

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Javier Claudio Ramón

MODELO DE REMUNERACIÓN A MÉDICOS EN UN SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

2006

Citar como: Ramón, J. C. (2006). Modelo de remuneración a médicos en un sistema de atención médica primaria. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

1. INTRODUCCION	pág. 2
2. OBJETIVOS	pág. 3
3. MARCO TEORICO	pág. 4 a 9
Sistemas de remuneración al trabajo médico	
3.1 Sistemas de remuneración por resultado	pág. 4 a 6
3.2 Sistemas de remuneración por tiempo y salario	pág. 6 a 7
3.3 Sistemas de remuneración mixtos	pág. 7
3.4 Incentivos asociados diferentes formas de pago	pág. 8 a 9
4. PROPUESTA DE UN MODELO DE REMUNERACION	pág. 10 a 13
4.1 Médicos generalistas y pediatras	pág. 10 a 11
4.2 Médicos ginecólogos	pág. 11 a 12
4.3 Otras especialidades médicas	pág. 12 a 13
5. CONCLUSIONES	pág. 14 a 15
6. BIBLIOGRAFIA	pág. 16 a 17

MODELO DE REMUNERACION A MEDICOS EN UN SISTEMA DE ATENCION MEDICA PRIMARIA

JAVIER CLAUDIO RAMON

1. INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presentará un sistema y forma de pago a los profesionales médicos para aplicar en una empresa privada que brinda Atención Médica Primaria Ambulatoria, poniendo de manifiesto los defectos morales de las acciones (hábitos de obrar mal) que acarrearán los distintos esquemas de remuneración.

El ámbito en que se desarrolla la empresa es el mercado individual privado (prestador preferencial que acepta modalidades de transferencia de riesgo), brindando cobertura en Clínica Médica, Pediatría, Ginecología y en especialidades médicas de alta demanda (consulta y prácticas ambulatorias). También se brinda cobertura en Emergencias, Urgencias y Consultas domiciliarias.

Como complemento de lo anterior se brinda cobertura en Farmacia, Odontología y métodos de Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio con prestadores contratados.

Como primer punto se enunciarán los objetivos para luego presentar un resumen de las formas más conocidas de remuneración a los profesionales médicos.

2. OBJETIVOS

El objetivo central del trabajo es recomendar un esquema de remuneración básico dirigido a los diferentes grupos de médicos que forman parte de un sistema de atención médica primaria ambulatoria.

No se incluyen en el presente trabajo los distintos sistemas de incentivos y penalidades (premios y castigos).

3. MARCO TEORICO

SISTEMAS DE REMUNERACION AL TRABAJO MEDICO

De acuerdo a cual es el objetivo a remunerar podemos describir dos sistemas principales de pago: Sistema de Remuneración por Resultado y Sistema de Remuneración por Tiempo. Las diversas modalidades de remuneración médicas estarían dentro de uno o u otro sistema, dando origen a un sinnúmero de arreglos de tipo mix.

Adopté este sistema de clasificación ya que da la posibilidad de ensayar combinaciones de remuneración por resultados y tiempo, lo que permite, finalmente, remunerar por resultados y dar pertenencia a la empresa al agente médico.

3.1. *Sistemas de Remuneración por Resultado*

El pago se realiza teniendo como parámetro el servicio (tipo, cantidad y calidad) y evaluando los resultados finales (producto) individuales o colectivos.

La unidad de expresión es caso tratado, persona atendida o cápita.

Los extremos de esta forma de remuneración están determinados por el pago de honorarios o por unidad de servicio/procedimiento y el pago por capitación. Entre estos polos extremos se sitúa una inmensa serie de formas intermedias que harían variar solamente el grado o nivel de separación del acto o procedimiento elegido como unidad funcional para el pago.

El *pago retrospectivo* puro totalmente desagregado está representado por el pago por acto.

- Pago por acto: como su nombre lo indica el médico recibe un pago solo cuando realiza una consulta y/o práctica. Aquí el esfuerzo del facultativo quizás esté orientado a ver el mayor número de pacientes posibles o al menos a realizarles el mayor número de prácticas posibles, ya que su ingreso depende esencialmente de la actividad, es inflacionaria en término de gasto por unidad y por volumen de asistencia. Las consultas duran menos que las de los profesionales a los que se les abona por hora. Esto se cumple si el supuesto de maximización del ingreso es el objetivo principal y único. Si los profesionales incluyen también otros

elementos en su interés por lograr un bienestar (como la satisfacción del paciente, el altruismo, la investigación o el ocio) observaríamos que bajo un esquema de pago por acto, no siempre intentarían maximizar el número de actos o el número de consultas a los pacientes, sino que elegirían un mix que contemplase todos los elementos. Este sistema tiende a generar muchos actos, es decir induce al aumento de la demanda, el paciente podría estar conforme con este sistema ya que va a sentir que el médico se preocupa por verlo y revisar el curso de su enfermedad, siempre y cuando no aparezca una caída en la productividad (remuneración) o aumento en el gasto de bolsillo del paciente y/o familiares del mismo provocado por el aumento de la frecuencia de las visitas (costo en tiempo, colas, listas de espera)

Existen formas más agregadas de pago retrospectivo:

- Pago por Consulta vestida: En esta forma de remuneración se incluye dentro del pago de la atención, algún estudio complementario diagnóstico y algún procedimiento terapéutico.
- Pago por Consulta modulada: en este caso se incluye una determinada cantidad de consultas/días de internación, estudios diagnósticos y la terapéutica a utilizar (quirúrgica o no).
- Pago por meta: el médico es remunerado si consigue una meta de servicios. En este tipo de pago se corre el riesgo de la sub prestación
- Pago por tipo de pacientes (DRG, PMC, etc.): constituye un sistema de precios agregados donde existe menos posibilidad de que los costes se incrementen por más procedimientos por caso, aunque puede darse el caso de dar altas tempranas y readmitir pacientes con el mismo diagnóstico, distorsionando de esta manera el número de pacientes vistos.

El *pago prospectivo* está representado por:

- La capitación: es un pago que se le realiza al médico por número de pacientes asignados independientemente si realizaron algún consumo (consulta o práctica) o no. En muchos casos el esfuerzo del facultativo tenderá a ser mínimo ya que va a percibir la misma cuantía con independencia de cuantos actos realice o de cuantos pacientes vea. En

otros casos (libre elección del médico por parte del paciente) el gasto médico aumenta, ya que para tener más pacientes y por lo tanto mayor retribución, los profesionales realizan mayor cantidad de derivaciones, prescripciones, recetas, etc.. El médico cobraría en forma directamente proporcional al número de pacientes que tuviera bajo su cargo. Este sistema está basado en la probabilidad de que ocurra un evento sanitario transfiriendo el riesgo al médico, quien lo asume con una financiación previa. Para el sistema puede suponer un método bastante cómodo de presupuestar puesto que sabe cuánto le va a costar proteger a una colectividad o grupo de asociados con el derecho a la prestación sanitaria. Es un sistema simple pero la aceptación de la cápita por parte de los profesionales depende específicamente del monto de la misma. Provoca una selección adversa al riesgo por parte del profesional. Esto puede regularse si no existe libre elección del médico por parte del paciente.

- Pago por casos: se le paga al médico por el tratamiento de un determinado número de determinadas patologías. Para la fijación del valor se toman en cuenta variables como el esfuerzo y la intensidad del trabajo dedicado en cada caso; los costos implicados en el trabajo en términos de capacidad y experiencia; los riesgos directamente relacionados al ejercicio de la profesión.

Este sistema incentiva a aceptar casos de riesgo y realizar gestión de enfermedad.

3.2. Sistema de Remuneración por Tiempo y Salario

El pago se realiza teniendo en cuenta el tiempo que el trabajador está a disposición de su empleador, no habiendo una relación directa entre remuneración y volumen de productos producidos.

El contrato es por las horas que trabaja, recibiendo un salario mensual para un determinado número de horas por semana.

El médico va a ingresar lo mismo con independencia de su esfuerzo laboral y en muchos casos este tenderá a ser mínimo, se disminuirá el ritmo de las consultas tendiendo a aumentar su duración. Existe una tendencia en el mundo que se dirige

hacia el asalariamiento de los profesionales médicos incorporando sofisticados sistemas de auditoría y monitoreo.

3.3. *Sistemas de Remuneración Mixtos*

- Capitación y prestación: se le paga al médico una cápita por paciente asignado (pago prospectivo), suplementando con pago por prestaciones previamente acordadas (pago retrospectivo), pudiendo ser estas prestaciones las de orden preventivo y/o las visitas del médico al paciente fuera del horario de consultorio. Procedimientos de consultorio y servicios que incluyan insumos son también pagos por prestación para compensar el costo del material. Otro conjunto de servicios clínicos considerado fuera del presupuesto de la capitación, sería la categoría de consultas y procedimientos en la frontera entre cuidado primario y especializado. El incremento de la capitación con pagos por prestación, para este conjunto de servicios incentivaría a los médicos generalistas a proporcionar la mayoría de los servicios solicitados por la media de los pacientes, evitando cumplir el rol de agentes de derivación. En esta forma mixta los costos fijos son cubiertos por el pago prospectivo (capitación) y el costo marginal de proporcionar servicios específicos es cubierto por el pago retrospectivo (por prestación).
- Tiempo y prestación: la diferencia básica con la forma anterior radica en que en el pago por salario existe un vínculo funcional formal con la organización, lo que envuelve todos los derechos laborales. Desde el punto de vista profesional, permite mayor tranquilidad y seguridad en el trabajo, principalmente en relación con los períodos de inactividad (vacaciones, enfermedad, jubilación)
- Capitación por contacto: es un pago prospectivo de la atención primaria para el médico especialista utilizando la derivación realizada por el médico generalista como forma de gatillo del evento. Un paciente referido trae para el especialista un pago definido y la responsabilidad de proporcionar toda la atención especializada necesitada por el paciente en un período definido de tiempo. Cada nueva visita, exámenes o procedimientos no trae renta adicional excepto en casos especiales, que son pagos por prestación.

3.4. *Incentivos asociados a las diferentes formas de pago*

La forma de pago retrospectivo, por honorario, proporciona un estímulo para mucha de las funciones centrales deseadas por un médico, incluye ver muchos pacientes y realizar actos. Sin embargo, tiende a elevar los costos de la atención, fragmenta el cuidado al paciente y lleva a ejecutar intervenciones excesivas e inútiles, además de ser difícil de coordinar dentro de un sistema de salud. En esta forma de pago existe un incentivo al médico, para maximizar resultados, o sea cantidad de productos en el intento de aumentar su renta. Si aceptamos que los médicos son maximizadores de renta, entonces, ellos van a maximizar la ganancia vinculada a cada uno de los ítems de los servicios proporcionados, buscando reducir el costo personal (tiempo y esfuerzo gasto) y financiero (compra de equipamiento) para así maximizar la diferencia entre renta (ganancia) y costo. El médico puede acrecentar a su ganancia total con aumento del número de servicios realizados (atrayendo pacientes adicionales o con trabajo por mayor tiempo). Puede también, intentar proporcionar más servicios de lo que los pacientes necesitan en caso que los pacientes sean mal informados (demanda inducida). Esto puede llevar a un número excesivo y no necesario de tratamientos.

El pago prospectivo, como capitación, recompensa actividades que llevan al paciente a permanecer con su médico como fuente regular de cuidado, por causa de la alta calidad de la atención clínica con reducción, como consecuencia, de los costos de la atención médica. Pero, esta forma de pago, también, genera incentivos indeseables para los médicos que maximizan la renta manteniendo los costos abajo del precio pagado per capita. Los médicos pueden hacer esto con selección de pacientes de riesgo bajo a menos que el pago sea corregido por edad y sexo, y para pacientes de alto riesgo derivarlos a médicos especialistas y hospitales o no indicar cuidados necesarios, lo que resulta en subprestación. Los médicos pueden también reducir costos futuros proporcionando cuidados preventivos. Así, el pago por capitación puede no reducir costos puesto que los médicos podrían atraer y retener gran número de pacientes sin ofrecer, no obstante, los cuidados necesarios cualitativos y cuantitativamente.

El asalariar médicos permite mayor compromiso, en términos de carga horaria del médico, con su permanencia en el servicio, lo que ayuda en la atención en las demandas imprevistas. Teóricamente no estimula alteraciones relacionadas al precio y a la calidad de los servicios, lo que hace que el médico actúe clínicamente según su conciencia ética y profesional. No obstante, como la renta es generalmente fija

existiría un incentivo para minimizar costos personales, como el esfuerzo. Los médicos pueden minimizar el esfuerzo seleccionando pacientes de bajo riesgo, escribiendo recetas, derivando los pacientes a especialistas o disminuyendo el número de consultas, lo que resulta en largas filas de espera. Estos puede ser un incentivo para trabajar muchas horas en caso que exista el pago por hora extra.

4. PROPUESTA DE UN MODELO DE REMUNERACION

En un Sistema de Atención Primaria de Salud Ambulatorio podemos definir, básicamente, cinco grupos de médicos que lo integran:

- Médicos Generalistas
- Médicos Pediatras
- Médicos Ginecólogos
- Otros Especialistas Médicos

Luego de definidos estos grupos, se puede realizar un esquema de remuneración para cada uno de ellos.

4.1. *Médicos Generalistas y Pediatras*

El médico Generalista es el que va a realizar las atenciones de aquella población que supere los 15 años de edad (esta edad se tomó de manera arbitraria), mientras que el Pediatra se ocupará de la población que se encuentre por debajo de esa edad.

El sistema de remuneración será un mix entre salario y capitación bajo relación de dependencia, siendo el valor cápita ajustado por edad y sexo.

La cápita conformará una parte de su salario, sufriendo las variaciones acorde a las altas y bajas de su cartera que se le produzcan durante el mes. Otra parte del salario estará conformado por un adicional que se abonará por única vez en el momento de la apertura de la Historia Clínica del paciente. La cápita comienza a percibirse a partir del contacto efectivo con el paciente, el mismo debe ser volcado en la Historia Clínica como primera consulta.

El médico deberá cumplir horario en consultorio para la atención de los pacientes, comenzando, en un inicio, con un mínimo de horas presenciales que luego se incrementarán a medida que aumenta su cartera.

Otra parte del horario lo deberá cumplir con disponibilidad no presencial en días y horarios convenidos para la resolución de consultas médicas de sus pacientes, ya sea telefónicamente, asistiendo al domicilio del mismo o citándolo en consultorio.

Será evaluado según los siguientes indicadores:

- Tiempo de permanencia de sus pacientes en cartera
- Motivos de baja
- Satisfacción de cartera
- Índice de Apertura de Historia Clínica y tiempo promedio de demora en la apertura de la misma
- Índice de derivaciones a otras especialidades
- Índice de cumplimiento de Guías de Práctica Clínica
- Índice de Desvíos en la prescripción de Prácticas acorde a la Evaluación de Tecnologías desarrolladas
- Índice de prescripción de medicamentos acorde a vademécum
- Costo de su consulta vestida
- Consultas anuales por paciente
- Índice de aplicación de Programas Preventivos acorde a edades y sexo

4.2. Médicos Ginecólogos

El médico Ginecólogo se ocupará de evacuar las consultas ginecológicas de la población integrante del sistema.

El sistema de remuneración será por capitación. La cápita incluirá la consulta más prácticas de baja complejidad (consulta vestida capitada) y comienza a percibirse a partir del contacto efectivo con el paciente debiendo ser volcado en la historia clínica como primera consulta ginecológica.

La cápita conformará una parte de su remuneración, sufriendo las variaciones acorde a las altas y bajas de su cartera que se le produzcan durante el mes. Otra parte del salario estará conformado por un adicional que se abonará por única vez en el momento de la primera consulta ginecológica realizada por el paciente; en esta consulta el profesional actuante deberá completar la Historia Clínica y comenzar a aplicar los programas de educación preventiva que correspondan según edad.

El médico deberá cumplir horario en consultorio para la atención de los pacientes, comenzando, en un inicio, con un mínimo de horas presenciales que luego se incrementarán a medida que aumenta su cartera.

Será evaluado según los siguientes indicadores:

- Tiempo de permanencia de sus pacientes en cartera
- Motivos de baja
- Satisfacción de cartera
- Índice de registro de primeras consultas ginecológicas en la Historia Clínica y tiempo promedio de demora en para establecimiento del primer contacto
- Índice de derivaciones a otras especialidades
- Índice de cumplimiento de Guías de Práctica Clínica
- Índice de Desvíos en la prescripción de Prácticas acorde a la Evaluación de Tecnologías desarrolladas
- Índice de prescripción de medicamentos acorde a vademécum
- Costo de su consulta vestida
- Consultas anuales por paciente
- Índice de aplicación de Programas Preventivos acorde a edades

4.3. Otras Especialidades Médicas

Cada médico especialista se ocupará de evacuar las consultas médicas que correspondan a los pacientes que fueran derivados por el médico generalista o pediatra, no pudiendo atender pacientes sin la respectiva orden de derivación.

El sistema de remuneración será por acto médico. El acto médico incluirá la consulta más prácticas de baja complejidad (consulta vestida). En caso de tener que realizar un plan de seguimiento, el mismo deberá ser autorizado por el médico de cabecera.

El médico deberá cumplir horario en consultorio para la atención de los pacientes.

Será evaluado según los siguientes indicadores:

- Satisfacción de cartera
- Tasa de re - citaciones
- Índice de cumplimiento de Guías de Práctica Clínica
- Índice de Desvíos en la prescripción de Prácticas acorde a la Evaluación de Tecnologías desarrolladas
- Índice de prescripción de medicamentos acorde a vademécum
- Costo de su consulta vestida
- Consultas anuales por paciente
- Índice de aplicación de Programas Preventivos acorde a edades

5. CONCLUSIONES

Los sistemas de remuneración propuestos intentan alinear los intereses de los actores involucrados (el paciente, el médico y el pagador) según los siguientes criterios:

- Médicos Generalistas y Pediatras: a través del sistema de remuneración por salario variable acorde a altas – bajas de cápitass, la percepción de la cápita a partir del contacto efectivo y el plus por apertura de Historia Clínica, alinea los intereses de la empresa con los del prestador: tomar contacto con el paciente. Con los mecanismos de evaluación se busca cumplir con los objetivos de costo eficiencia y calidad prestacional médica, alineando los intereses del paciente con los del médico y la empresa.
- Médicos Ginecólogos: a través del sistema de remuneración por capitación de consulta vestida, la percepción de la misma a partir del contacto efectivo y el plus cuando se realiza el primer contacto se busca conseguir el mismo efecto que en el caso anterior. Los mismos objetivos (costo efectividad y calidad prestacional) se persiguen con los mecanismos de evaluación. El objetivo perseguido con la consulta vestida es evitar el incentivo a la autogeneración de prácticas de baja complejidad.
- Otros Médicos Especialistas: a través del pago por prestación, y con restricción al libre acceso por parte de los pacientes (sólo por derivación de los médicos de cabecera) se evita la autogeneración de consultas y prácticas.

Para los indicadores anteriormente citados se proponen los siguientes estándares:

- Tiempo de permanencia de las cápitass en su cartera: el 70 % de la cartera deberá superar los 36 meses de permanencia.
- Motivos de baja: los motivos médicos y/o de relación médico paciente debe ser inferior al 0.5 % de su cartera.
- Satisfacción de cartera: las encuestas dirigidas deben dar un índice superior al 90 % de satisfacción en la relación médico/paciente.
- Índice de Apertura de Historia Clínica y tiempo promedio de demora en la apertura de la misma: el 60% de las HC deben estar abiertas dentro de

los 30 días de ingresada la cápita, el 100 % deberá estar completado a los 60 días de dicho ingreso.

- Índice de derivaciones a otras especialidades: el índice de derivación y/o interconsulta no deberá ser superior al 15 % de las consultas/capitado año.
- Consultas anuales por paciente: como piso los médicos generalistas deberán tener un promedio de 5 consultas cápita/año, en el caso de los pediatras variará de acuerdo a la edad de la cápita siendo de 15 consultas anuales durante el primer año de vida para luego promediar las 4 consultas capitado/año. Los médicos ginecólogos deberán realizar 1.5 consultas/capitado año.
- Índice de cumplimiento de Guías de Práctica Clínica: no deberá ser inferior al 80 %.
- Índice de desvíos en la prescripción de prácticas acorde a la Evaluación de Tecnologías desarrolladas: deberán ser menores al 60 % de las prescripciones realizadas.
- Índice de prescripción de medicamentos acorde a vademécum: deberá sersuperioral90%.
- Índice de aplicación de Programas Preventivos acorde a edades y sexo: se deberá aplicar el 100 % de los programas acordados.

Con el sistema de pago propuesto se busca minimizar el exceso e ineficiencia de los tratamientos y los comportamientos indeseables por parte de los distintos actores.

Este trabajo debe completarse con un programa de incentivos y penalidades (premios y castigos) según logros o desvíos de metas previamente establecidas y consensuadas con los médicos.

6. BIBLIOGRAFIA

- a) Temporelli, Karina L. El sistema de pago a médicos como incentivo a la inducción de la demanda. Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur. 2001.
- b) Begoña González-Busto Mugica y Begoña López Fernández. Diseño e implantación de la carrera profesional para los médicos del SNS. Ponencia presentada en las XXI Jornadas de Economía de la Salud, organizada por la AES, Oviedo, 2001. www.simeg.org
- c) Tobar, Federico y Romano Yalour, Margot. Como hacer tesis en Salud Pública. FundaciónISALUD. 1999
- d) Días, Carlos Alberto. Gestión por Proceso: una herramienta indispensable para la mejora de la eficiencia. Fundación ISALUD. 2002
- e) Díaz, Carlos Alberto. Introducción a la Gestión Clínica de los Servicios Asistenciales. Fundación ISALUD. 2003
- f) Cherchiglia, Mariangela Leal. Sistemas de pago y práctica médica: teoría y evidencias empíricas. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de salud. OPS/OMS. 2002
- g) Manoukián, Daniel Esteban. Motivación e Incentivos. Hacia un sistema de motivación en una organización pública de salud. Fundación Isalud. 2003
- h) INSALUD. Pacto de la mesa sectorial de sanidad sobre el sistema de incentivación para el personal facultativo de atención especializada para el 2001. www.msc.es/insalud/docpub/mesasectorial/otrosacuerdos.htm
- i) Martín Martín, José y López del Amo González, María del Puerto. 1994. Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas. Documento Técnico Nº 5. Junta de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- j) Ortún Rubio, Vicente. Economía de la Organización aplicada a la Gestión Sanitaria. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas. Gaceta Sanitaria. 1995, 9:146.7.
- k) Martín Martín, José y Cabasés Hita, Juan. 1995. Contratos de Servicio en el Sistema Sanitario. XV Jornadas de Economía de la Salud.

- l) Cabiades, Laura y Ortún Rubio Vicente. Incentivos a Prescriptores.2001.
www.econ.upf.es/ortun/publicacions/paper34.pdf
- m) Frome Ethan. Ideas sobre como dividir el ingreso entre médicos.
www.achc.org.co/art-revistas
- n) Bernal E., Meneau R., Pradas F., Peiró S., Rídao M.. Sistemas de Incentivos en Atención Primaria. www.svmfyc.org/Revista/Num6-1999
- o) Denis, Jean Louis. Incentivos en servicios de salud. Un panorama de teorías y paradojas. Universidad de Montreal.1999.