellisé y Lobo, 2000)

En el contexto que el prestador de servicios de salud se relaciona con el médico a través de un mecanismo de pago, se encuentra que históricamente esta relación se ha formalizado mediante un contrato directo o a través de la asociación de un grupo de médicos, quienes a su vez distribuyen al interior los ingresos percibidos.

Actualmente, los mecanismos de pago a los médicos son objeto de análisis y estudio por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Debido a lo anterior, tales estudios se focalizan en temas como: pagos por salarios, pagos por servicios, pago por desempeño, combinaciones de mecanismos de pago a los médicos y la tercerización.

En lo referente a los pagos por salarios, es importante señalar que corresponde a la modalidad tradicional, que consiste en un pago fijo a los profesionales en medicina sin importar su productividad. Presenta ventajas en el sentido de aislar al médico de conflicto de intereses, pues su remuneración se mantiene por lo cual no se ve permeado por otros factores como inducción a la demanda de servicios innecesarios para el paciente; además, se cumple con las expectativas de los profesionales relacionados con las condiciones laborales, que permiten lograr estabilidad, jubilación y cumplimiento de metas de índole personal.

Ahora bien, la principal desventaja que presenta este mecanismo es que los profesionales no ven aumento en su ingreso ante un mayor esfuerzo adicional de productividad. En consecuencia, los esfuerzos se reducen y es probable que transfiera en la calidad del servicio hacia los pacientes. Por ejemplo, puede generar que en las consultas médicas se remitan pacientes a otros

servicios no necesarios en condiciones normales o formular mayor número de medicamentos o hacer uso indiscriminado de herramientas diagnósticas.

Por su parte, el pago por servicios se basa en esquemas tarifarios o precios determinados con escalas en unidades de valor relativo (UVR), las cuales se establecen por el nivel de esfuerzo, los costos de la actividad y los costos de la formación del especialista.

La principal ventaja de este mecanismo es que el médico aumenta su producción, generando aumento de la facturación; es ideal para actividades de promoción y prevención. Pero como desventajas, puede traer una inducción de la demanda innecesaria de servicios, la preferencia de aquellos servicios que generen mayor ingreso al especialista y puede disminuir el tiempo dedicación a otras actividades como docencia, investigación y labores administrativas, debido al convertirse en actividades no rentables.

Igualmente, el pago por desempeño es un mecanismo complementario al pago por salarios y se establece con base en el cumplimiento de indicadores asistenciales y administrativos. Es útil para buscar incentivar aspectos de la estructura o de los procesos, de los cuales se espera que tengan un efecto en los resultados clínicos o resultados financieros. Un ejemplo puede ser la rotación de giro cama más rápido en la cual el paciente se beneficia, asociado a una mejora en la práctica de un protocolo que genera una eficiencia en costo de hospitalización.

Como desventaja este modelo puede inducir al médico a exagerar el énfasis en los indicadores que tienen incentivo monetario en detrimento de aquellos que no los tengan.

También puede suceder que el pago por desempeño dependa del esfuerzo de un equipo y no un médico individual, por lo tanto, se crea un problema de repartición del incentivo dependiendo del nivel de esfuerzo de cada miembro del equipo.

Así mismo, las combinaciones de pago a los médicos son mezclas de los mecanismos revisados anteriormente en donde se amortiguan las ventajas y desventajas para articularlas con estrategias y reglas que permitan alcanzar los objetivos del incentivo establecido.

En estos mecanismos se busca incrementar la producción, pero evitar la inducción de la demanda con estrategias como los techos presupuestales o las franjas establecidas para la liquidación del Pago.

Por último, la tercerización es un mecanismo muy utilizado cuando la IPS permite el privilegio de utilizar las instalaciones, equipos y personal de apoyo al médico a cambio de traer pacientes al hospital, y busca que se facture específicamente el tema de honorarios, mientras la IPS factura los demás servicios como insumos, medicamentos, hospitalización, etc.

Como desventaja el médico no es empleado por tanto no se cuenta con herramientas de control del personal, puede existir bajo compromiso laboral y descontento por la forma de contratación. (Castaño Yepes, 2014).

4.2. Marco Legal

En este aspecto, el punto central es la definición del marco de contratación para la producción adicional no cubierta por la oferta de planta institucional. De acuerdo con el art. 49 de la Constitución Política Nacional y las normas recientes, la salud es un derecho fundamental cargo del Estado. En este marco, la obligatoriedad del cumplimiento del objeto misional no es excusable por situaciones de oferta y demanda, de limitaciones de la planta de personal o por niveles de remuneración; máxime cuando el máximo tribunal constitucional ha manifestado en diferentes pronunciamientos que los problemas administrativos no pueden trasladarse a los pacientes ni constituir forma de excusa ante el inminente riesgo que afrontan las personas

afectadas con enfermedades catastróficas y la prohibición de interrumpir el tratamiento (Sentencias de la Corte Constitucional T-760/2008; T-354/2011; T700/2011 y T-856).

De acuerdo con la Constitución Política, los empleos públicos tienen detalladas sus funciones en la ley y el reglamento; el ordenamiento jurídico establece como regla general que los empleos son de carrera, salvo aquellos de elección popular, los de libre nombramiento y remoción, los de trabajadores oficiales y los demás que determine la ley. La Ley 909 de 2004, que regula lo concerniente al empleo público, determina los principios en que se ejerce la función pública teniendo en cuenta los principios constitucionales de igualdad, mérito, moralidad, eficacia, economía, imparcialidad, transparencia, celeridad y publicidad.

Recientes pronunciamientos de la Corte Constitucional (C-614 de 2009 y C-171 de 2012) determinan que los cargos misionales de carácter permanente deben estar contemplados en la planta de personal de las citadas entidades estatales, sin perjuicio de que algunos asuntos puedan ser desarrollados de forma tercerizada en la forma dispuesta por el artículo 59 de la ley 1438 de 2011 y bajo la interpretación de la citada jurisprudencia.

La producción adicional constituye una modalidad específica que puede ser contratada con un esquema externo (contratación con una persona jurídica), que permita que el personal especializado atienda la mayor demanda de servicios de salud que se presenta y que no es posible atender con el recurso existente, dado que, como se explicó anteriormente, es el esquema que implica mayores beneficios y menores riesgos jurídicos y permitiría que especialistas propios o externos concurren sin dificultad jurídica a atender la producción adicional generada para la atención integral, eficiente, oportuna, eficaz y con calidad, respondiendo así al deber social y misional de control del cáncer.

En este sentido la entidad pública puede contratar con un tercero la producción adicional que se requiera, advirtiendo siempre y en todos los casos, que este tipo de contratación no debe generar en ningún caso conductas de intermediación laboral, suministro de personal ni envío de personal en misión, asuntos proscritos claramente por el ordenamiento jurídico.

En resumen, se considera viable la contratación de la producción adicional requerida por las entidades, a través de la contratación externa de dicha producción con personas naturales o jurídicas independientes, autogestionarias y especializadas.

El segundo componente por analizar es la posibilidad de que a dicha persona o entidad jurídica eventualmente puedan concurrir tanto a nivel de la conformación, administración o de la realización del servicio, servidores que estén prestando servicios actualmente al Instituto.

En principio hay que dar cumplimiento a las normas que establecen la regulación de inhabilidades e incompatibilidades (en especial, el estatuto anticorrupción, Ley 1474 de 2011). Esto implica limitaciones claras en la representación legal de dichas personas jurídicas y la imposibilidad de participar directa o indirectamente en los procesos de selección y seguimiento, a la definición de dichos contratos.

La Carta Política en su artículo 127 determina igualmente para los empleados públicos la prohibición de celebrar, por sí o por interpuesta persona, o en representación de otro, contrato alguno con entidades públicas o con personas privadas que manejen o administren recursos públicos, salvo las excepciones legales. Por su parte el artículo 128 establece que nadie podrá desempeñar simultáneamente más de un empleo público ni recibir más de una asignación que provenga del tesoro público, o de empresas o de instituciones en las que tenga parte mayoritaria el Estado, salvo los casos expresamente determinados por la ley. Es de anotar que en estricto

sentido, si concurre un funcionario en la empresa que realiza la contratación externa, no se está configurando la simultaneidad de dos empleos públicos, dado que la vinculación como persona natural es intuitu persona y la contratación externa es con un ente jurídico privado, independiente, autónomo y autogestionario, el cual está en plena libertad, de acuerdo con la normatividad legal, de vincular el personal que considere para realizar a cabalidad el cumplimiento de servicios asistenciales especializados.

Las prohibiciones anteriores encuentran excepciones en la ley 4 de 1992 y en la ley 269 de 1996, de tal manera que el personal profesional de la salud puede recibir más de una asignación que provenga del Tesoro Público, o de empresas o de instituciones en las que tenga parte mayoritaria el Estado, cuando los mismos se derivan los honorarios percibidos por concepto de servicios profesionales de salud (L. 4/92, art. 19) o todo el personal asistencial ejercer simultáneamente más de un empleo público, sin que haya cruce de horarios entre uno y otro cargo y sin que la jornada de trabajo supere el máximo de doce horas diarias ni la semana exceda de 66 horas, cualquiera sea la modalidad de su vinculación (L. 269/96, art. 2).

DISEÑO DE LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizará en el Servicio de Oncología del INC en la ciudad de Bogotá en Colombia con el objetivo de proponer mejoras necesarias al modelo de productividad actual para lograr la reducción del tiempo de atención de los pacientes que acuden por primera vez al servicio de oncología del Instituto durante la vigencia 2020, generando a su vez viabilidad financiera y ajuste en las condiciones de pago actuales en la contratación.

HIPÓTESIS

El análisis y propuesta de ajuste del modelo de productividad de los médicos especialistas del Servicio de Oncología del INC, puede ser una estrategia para disminuir los días en la oportunidad de la atención a los pacientes de consulta que llegan por primera vez al Instituto.

VARIABLES

Las variables contempladas para la investigación son:

Tiempo en días de oportunidad Paciente Primera Vez: es el tiempo que transcurre desde que el paciente solicita la cita, hasta que es atendido por primera vez en la unidad de Oncología del INC.

Cantidad de Consultas de Pacientes de Primera Vez Mes: es la cantidad de veces que un paciente nuevo fue atendido satisfactoriamente en la unidad de Oncología del INC en el periodo de un mes.

Valor Hora Equivalente: es el valor del tiempo definido por un proceso estándar para cuantificar la producción en la unidad de Oncología del INC con relación al valor de la hora del especialista.

Número de Médicos Especialistas Oncólogos del INC: cantidad de especialistas con contrato de planta en la Unidad.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Las etapas de la investigación propuesta se resumen a continuación:

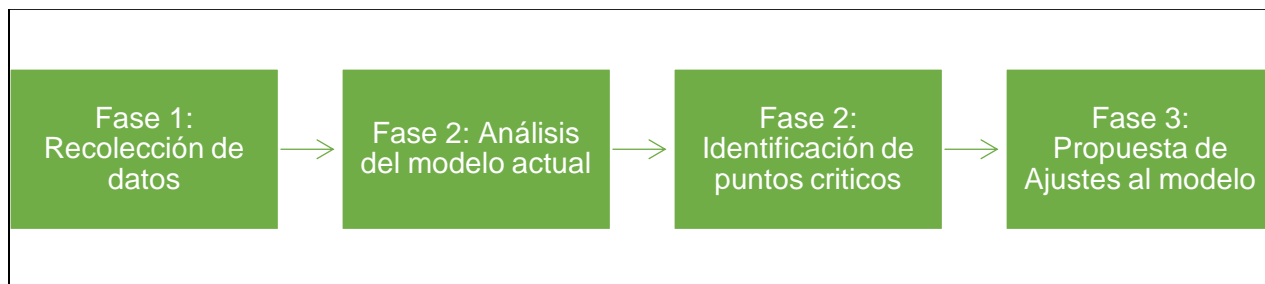


Figura 1. Diseño de la investigación Modelo de Productividad

Fase 1: En esta fase se busca la fuente de información en el INC y se recopilan los datos de los días de oportunidad de consulta de pacientes de primera vez de la Unidad de Oncología del INC para los años del 2010 al 2019 y se realizan validaciones a la información generada.

Fase 2: Se diagnóstica la situación actual del modelo de productividad de los médicos Oncólogos del INC y se muestra estructura básica.

Fase 3: En esta fase se revisarán las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas, a fin de identificar los puntos críticos que serán objeto de análisis para el caso en investigación.

Fase 4: Se analiza a través de los datos obtenidos y se elaboran propuestas de ajuste al modelo de productividad para generar la disminución de los días de oportunidad en los pacientes de primera vez en la Unidad de Oncología del INC.

5. Modelo de Productividad Servicio de Oncología Clínica INC

5.1. Origen del Modelo

Desde el año 2009 el INC inicio a identificar problemas de oportunidad en la prestación de servicios asistenciales, dado que en servicios como oncología clínica y hematoncológica era superior a los 30 días. En este mismo año se presenta la renuncia de todos los médicos del servicio de oncología clínica, debido a su descontento con la forma de remuneración.

Como medida contingencial inicialmente se realizó un cálculo de horas adicionales requeridas para atender la demanda adicional y se contrató un volumen de horas a pagar adicionales a la planta mientras se realizaba el proyecto de diseño e implementación de modelos de productividad y pago por desempeño.

Se estableció la necesidad fundamental de establecer un modelo que permitiera mejorar la oportunidad en los servicios asistenciales y que mantuviera, motivara y atrajera el talento humano de médicos especialistas en el INC. Se conformó un equipo interdisciplinario conformado por Planeación, Talento Humano, Asesoría Jurídica, Subdirección Médica y Subdirección Administrativa, para tal fin.

Se realizó un proceso de consultas de experiencias locales y así mismo una revisión de la literatura. Se fueron presentando progresivamente modelos, que fueron siendo ajustados hasta obtener consenso en el modelo a implantar.

Y se realizó una revisión y análisis de la información durante los años 2010 y 2011, permitiendo generar las bases conceptuales técnicas del modelo y recibir el correspondiente aval jurídico y financiero.

Se plantearon a nivel general diferentes tipos de modelos, que se implementarán individualmente o mezclados, de acuerdo con las características propias del servicio. Cada modelo establece las bases para el reconocimiento de la producción adicional. En este caso para el servicio de oncología clínica se define el modelo de hora equivalente.

Se realiza un piloto de los modelos de productividad en el año 2011 en el servicio de oncología y hematoncología, para observar el resultado de la aplicación de las diferentes variables y realizar los ajustes correspondientes.

Con base en la experiencia realizada, se expidió en Junio de 2013 el documento “Modelos de Productividad y pago por Desempeño” el cual fue revisado por las áreas técnicas, jurídicas y financieras correspondientes, documento que hace un detallado análisis sobre la situación que se presenta en relación con la oferta y demanda del recurso humano especializado de los servicios oncológicos y conexos en sus distintas especialidades, como causa directa de la dinámica de mercado y los niveles de remuneración imperantes en el sistema de salud colombiano, las que generan condiciones institucionales no competitivas y que de manera evidente impactan en la posibilidad de atraer y retener a tales profesionales, con las consecuencias que ello tiene en el acceso, oportunidad y calidad en los diferentes servicios asistenciales que presta la entidad.

Mediante Resolución 0659 del 31 de julio de 2013, expedida por la Dirección General del Instituto se estableció el modelo de productividad adicional y pago por desempeño para atender la demanda de servicios asistenciales especializados en el INC.

Con la implementación y desarrollo del modelo se generaron los siguientes resultados en el servicio de Oncología Clínica. El incremento de la producción en consulta de primera vez entre el año 2011 y 2019 fue del 540% y la disminución de los días de oportunidad entre el año 2011 y 2019 fue de 20 días que corresponde al 126%.

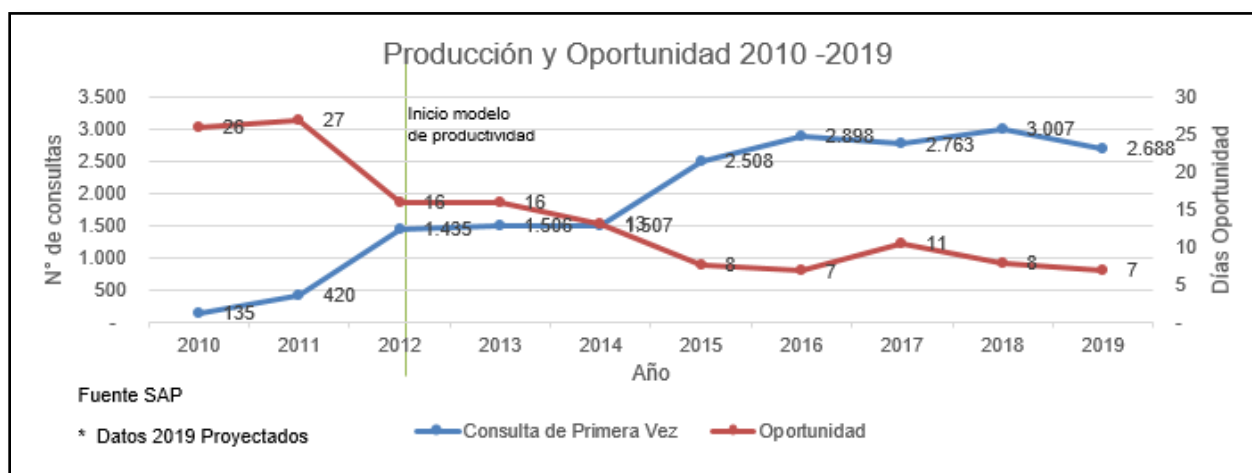


Figura 2. Consulta Primera Vez Oncología Clínica INC.

El incremento de la producción en consulta de control entre el año 2011 y 2019 fue del 92% y la disminución de los días de oportunidad fue de 18 días que corresponde al 36%.

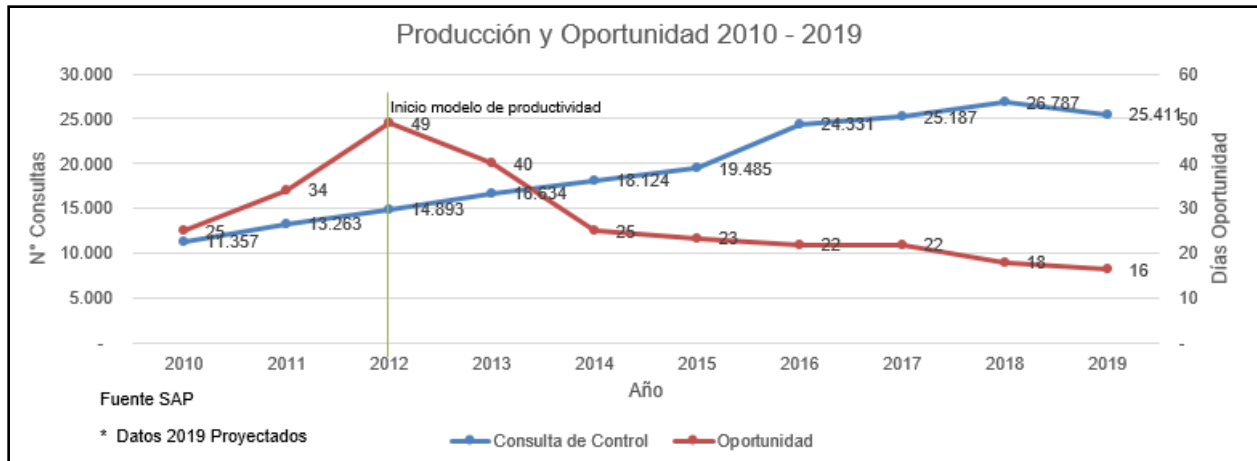


Figura 3. Oportunidad Consulta de Control Oncología Clínica INC

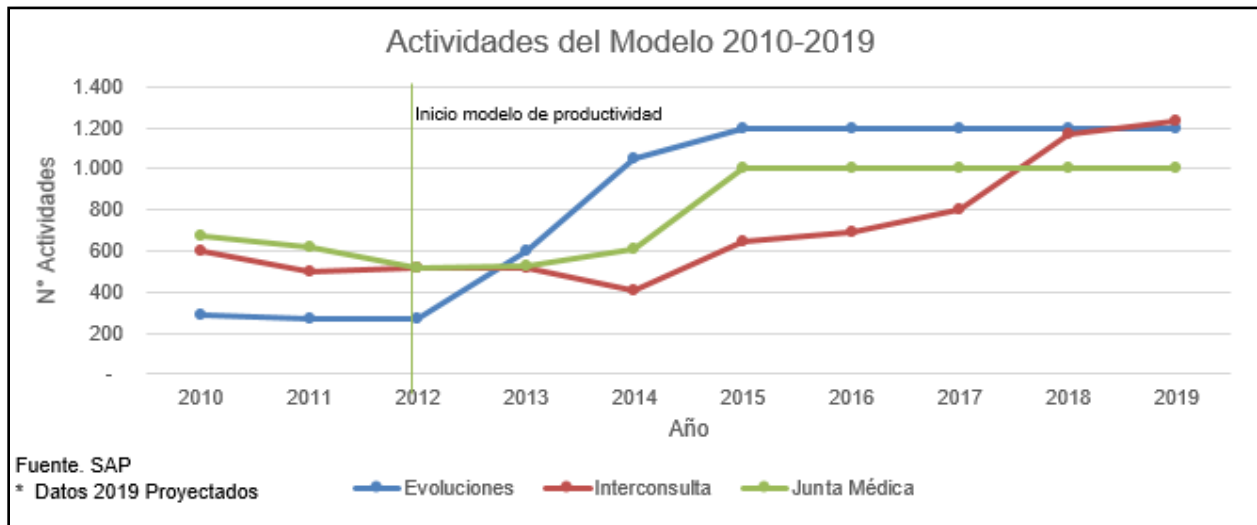


Figura 4. Actividades del modelo de Oncología Clínica

El incremento de las evoluciones entre el año 2011 y 2019 fue del 352%. Para las juntas médicas se tiene pactado 84 mensuales y el incremento de las interconsultas fue del 146%.

También se pudo mantener o aumentar el número de especialistas vinculados en la planta en las especialidades definidas. Luego de la crisis del 2009 y con la implantación progresiva de los modelos, se ha logrado estabilizar el número de profesionales vinculados a los servicios que

tiene productividad. Incluso desde el año 2016, se cuenta con el mayor número de profesionales médicos que prestan servicios al Instituto.

En la siguiente grafica se puede ver el incremento de la remuneración a valores referentes de acuerdo con sondeo de mercado, definido en un estándar mensual de 25.000.000 COP, incluyendo la remuneración de planta institucional.

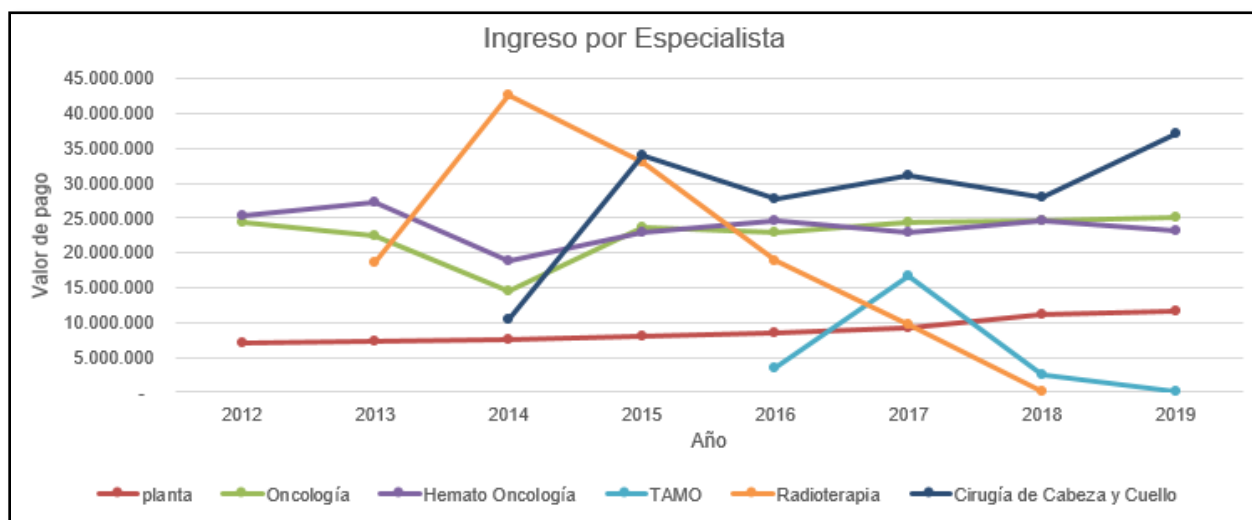


Figura 5. Remuneración promedio mensual Modelos de Productividad INC

A nivel de facturación, comparando los años 2010 con el año 2017, se observa una variación en el total de facturación del servicio de Oncología clínica del 424%.

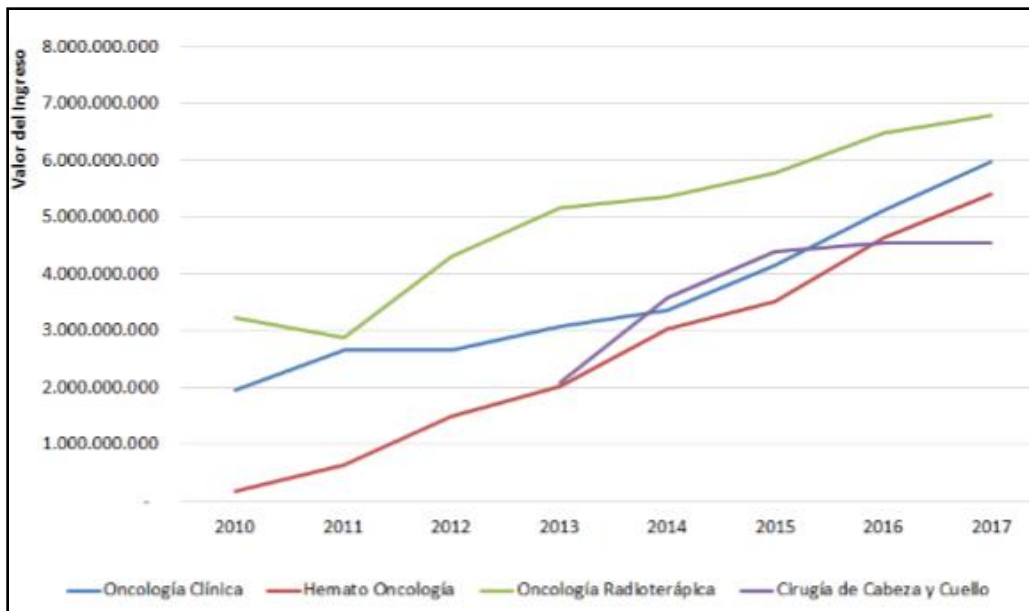


Figura 6. Facturación por servicios con modelos de productividad 2010 - 2017

Los principios fundamentales del modelo a nivel financiero son la sostenibilidad y la viabilidad. Para que un modelo basado en la productividad o en el desempeño se sostenga en el tiempo, se requiere que sea auto sostenible, de manera que de los ingresos derivados de la mayor productividad se pague el reconocimiento económico de dicha productividad adicional. Para este efecto se requirieron los sistemas enunciados que permiten acceder a los datos administrativos (agendas, programación) y a la información misional (plan de producción hospitalaria y científica).

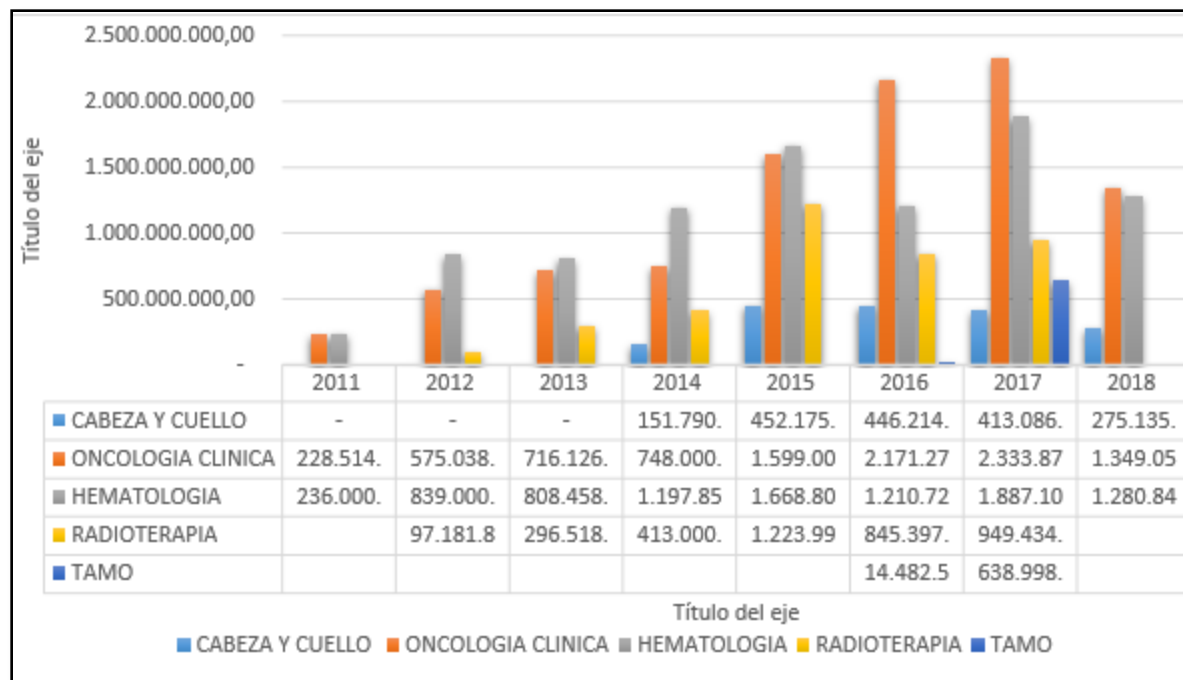


Figura 7. Ejecución Presupuestal 2011 – 2018 Modelos Productividad INC

Como se observa la inversión en el sub rubro ha tenido un crecimiento del 54.19% entre el año 2011 y el 2018. Para el año 2019 se proyecta un presupuesto en este componente de 6.795.2 millones que representa un 23.29% para productividad adicional.

En la actualidad se mantiene funcionando el modelo de productividad en el servicio de Oncología clínica, y será objeto de estudio de esta monografía analizarlo y plantear ajustes para su mejora de resultados.

5.2 Análisis de la situación actual

A continuación, se describe en detalle el modelo de productividad del servicio de oncología clínica en el INC, en donde se analizarán las variables principales y cómo se relacionan para la remuneración de la producción adicional.

El modelo que se utiliza en el servicio de oncología clínica es basado en la hora equivalente, a continuación, se describe:

Modelo de hora equivalente: Es un modelo que asigna un tiempo específico a cada actividad definida como unidad de producción (consulta de primera vez, consulta de control, evolución hospitalaria, etc.). La definición de un tiempo estándar para cada actividad permite entonces determinar el pago en horas y hacer los acuerdos contractuales con base en la hora de recurso humano a contratar, generando la posibilidad de limitar el pago únicamente en relación con servicios efectivamente prestados y no por hora de disponibilidad.

Este modelo es aplicable a especialidades clínicas no quirúrgicas como oncología clínica y hematología, permitiendo desligar el acto médico de incentivos perversos como el pago por formulación o porcentajes de facturación.

Para poder participar de este pago por desempeño, los especialistas oncólogos se organizaron y crearon una empresa denominada ASOCIACIÓN ONCOLOGOS DE COLOMBIA – ONCO - para participar en los procesos de selección respectivos según las convocatorias públicas realizadas por el instituto. En consecuencia, esta empresa y el INC celebran contratos bajo la modalidad de prestación de servicios, con un término de ejecución que oscila entre los 8 y 12 meses. Se deben tener en cuenta las siguientes variables para las actividades de producción del servicio:

Tabla 1
Variables producción del servicio

Variable	Actividad	Hora Equivalente
Actividades	Consulta Primera Vez	1
	Controles	0,5
	Interconsulta	0,5
	Junta Médica	1
	Evoluciones	0,5
	Hospital Día	1
Valor Hora Equivalente	Valor hora cumplimiento indicador Relación consulta primera vez/controles	200.000
	Valor hora no cumplimiento indicador relación consulta primera vs control	140.000

Fuente: Elaboración propia – Estudios previos contratos de prestación de servicios

El modelo cuantifica las actividades obteniendo el total de las horas equivalentes del mes, a este total se le resta las horas de planta mensuales definidas de los especialistas y se obtiene el total de horas equivalentes de producción adicional las cuales se multiplican por el valor de la hora equivalente y se genera el valor a facturar mensualmente.

En la siguiente tabla se puede ver la estadística mensual de la producción del servicio en el año 2018:

Tabla 2
Estadística mensual de producción

PROMEDIO PRODUCCIÓN MENSUAL 2018		
Actividad	Promedio Producción	Horas Equivalentes
Consulta primera Vez	252	252
Controles	2248	1124
Interconsulta	194	97
Junta Medica	84	84
Evoluciones	208	104
Hospital Día	40	40

Fuente: Sistema de Información INC (SAP) – Elaboración Propia

Adicionalmente existen estos lineamientos del modelo:

1. Producción de planta: 109 horas cada especialista (6) mas 78 horas de coordinador del servicio. Estas son las horas base que debe realiza cada especialista para que se le paguen su remuneración como funcionario del instituto y se calculan para determinar la línea base para cuantificar la producción adicional. Total: 732 horas base de producción de planta
2. En todos los periodos se factura por acuerdo con los especialistas de manera estándar:
 - 84 Juntas Médicas
 - 200 Evoluciones a los pacientes hospitalizados
 - 40 Seguimientos pacientes de Hospital día (administración de quimioterapia)

Indicadores de desempeño

El modelo contempla que se deban cumplir indicadores mensuales y en caso de no cumplirse el valor mínimo esperado se realizara el porcentaje de descuento establecido. Esto se realiza con el fin de que mantener la calidad en la atención e incentivar el ciclo de mejora continua.

Tabla 3
Indicadores de desempeño

INDICADOR	N°	DESCRIPCIÓN	ESPERADO MÍNIMO	CRITERIO GLOSA
Buen trato	1	Gestión en los planes de mejora	Mayor al 95%	2%
	2	% de Satisfacción del paciente	85%	2%
Oportunidad	3	Asignación cita consulta especializada Primera vez	Menor de ocho (8) días	10%
	4	Asignación cita consulta especializada Control	Menor o igual a 15 días	5%
	5	Evolución diaria de pacientes	90%	2%
Orientación a Resultados	6	% de adherencia a diligenciamiento de historia clínica	Mayor o Igual al 70%	2%
	7	Relación consulta primera vez/controles	Mayor o Igual al 9%	El no cumplimiento genera una glosa del 30% del valor de la hora.
	8	Tasa de infección intrahospitalaria	Menor del 8%	2%
Seguridad	9	Adherencia a protocolos de lavado de manos y aislamiento	Mayor al 95%	3%
	10	Tasa de gestión de Eventos adversos	100%	2%

Fuente: Estudios previos contratos de prestación de servicios

El criterio de glosa: es el % de descuento sobre el valor facturado si no se cumplen los indicadores de desempeño.

5.3 Identificación de puntos críticos

5.3.1. Técnica Árbol de Problemas.

Con el fin de identificar el problema central objeto de análisis, se aplicó la técnica árbol de problemas, en el cual es posible visualizar las causas y efectos, a fin de plantear alternativas de mejora continua:

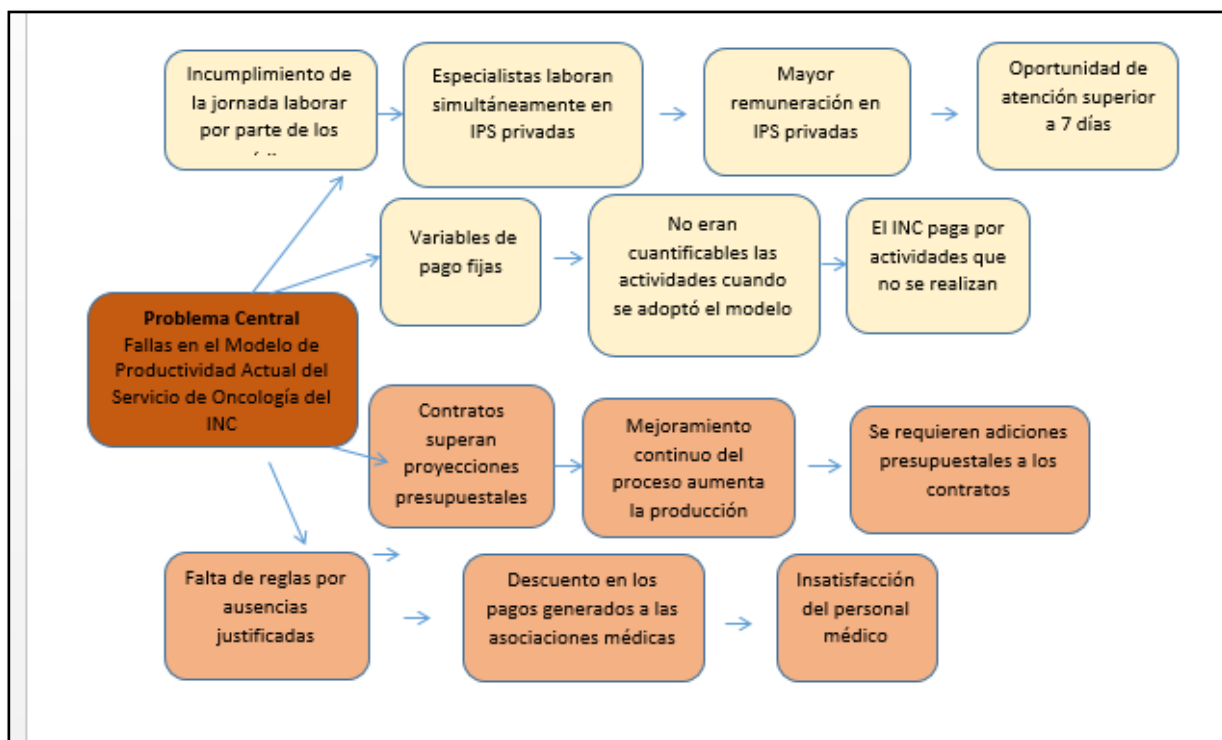


Figura 8. Árbol de problemas

5.3.2. Matriz DOFA.

Con el fin de efectuar un estudio sobre el problema planteado a continuación se presenta la matriz DOFA, con el fin de establecer las características internas y externas del problema planteado:

Debilidades:

- El modelo prioriza que el enfoque sea mayor en producción y menor en resultados a nivel clínico.
- Los pagos de los aseguradores hacia las EPS están evolucionando hacia Pagos Globales Prospectivos que consisten en atender un número limitado de población con unos recursos fijos periódicos.
- Se presenta inequidad con otros servicios del INC por cuanto no cuentan aún con un modelo de productividad
- Existen médicos que no se acogen al modelo de productividad establecido y por tanto se encuentran en desventaja desde el punto de vista de los ingresos percibidos.
- Impacto negativo en docencia e investigación, por cuanto para los profesionales en medicina no implica aumento de recursos, por cuanto estas actividades no hacen parte del modelo de productividad.

Oportunidades:

- El modelo de productividad permite crear franjas de pago basadas en la producción equivalente para controlar las proyecciones de presupuesto y de esta manera evitar las adiciones presupuestales.
- Con la implementación de desarrollos en el sistema SAP del INC, es posible identificar y cuantificar la producción de juntas médicas, evoluciones y seguimiento a paciente en hospital día, lo que genera que los pagos no sean por valores preestablecidos sino correspondan a la realidad.
- Si se aumenta el número de horas que los médicos dedican al INC se aumentará en forma proporcional la capacidad de la agenda de los especialistas, trayendo consigo la disminución de los días de oportunidad en la atención.

- Si el modelo reconoce horas en proyectos de investigación soportados a través del reporte que genera el módulo de SAP de proyectos, se incrementará la participación de los especialistas en los proyectos de Investigación del INC.
- Si las reglas de modelo son claras, se reducirán los trámites por parte de los supervisores de los contratos, así como los días de pago a la asociación de médicos.

Fortalezas:

- El modelo de productividad permite que el personal médico se mantenga y logre compromiso institucional, dado que su remuneración cumple con los estándares de remuneración del sector privado.
- El modelo de productividad se encuentra diseñado para generar producción adicional y en consecuencia un aumento en la facturación del servicio.
- Con la aplicación del modelo se reduce la subfacturación, debido a que el personal médico pasa a ser auditor de su propio trabajo, para garantizar que toda la producción realizada se facture.
- Empoderamiento de los médicos en los componentes administrativos, toda vez, que se involucran en la solución de problemas de diversas índoles, como son consecución de insumos, utilización de la infraestructura, cuidado de equipos, cumplimiento de la agenda y evaluación de indicadores de gestión.

Amenazas:

- Alta demanda del talento humano en oncología, por cuanto las clínicas del sector privado están creando sus propios servicios en esta especialidad.
- Migración del talento humano al sector privado por desbalance en la remuneración.

- Apertura de nuevos centros oncológicos.

5.4 Propuesta de ajustes al modelo de productividad

Una vez realizado el análisis del modelo de productividad del servicio de oncología clínica del INC, principalmente se propone realizar los ajustes correspondientes a:

- Se debe pasar de 109 horas equivalentes como horas base de planta de cada especialista a 130 horas. Adicionalmente, se debe verificar en el software del módulo de proyectos las horas reportadas a los proyectos de investigación los cuales sumarán para llegar a las 168 horas mensuales que deben trabajar los médicos oncólogos en el INC. Al Coordinador del Servicio se le reconocerán 16 horas por concepto de actividades administrativas.
- Se propone invertir en desarrollos del sistema SAP para determinar la cantidad de juntas médicas y evoluciones en el mes, y de esta forma poder remunerar correctamente la producción adicional.
- Igualmente, se propone crear franjas de cumplimiento entre el promedio (Histórico) un máximo y un mínimo, acorde a la producción realizada, con el fin de evitar que las proyecciones presupuestales sean insuficientes.
- Se propone que toda actividad realizada extrainstitucional, en la cual manifieste una representación del Instituto (Congresos, seminarios, ponencias, etc.) deberá ser notificada formalmente a Talento humano y se cargaran a las horas de planta establecidas en el cumplimiento del horario (Novedades), con el fin de evitar descuentos en los pagos realizados a la Asociación de Médicos.
- Describir en el contrato la forma de liquidación y los % de glosa atribuidos al incumplimiento en los que pueda incurrir.

Aunado a lo anterior, se presenta la siguiente tabla en la cual se especifican las variables y las propuestas de modificación por cada una de las variables, para el modelo de productividad del servicio de oncología clínica del INC.

Tabla 4
Propuestas de modificación

Variable	Condiciones actuales	Propuesta de modificación
Modalidad de pago	Hora equivalente	Continua
Actividades en reconocimiento de la planta	Consulta de primera vez, consulta de control, interconsulta, junta médica, evoluciones pacientes hospitalizado y seguimiento al paciente de 24/7, (En la proporción de hora equivalente en planta).	Continua
Actividades incluidas en productividad adicional	NA	Consulta de primera vez, consulta de control, interconsulta, junta médica, evoluciones pacientes hospitalizado y seguimiento al paciente de 24/7, (Total de la producción menos la producción otorgada en reconocimiento a la planta).
Horas base en la planta	109 horas equivalentes para 6 especialistas más 78 horas equivalentes para un especialista, Total 732 horas equivalentes para el servicio	Cada especialista debe cumplir 168 horas mensuales presenciales, si realiza actividades de docencia 130 horas presenciales (Validados por talanquera), las horas de investigación se sumarán acorde a los registros de intensidad horaria establecidos en SAP. Se descuenta 16 horas correspondientes a las actividades de la coordinación del servicio.
Actividades estándar en la producción mensual	En todos los periodos se reconocen: 84 Juntas Médicas 200 Evolución paciente hospitalizado 40 Seguimiento paciente 24/7	Validar con la coordinación del servicio el número de juntas médicas a las que asisten y en cuales especialidades, y determinar si el seguimiento del paciente de 24/7 se está realizando acorde a lo planteado inicialmente (De manera presencial).

Valor de la hora equivalente	\$ 200.000 % de Cumplimiento Consulta Primera Vez / Total de Consultas: No inferior al 10% Valor de la hora Equivalente sin cumplimiento de % referente \$150.000	Continua
Condiciones de pago	NA	Evaluar la opción de pago por franjas de cumplimiento entre el promedio (Histórico) un máximo y un mínimo, acorde a la producción realizada.
Bolsa de horas de producción adicional	210 horas grupales	Continua
No de especialistas	7 médicos especialistas (Planta)	Continua
Novedades de pago	* Descontar de la producción licencias mayores a 20 días en un mismo mes. * Descontar incapacidades. * NO descontar vacaciones, ni licencias menores a 20 días.	Continua
Implementación de indicadores	Los definidos por la subdirección médica	Continua
Investigación	Incluido en la planta	Contabilizar las horas de dedicación reportadas mediante el sistema de información SA
Actividades extrainstitucionales	NA	Toda actividad realizada extrainstitucional, en la cual manifieste una representación del Instituto (Congresos, seminarios, ponencias, etc.) deberá ser notificada formalmente a Talento humano y se cargaran a las horas de planta establecidas en el cumplimiento del horario (Novedades).
Glosa	Aplica para la variable de indicadores y talanquera	Describir en el contrato la forma de liquidación y los % de glosa atribuidos al incumplimiento en los que pueda incurrir.

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

A nivel mundial se está evolucionando hacia modelos de pago que cumplan indicadores de calidad en la atención clínica para los servicios de oncología, basados en los servicios prestados a través de la definición de mecanismos de pago diferentes a los tradicionales.

La velocidad con que un paciente nuevo se diagnostique y se le realice el tratamiento adecuado en el INC, influye radicalmente en que tenga una mayor supervivencia o mejora en su calidad de vida.

El INC implementó un modelo de productividad que ha conseguido excelentes resultados, en cuanto a la oportunidad en la atención de los pacientes de primera vez, de controles, disminución de la subfacturación y el aumento de la producción. De la mano de un modelo de pago a los médicos que permite la retención del personal médico en el INC ante un mayor nivel de satisfacción, equiparando los niveles de remuneración con el sector privado.

No obstante, y una vez realizado el análisis propuesto en el presente documento se encontraron oportunidades de mejora, principalmente relacionadas con los límites que es posible establecer a fin de evitar adiciones presupuestales, aumento de horas disponibles en el servicio y ajuste de temas no definidos que generan controversia e inconformidad al momento del pago como por ejemplo las incapacidades médicas.

Referencias Bibliográficas

Alvarez, B., Pellisé, L., y Lobo, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Panam Salud Publica*, 55-70. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3004.pdf>

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI. (Enero a abril de 2019). Revista CONEXXION.

Castaño Yepes, R. A. (2014). *Mecanismos de Pago de Salud, Anatomía, Fisiología y Fisiopatología*. Colombia: ECOE, Ediciones.

Fernández, C. (04 de Febrero de 2019). Colombia se raja en la atención de los pacientes con cáncer. *El Tiempo*.

Gastelumendi, R. A. (2018). ¿Cómo medir la productividad en el sector salud? *Conexionesan*.

González, J. (12 de Septiembre de 2012). Colombia: sepa las causas de la grave situación del sector Salud. *América Economía*.

Instituto Nacional de Cancerología. (2008). Guía para la comunicación educativa en el marco del control del cáncer. *Serie documentos técnicos INC*.

Instituto Nacional de Cancerología. (2016). Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 52-60.

Instituto Nacional de Cancerología. (2017). *Informe de Gestión*. Bogotá Colombia.

Instituto Nacional de Cancerología. (2019). Obtenido de

<https://www.cancer.gov.co/rese%C3%B1a-hist%C3%B3rica-inc#overlay-context=content/mision-vision-valores-principios>

Instituto Nacional de Cancerología. (2019). *Publicación Tiempos de Espera*. Bogotá.

Medina Fernández de Soto, J. (2010). REVISTA EAN No. 69. *MODELO INTEGRAL DE PRODUCTIVIDAD*, 110-119.

Nigenda, G. (2008). Mecanismos de pago a los médicos. *IDEFI Perú*, págs. 1-6.

Organización Mundial de la Salud. (12 de Septiembre de 2018). Obtenido de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

The Lancet Oncology Comisión. (Abril de 2013). *La planificación del control del cáncer en América Latina*. Obtenido de <https://www.thelancet.com/journals/lanonc/home>

Yepes, C., y Marin. (2018, 15 de junio). *Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia*. Biomédica Revista del Instituto Nacional de Salud.