

# Aplicación de un modelo de pago mixto de los honorarios profesionales en un centro médico sindical en busca de fortalecer el primer nivel de atención mejorando su accesibilidad, la duración de las consultas y los costos del servicio



Por Ariel Gustavo Eisemberg

Médico (UNR). Magister en Economía y Gestión de la Salud, especialista en Tocoginecología, especialista en Salud Social y Comunitaria, especialista en Auditoría médica, especialista en Gestión y Administración de los Servicios de Salud, diplomado en Nutrición Clínica, docente de la cátedra de Ginecología y Esterilidad de la Universidad UAI Rosario, secretario Acción Social Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA) Santa Fe, auditor-coordinador Centro Médico OSECAC Rosario

**Directora de Tesis:**  
Mag. Ruth Litmanovich

**Codirectora de Tesis:**  
Mag. María Cristina López

## Introducción

El diseño de métodos alternativos y competitivos en la modalidad de remuneración médica es prioridad en las políticas de calidad de las empresas de salud, tanto por su relación con los costos, como por la satisfacción de sus usuarios, resultando uno de los principales condicionantes del desempeño profesional (Tobar, 1998).

Tomando como referencia el concepto de calidad del programa Ibérico, que la define como la “provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” (Saturno, 2005), se observa que los profesionales ocupan un lugar de privilegio para el cumplimiento de las dimensiones que la componen, donde el concepto de la atención primaria de la salud toma un lugar relevante como modelo de gestión considerándola la puerta de entrada al servicio (Vignolo, 2011).

El desempeño profesional afecta las dimensiones de la calidad y la atención primaria mediante el aporte de conocimiento, brindando eficiencia, permitiendo accesibilidad y

efectuando tareas de promoción y prevención en salud, que derivan en satisfacción de los usuarios (Soto Álvarez, 2007). A su vez el desempeño está influenciado por diferentes incentivos que recibe por su labor, y para el presente trabajo de investigación se consideró al incentivo económico como referencia y la manera que impacta en el servicio (Urquiza, 2012).

Encontrar la modalidad de pago que permita un equilibrio adecuado para obtener un servicio que no muestre barreras en la accesibilidad y que permita la eficiente asignación de los recursos disponibles, resulta en una herramienta de gestión gerencial de alto valor para poder prestar un servicio de calidad (Yuan et al., 2017)

Uno de los desafíos para la gestión en salud es brindar mayor calidad por menos dinero, basados en la atención centrada en el paciente, permitiendo accesibilidad, respaldados por un modelo de medicina preventiva, siendo eficientes en la asignación de los recursos, bajo una mejora continua del servicio, dotándose del recurso humano en número suficiente y adecuadamente capacitado, permitiendo resolver la mayoría de los problemas sanitarios (Adell et al., 2009).

La atención primaria de la salud como niveles de atención, es la que mayormente se adapta en brindar un servicio accesible, con una duración adecuada de la consulta, reduciendo la desviación de los recursos, siendo una de las vías más eficientes y equitativas para organizar el sistema (Ortún, 2011).

Así planteado, el primer nivel es el contacto inicial del usuario con el sistema de salud y este incluye medicina general, clínica médica, pediatría y ginecología y obstetricia. El segundo nivel abarca otras especialidades médicas, cuya atención es relacionada a patologías determinadas u órgano-específicas. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población (Etchebarne, 2001).

El tercer nivel se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, de patologías complejas que requieran procedimientos especializados y de la alta tecnología (Vignolo et al., 2011).

Disponer de un primer nivel bien estructurado, con horas profesionales dotados de competencias científico técnico

cas idóneas, se traduce en mayor accesibilidad, posibilidad de efectuar un seguimiento longitudinal con alta contención y eficiencia en la prestación, maximizando los costos del servicio (Villalba, 2007).

Implementarlo exige evaluar los recursos disponibles, las necesidades estructurales y operativas considerando la accesibilidad, los factores económicos, la adecuación y sostenibilidad de los recursos que garanticen la calidad de la atención (Macinko, et al., 2007).

Los médicos generan una mayor o menor accesibilidad según su presencia o no en el lugar de trabajo, poniendo límites en la cantidad de pacientes a ser atendidos, el tiempo atribuido a la consulta, repercutiendo en los costos, y esto toma trascendencia en la atención primaria de la salud, donde su propósito es cubrir las necesidades de los usuarios, e identificar las barreras que pueden interferir (Henrique & Calvo 2008).

La modalidad del pago de los honorarios afecta el desempeño y función profesional en la institución, teniendo influencia directa en la calidad del servicio, donde su contratación se basa en una relación de agencia imperfecta, con altas dificultades para evaluar y controlar la asimetría de la información, trayendo aparejado el riesgo moral y la selección adversa (Oro, s.f.).

Ante la asimetría de la información disponible modifican su conducta profesional, en el tiempo de permanencia en el servicio, el tiempo brindado a la consulta, e influyendo en la asignación de los recursos económicos.

Los modelos de pago básicos son:

- Pago por prestación, con ingresos directamente relacionados con la cantidad de atención médica prestada, incitando a una atención veloz y alta recitación de los pacientes (Buglioli et al., 2002). Esta tiende a aumentar los gastos debido a una mayor cantidad de atención brindada y mayores costos administrativos (Devlin & Sarma, 2008).

- La capitación, considera un número determinado de pacientes a su cargo en un período de tiempo determinado, y el incentivo es aumentar los pacientes disponibles en cartera, tendiendo a captar pacientes sanos y referir los potencialmente enfermos (Rudmik et al., 2014).

- Pago por salario, determinado por el conjunto de ac-

tividades que realice durante un período de tiempo. La atención no afecta el honorario, y recibirá su sueldo tanto atendiendo un número determinado de pacientes, o incluso cuando ningún paciente concurra al servicio.

En un intento por mejorar el desempeño profesional, estas formas puras de pago son modificadas mediante la aplicación de mixturas que las combinan en forma variable, con el agregado en ocasiones de incentivos económicos (Abelsen & Olsen, 2015).

Se han implementado combinaciones de los tres sistemas para potenciar las bondades y contrarrestar las dificultades que conllevan incluyendo el salario y prestación pactada; salario y prestación con techo fijo; o el pago por acto médico a entidades grupales (Hurtado Hoyo et al, 2009).

Estos mecanismos de pago mixto han sido objeto de críticas y defensas generadas por los actores involucrados, resultando en la necesidad de incorporar nuevas modalidades donde la aplicación del cobro de un monto fijo se asocie a un elemento variable relacionado a la buena práctica, la productividad o sea ajustada al riesgo (Bugioli, 2002).

Resulta de utilidad la aplicación de un componente prospectivo, representado por un monto fijo a definir y un componente retrospectivo, que constituye un reembolso

marginal como un pago de tarifa por servicio de un valor reducido (Canadian Health Services Research Foundation, 2011).

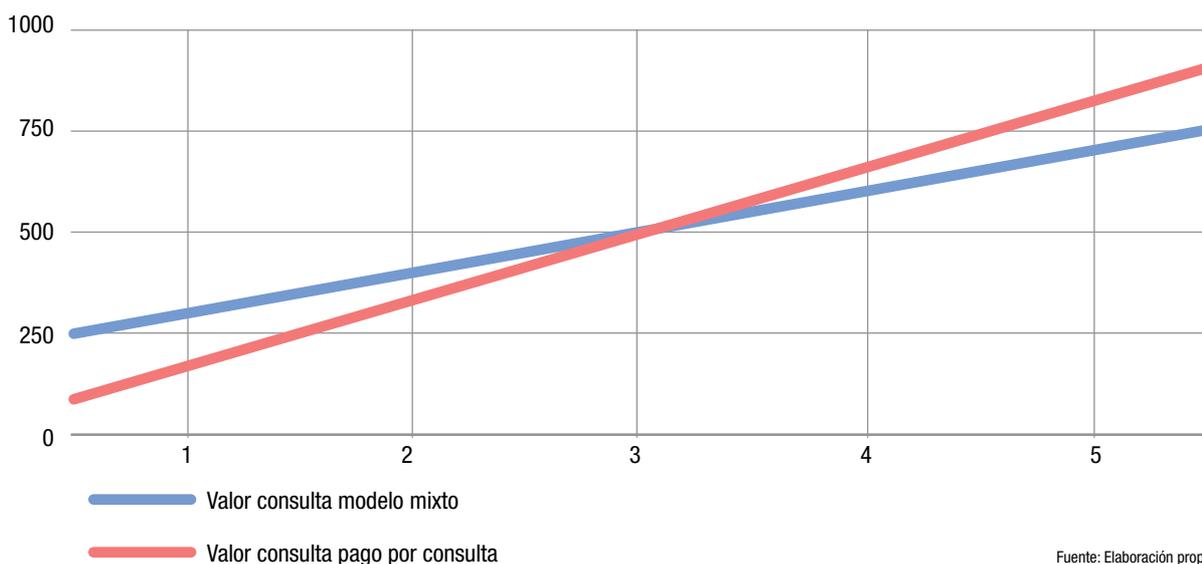
El profesional percibe un monto fijo por el servicio prestado y siente el incentivo de atraer a los pacientes para su atención, con la limitante de un techo generado por el menor valor a percibir por alistar un mayor número de pacientes.

En la combinación de un pago por hora de atención más las consultas atendidas, el profesional cuenta con el estímulo de permanecer en la institución por cobrar un monto fijo por su permanencia en la misma, actuando a modo de salario mínimo, que a su vez está asociado a la variabilidad atribuible a la cantidad real de horas trabajadas, de manera que la ausencia del trabajador repercute sobre el salario a percibir.

Determinar un monto fijo por consulta atendida, a pesar de ser inferior al modelo por prestación, actúa de manera similar al mismo, ya que sumado al salario por las horas asistenciales, estimulará el deseo de incorporar pacientes a su grilla, diferenciándose por encontrar un techo en la cantidad de pacientes a atender, que será determinado por un punto de equilibrio estipulado entre ambas modalidades. Una vez superada esa cantidad de consultas deja de ser un atractivo económico engrosar la lista de pacientes.

Gráfico 1

## Comparativa del valor consulta en el modelo mixto y valor consulta pago por consulta



Fuente: Elaboración propia

En este trabajo de investigación se planteó una modificación en la modalidad de pago a los profesionales del primer nivel y cardiología, pasando de un modelo por prestación hacia una forma mixta que comprenda horas trabajadas y pacientes atendidos considerando oportunas 3 consultas por hora.

Para calcular los valores atribuibles a la hora de atención y la consulta médica originados en la transición, se confeccionó la siguiente fórmula:

$$(\text{Valor consultas por prestación} \times 3) / 5 = Y$$

$$\text{Valor de la hora de atención} = Y \times 2 \quad \text{Valor de la consulta} = Y$$

Se consideró como referencia el valor de la consulta del pago por prestación según la sumatoria de 3 consultas atendidas en una hora, constituyendo el punto de equilibrio. Ante la división de este valor por 5, se atribuyó dos quintas partes al valor de la hora médica y una quinta parte por cada consulta atendida, comparadas gráficamente se pueden ver en el gráfico 1.

En el pago por prestación el aumento de los honorarios está directamente relacionado a la sumatoria de la cantidad de consultas médicas atendidas en una hora, diferenciándose del modelo de pago mixto, donde el profesional que atienda un número menor a 3 pacientes en

una hora, estará percibiendo un valor relativo mayor por consulta vinculado al monto fijo que implica la hora de atención, pero que al atender menos de 2 pacientes por hora lo afectaría negativamente diferenciándose del modelo de pago por salario.

Al superar las 3 consultas en la hora, el monto a percibir será menor al correspondiente al pago por prestación, desmotivando el deseo de incorporar un mayor número de pacientes a su grilla horaria.

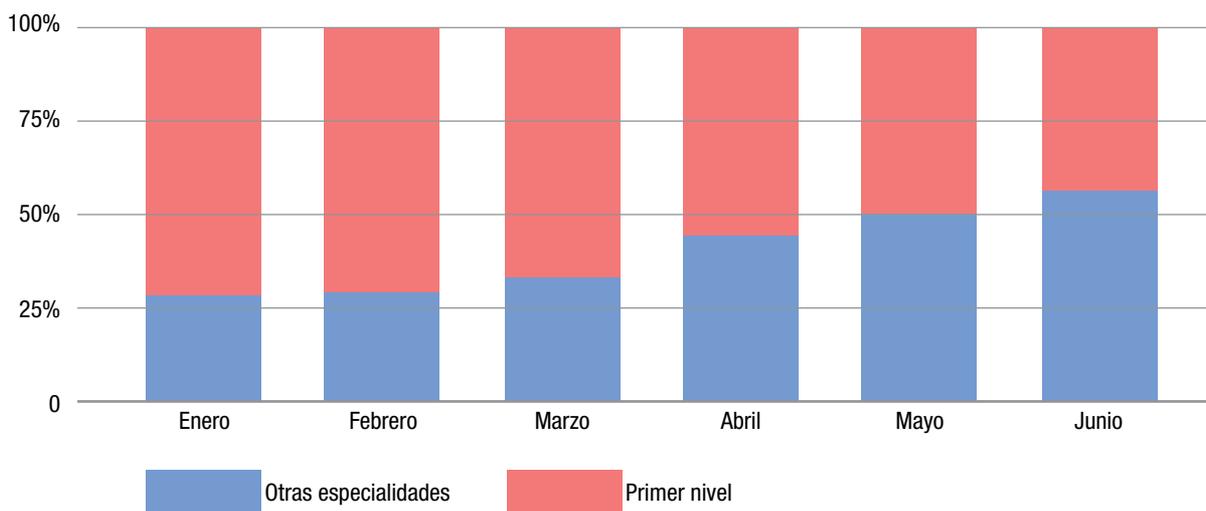
La tasa de consulta es un indicador que permite visualizar el desempeño de los médicos, determinando la cantidad de pacientes propuestos para ser atendidos en una hora:  $\text{Número de pacientes} / \text{horas trabajadas}$

Una tasa de consulta de 3 pacientes por hora resulta adecuada brindando un estimado de 20 minutos por consulta, permitiendo realizar una adecuada anamnesis y examen físico, disminuyendo el pedido de estudios complementarios.

## El problema que motiva la investigación

Para el análisis de los indicadores de calidad, se confeccionó un tablero de mando integral, donde se identificaron dificultades relacionadas con la práctica profesional abarcando

**Gráfico 2**  
**Relación porcentual de profesionales de primer nivel con otras especialidades**



Fuente: Elaboración propia

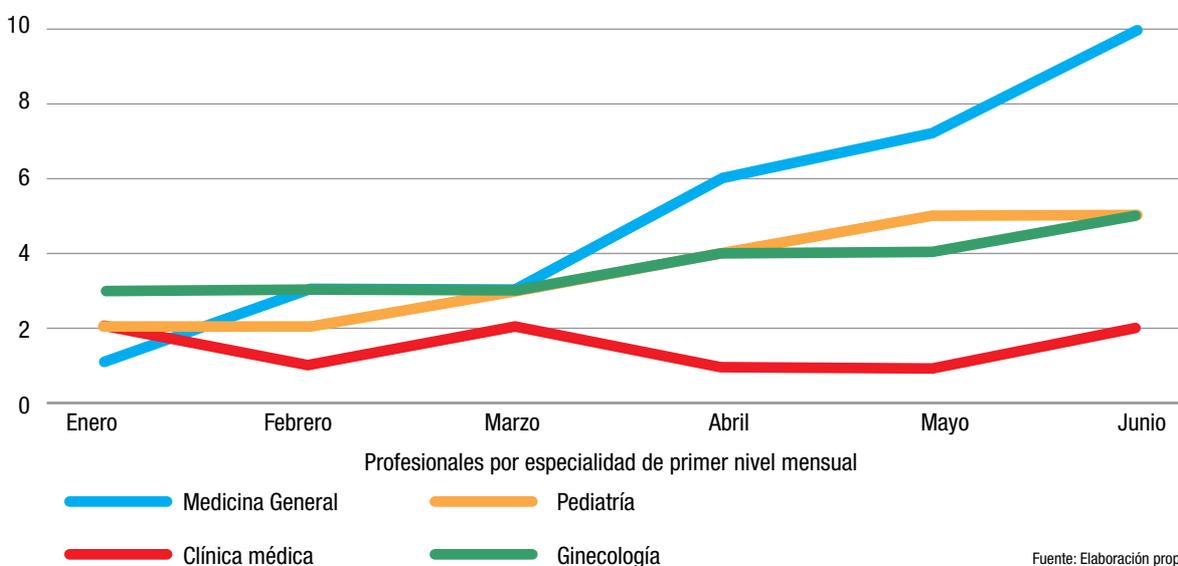
la accesibilidad por una carencia de médicos del primer nivel de atención, consultas extremadamente breves y una ineficiente asignación de los recursos económicos.

El primer nivel relegado, se asoció a la falta de profesionales y horas médicas disponibles, dificultad en la asignación de turnos, junto a una atención veloz generando una barrera en la accesibilidad e ineficiente asignación de los recursos económicos disponibles influenciando en los costos del servicio.

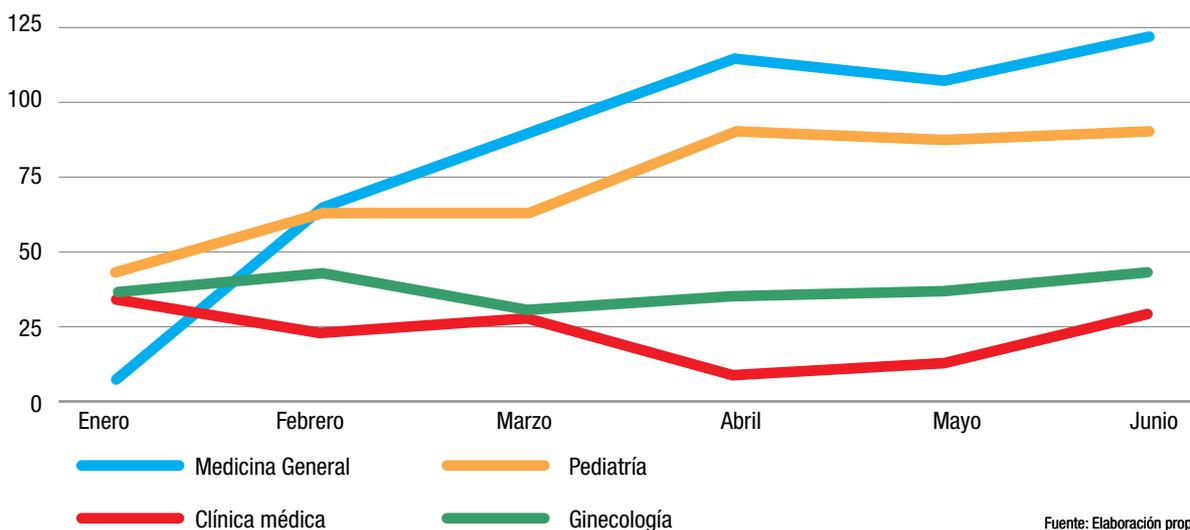
Con motivo de revertir la situación diagnosticada, surgió la pregunta que motivó la investigación:

¿Cómo afecta la aplicación de una modalidad de pagos mixtos de los honorarios médicos combinando un monto fijo por hora trabajada, más el correspondiente a las consultas atendidas en la accesibilidad, la duración de la consulta y los costos de un centro médico sindical en una gestión orientada hacia el fortalecimiento del primer nivel de atención?

**Gráfico 3**  
**Profesionales por especialidad del primer nivel mensual**



**Gráfico 4**  
**Comparativa del valor consulta en el modelo mixto y valor consulta pago por consulta**



## Objetivos

### Objetivo general

Analizar si la aplicación de un modelo de pago mixto de los honorarios profesionales combinando las horas trabajadas y consultas atendidas colabora en el fortalecimiento del primer nivel de atención mejorando la accesibilidad, el tiempo de duración de las consultas y los costos en un centro médico sindical de la ciudad de Rosario en los meses de enero a junio del 2019.

### Objetivos específicos

- Evaluar si la modalidad de pago mixto implementada colabora en mejorar la accesibilidad al centro médico mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención.
- Analizar cómo influye en el tiempo de duración de la consulta médica la modificación del modelo de pago hacia una variante que comprenda horas trabajadas y consultas atendidas.
- Determinar si el cambio en la modalidad de pago desde un modelo por consultas médicas hacia uno mixto que combine las horas trabajadas y las consultas atendidas puede repercutir en los costos del servicio.

### Metodología

El presente trabajo corresponde a una investigación cuantitativa, descriptiva, longitudinal y retrospectiva que se aplicó sobre los cambios obtenidos por la modificación en el modelo de gestión con un enfoque centrado en el fortalecimiento de su primer nivel de atención y la modificación de la modalidad de pago desde un modelo por prestación de servicio hacia uno mixto combinando cantidad de horas trabajadas y consultas atendidas.

Se tomó como referencia un centro médico perteneciente a una obra social sindical, ubicada en la zona céntrica de la ciudad de Rosario, dando cobertura a una población aproximada de 7500 afiliados, contando con 9 consultorios para la atención médica, sala de RX, ecografía y laboratorio bioquímico.

A partir de enero 2019 se realizó un diagnóstico de situación mediante la confección de indicadores, tomándolo

como punto de referencia diagnóstica para evaluar los efectos producidos por la implementación de los cambios del modelo de pago, poniendo énfasis en el reforzamiento del primer nivel de atención.

La implementación de las modificaciones en las especialidades consideradas fue gradual, incorporando la nueva modalidad de pago desde Febrero a clínica médica y medicina familiar, en Marzo a ginecología, y en Abril a pediatría.

Si bien cardiología no pertenece al primer nivel de atención, también se incluyó en la modalidad de pago mixto a partir del mes de Febrero siendo modelo de cómo influye el cambio de la modalidad de pago en otras especialidades.

Para el desarrollo del presente estudio, el valor de los honorarios por prestación se encontró en \$165 por consulta, mientras que el correspondiente a la nueva modalidad de pago se fijó en \$200 por hora trabajada y \$100 por consulta atendida. Durante el período de tiempo que duró el estudio no se produjo ningún cambio ajustado a la inflación.

Se analizaron estadísticamente los indicadores seleccionados para la evaluación de la accesibilidad, duración de la consulta y los costos del servicio, que fueron planteadas dentro de los objetivos de la investigación, y se procedió a la descripción de los cambios obtenidos por la aplicación en forma gradual de la nueva metodología de pago de honorarios profesionales.

## Resultados

Se modificó paulatinamente el recurso humano disponible mediante la incorporación de nuevos profesionales, pasando de disponer 29 médicos en enero a 39 en junio.

### Total de profesionales disponibles en forma mensual

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
29	31	33	34	34	39

Fuente: Elaboración propia

Se calculó el índice de rotación de los profesionales, considerando las incorporaciones y bajas, donde 5 médicos se desvincularon y 15 se incorporaron, dando un saldo positivo en su disponibilidad.

Las desvinculaciones fueron 2 por motivos jubilatorios, una en marzo de ginecología y otra en junio por clínica médica. Las 3

restantes fueron por decisión personal, correspondiendo una a clínica médica en febrero, y dos a ginecología en marzo.

Bajo la mirada en la atención primaria, las incorporaciones fueron médicos del primer nivel, desplazando en el porcentual disponible hacia este grupo, que en enero solo representaban un 28%, alcanzando un 56% en Junio, sin modificaciones en las otras especialidades durante el estudio.

La principal incorporación fue de médicos generalistas que de 1 solo profesional en enero pasó a contar con 10 en junio, pediatras con 2 profesionales al comienzo del estudio contó con 5 al finalizarlo y ginecólogos que de 3 en enero pasó a disponer 5 en junio.

Buscando mayor accesibilidad administrativa, se aumentó el total de las horas de atención disponibles en el centro médico pasando de 292 horas en enero a 394 horas en junio.

### Total horas médicas mensual

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Horas totales	292:50	320:05	364:20	430:00	386:15	394:50

Fuente: Elaboración propia

La incorporación de horas en el primer nivel reflejó el aumento de la cantidad total de horas disponibles, efectuándolo sin modificar la disponibilidad del resto de las especialidades.

### % horas médicas del primer nivel/horas médicas totales

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
49,91%	59,99%	66,31%	67,44%	71,22%	78,33%

Fuente: Elaboración propia

Medicina general fue la especialidad que mayormente aumentó su disponibilidad pasando de 10 horas semanales en enero a 125 horas en junio. Pediatría aumentó de 40 horas en enero a 80 en junio. Esta disponibilidad horaria se relacionó con la incorporación de nuevos profesionales.

Ginecología, a pesar de modificar su plantel profesional, no reflejó un cambio en la cantidad de horas disponibles que mantuvieron escasas modificaciones, de la misma manera que clínica médica sostuvo su disponibilidad horaria.

El aumento en la totalidad de médicos se acompañó de una reducción de la tasa de consulta general del centro asistencial como indicador de mayor duración de la consulta, donde en enero se atendían más de 5 pacientes por hora, acercán-

dose a 3 en junio, modificando los tiempos de atención de 11 a 20 minutos por paciente.

### Tasa de consulta del centro médico

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
5,33	3,93	3,31	2,60	3,16	2,78

Fuente: Elaboración propia.

Las consultas del primer nivel fueron las que mayormente mostraron cambios en la cantidad de pacientes atendidos por hora con importantes modificaciones en la tasa de consulta.

### Tasa de consulta del primer nivel de atención

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Tasa de consulta	6,79	4,00	2,89	2,57	2,78	2,30

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran diferencias en las distintas especialidades del primer nivel en la medida que se han aplicado modificaciones en la plantilla profesional, disponibilidad de horas médicas y la aplicación del modelo de pago de honorarios mixtos.

La impronta sobre la tasa de consulta tras la intervención fue muy notoria, sobre todo en pediatría y clínica médica, con valores extremadamente altos en enero, que fue revirtiéndose paulatinamente como muestra la siguiente tabla.

### Tasa de consulta por especialidades del primer nivel

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Medicina general	1,86	0,51	1,67	1,98	2,54	2,52
Clínica médica	6,03	4,26	3,56	4,06	3,75	2,00
Pediatría	9,48	6,10	4,06	2,88	2,67	2,28
Ginecología	4,92	2,77	2,49	2,26	2,19	1,58

Fuente: Elaboración propia.

En clínica médica los tiempos de duración de las consultas pasaron de 10 minutos en enero a 30 minutos en junio. Es llamativo como de febrero a mayo la tasa osciló en valores próximos a 4 lo que representó una duración de 15 minutos o menos por consulta, situación que se modificó con la jubilación del profesional en junio más allá de contar con 2 especialistas. Medicina general fue la especialidad con mayores modificaciones, incrementando los profesionales disponibles y horas

médicas en forma mensual, acompañado de un aumento en la cantidad de pacientes atendidos, reflejándose en la tasa de consulta de los profesionales con valores ascendentes.

Pediatría mostró una tasa de consulta extremadamente alta en enero, con duración promedio de 8 minutos por paciente, mostrando un elevado déficit en calidad de atención. La reducción de la tasa de consulta otorgó una duración aproximada a los 25 minutos.

En ginecología la tasa de consulta decreció hasta valores inferiores a 2 consultas en Junio, pudiendo interpretarse como sinónimo de excedente en la cantidad de horas profesionales ofrecidas, habiendo sido responsable en gran medida de mostrar la caída general en la tasa de consulta del primer nivel de atención.

Cardiología, única especialidad fuera del primer nivel en la que se aplicó la nueva modalidad de pago, mantuvo sus 2 profesionales durante el tiempo que duró el estudio, mostrando una reducción del número de pacientes atendidos por hora con una duración en la consulta cercana a 15 minutos en la mayoría de los meses llegando a ser en junio un paciente cada 20 minutos.

### Tasa de consulta cardiología

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Cardiología	7,31	5,70	3,78	3,37	4,23	2,88

Fuente: Elaboración propia.

Esto tiene relación directa con el incentivo presentado para esta especialidad de la realización de electrocardiogramas como práctica a facturar en forma independiente del honorario percibido por consulta.

Las especialidades donde no se modificó la modalidad de pago mostraron una tasa de consulta siempre elevada, y esto se sustenta en la necesidad de incorporar un número mayor de pacientes para su atención para poder percibir honorarios mayores, situación característica del pago por prestación.

### Tasa de consulta especialidades pago por prestación

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Tasa de consulta	3,87	3,82	4,15	3,09	5,09	4,50

Fuente: Elaboración propia.

Resulta importante aclarar que durante el estudio no fue restringido el ingreso directo a las especialidades médicas. La aplicación de la nueva modalidad de pago modificó en los valores de la consulta que representaron un claro indicador de eficiencia aportado por el modelo.

Los gastos por honorarios médicos correspondientes a las consultas se redujeron en la medida que se aplicó la nueva modalidad de pago.

### Gastos por honorarios asociados a las consultas

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
\$257.070	\$224.990	\$206.155	\$202.145	\$224.790	\$196.425

Fuente: Elaboración propia.

Los gastos por el pago a los profesionales fue inferior al presentado al mes de enero tomado como referencia, a pesar de haber incorporado profesionales y horas de atención.

El valor relativo pagado por consulta aumentó con el nuevo modelo de pago ante tasas de consulta inferiores a 3 en relación al correspondiente al pago por prestación

Se aumentó el número de profesionales, la cantidad de horas médicas, y se redujeron los costos por pago de honorarios profesionales, pero el valor relativo de la consulta en el centro médico aumentó.

### Valor relativo de la consulta por mes

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
\$165,00	\$179,68	\$167,45	\$187,00	\$169,01	\$179,22

Fuente: Elaboración propia

Cada especialidad en particular mostró cambios asociados a la tasa de consulta y el valor relativo por paciente atendido.

Un aumento en la cantidad de pacientes atendidos por hora asociados a un aumento de la tasa de consulta, afecta negativamente en el honorario percibido por cada consulta atendida, dando como resultado que al superar la tasa de consulta de 3 el valor por consulta será menor a los \$165 percibidos por prestación.

Medicina general siempre mantuvo tasas de consultas inferiores a 3, mostró valores relativos por consultas más elevados respecto a la modalidad por prestación.

## Valor relativo de la consulta en medicina general

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Valor consulta	\$165,00	\$192,20	\$219,66	\$200,87	\$178,68	\$179,22

Fuente: Elaboración propia.

Pediatría redujo su tasa de consulta desde abril e impactó en forma directa en su valor teórico.

## Valor teórico de consulta de Pediatría

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Tasa consulta	9,48	6,10	4,06	2,88	2,67	2,28
Valor consulta	\$165,00	\$165,00	\$165,00	\$169,50	\$174,89	\$187,80

Fuente: Elaboración propia.

Los estándares de calidad para la atención en pediatría, muestran una duración por consulta próxima a los 30 minutos, situación que se reflejó en la tasa de consulta cercana a 2 en Junio. El aumento relativo del valor de la consulta, permitió a los profesionales dedicarles mayor cantidad de tiempo para la atención del paciente, según lo sugerido por la Sociedad Argentina de Pediatría.

Clínica médica mostró tasas de consulta próximas a 4, salvo junio siendo el único mes en que obtuvo un valor de 2 pacientes por hora relacionado a la jubilación de un profesional. De esta manera el monto percibido por consulta ante una tasa superior a 3, se reflejó en un valor relativo de consulta inferior.

## Valor relativo de la consulta en clínica médica

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Tasa consulta	6,03	4,26	3,56	4,06	3,75	2,00
Valor consulta	\$165	\$146,94	\$156,25	\$123,29	\$153,33	\$200,00

Fuente: Elaboración propia.

Ginecología presentó una fuerte reducción en su tasa de consulta y el valor relativo pagado consulta resulta elevado en comparativa con el resto de las especialidades, siendo esto motivado por la demandada por los usuarios.

## Valor relativo de la consulta en ginecología

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Tasa consulta	4,92	2,77	2,49	2,26	2,19	1,58
Valor consulta	\$165,00	\$165,00	\$180,26	\$188,61	\$191,36	\$226,47

Fuente: Elaboración propia.

## Conclusión

El análisis de los resultados luego de aplicar las modificaciones correspondientes a la disponibilidad de horas médicas y el reforzamiento del primer nivel de atención a través de la incorporación de médicos generalistas, pediatras, clínicos y ginecólogos, junto con la modificación en la modalidad de pago pasando desde un modelo por prestación hacia uno de forma mixta que abarca las horas trabajadas y consultas atendidas, mostró una mejoría en la accesibilidad al centro médico, donde los usuarios dispusieron de una mayor oferta, que acompañó a la demanda generada. La puesta en valor del primer nivel contemplando la oferta y demanda por los usuarios, permitió mejorar la accesibilidad brindando mayor disponibilidad de horas de atención y una ampliación de la grilla profesional.

Las consultas médicas dispusieron del tiempo adecuado para cumplir con los requisitos mínimos planteados por la bibliografía, pasando de disponer de menos de 10 minutos en Enero a los 25 en junio.

La tasa de consulta permitió un adecuado seguimiento del desempeño de los profesionales de las distintas especialidades, mostrando una mayor dedicación de tiempo por paciente atendido.

En las especialidades que siguieran con pago por prestación, la tasa de consulta se mantuvo elevada, evidenciando la tendencia de aumentar el número de pacientes atendidos, característico de los modelos del pago por prestación para lograr honorarios más elevados.

Los gastos por el pago de los honorarios profesionales se redujeron impactando en los costos, más allá de la incorporación de nuevos profesionales y horas de atención, pero el valor relativo de la consulta por pago mixto mostró una mejoría, actuando a modo de incentivo para brindar el tiempo necesario para la atención según los estándares de calidad.

La nueva modalidad de pago permitió aumentar el número de profesionales, cantidad de horas de atención y tiempo brindado a la consulta, conteniendo los costos generales del servicio que incluso disminuyeron, haciendo que el valor relativo abonado por consulta atendida sea superior.

## Discusión

La gestión propuso como meta brindar un servicio de calidad ofreciendo una mayor accesibilidad en el orden institucional, consultas con una duración adecuada, y eficiencia.

Para su puesta en práctica, se modificó la organización en base al modelo de la atención primaria y se aplicó como herramienta para lograr eficiencia la implementación de una nueva modalidad de pago de los honorarios mixta a los profesionales de las especialidades que la conforman y de cardiología.

Se efectuó un análisis del recurso disponible y las incorporaciones que resultaban indispensables para fortalecer el primer nivel, considerando la adecuada reorganización del recurso humano como factor decisivo en el desarrollo de los procesos (Quintana, 2000).

La cantidad de profesionales que se disponían durante enero se modificó mediante el reclutamiento bajo un perfil ajustado a la atención primaria como estrategia para garantizar el acceso equitativo, teniendo la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población (Ortún, s.f.).

El estudio mostró un desplazamiento de las especialidades específicas por médicos del primer nivel con experiencia en el manejo de la patología frecuente, en la búsqueda de una relación médico paciente que contenga a la persona que desea ser escuchada sobre su problema de salud. (Maglio, 2012)

A pesar de considerarse que se seleccionó el personal idóneo, una vez que es reclutado y seleccionado, las personas tienen sus objetivos personales que luchan por alcanzar, y muchas veces se valen de las organizaciones para lograrlo (Chiavenato, 2018).

En la contratación de los profesionales, a pesar de su orientación hacia el primer nivel, existe la posibilidad de riesgo moral asociado a un comportamiento oportunista, donde la asimetría de la información constituye un factor determinante para la ocurrencia del mismo.

Se consideró los riesgos de la selección adversa y el modelo de pago mixto implementado mostró una importante contención logrando el cumplimiento del horario pautado en la contratación y un tiempo adecuado para la atención de los

pacientes, mejorando la disponibilidad horaria y una tasa de consulta adecuada. No obstante resulta insuficiente en el tiempo para evaluar el comportamiento oportunista a largo plazo de los médicos.

Solo tres profesionales tomaron la decisión de abandonar el centro médico alegando motivos personales, y dos casos que se desvincularon por edad jubilatoria, no demandando ninguno de ellos el por pago de indemnizaciones.

Más allá que se incorporaron profesionales gradualmente durante el tiempo del estudio, siempre el equilibrio de consultas realizadas fueron dirigidas hacia el primer nivel, incluso cuando se contaba con un número reducido de profesionales, señalando la búsqueda por los usuarios de la contención brindada por el marco de un primer nivel de atención, buscando la referencia del médico de familia o de cabecera. Es evidente que las personas siguen buscando poder identificarse con un profesional que las escuche y abrace (LizarasoCaparó & Ruiz Mori, 2016).

Poder brindar un servicio que permita una relación médico – paciente centrada en la promoción y prevención en salud, requiere la asignación de un tiempo adecuado para poder efectuarlo en el ámbito del consultorio, de allí que la duración de la consulta es parte integral de la calidad de la atención, habiendo estudios que muestran que en el primer nivel le dedican más tiempo a la consulta en relación al resto de los especialistas (Rabbia, 2007).

La evolución de la tasa de consulta de pediatría, evidenció la diferencia originada por los cambios en la modalidad de pago. En enero, cuando el pago era por prestación, la duración de las consultas fue aproximadamente de 8 minutos, en febrero fue cercana a los 10 minutos y luego mediante la incorporación de profesionales y horas asistenciales, junto a la modificación al modelo de pago mixto, se logró reducir la tasa de consulta, permitiéndole una duración próxima a 25 minutos en junio, acercando a lo sugerido por Sociedad Argentina de Pediatría, siendo su estimación próxima a los 30 minutos (Gleich, 2017).

En medicina general la incorporación de nuevos profesionales y un aumento de sus horas disponibles, asociado a la aplicación de la nueva modalidad de pago, la tasa de consulta pasó de menos de 2 en enero a una duración cercana a 25 minutos por atención. En esta especialidad la oferta de horas médicas

fue acompañada por la demanda de los usuarios, respaldando la incorporación de horas y nuevos profesionales.

La bibliografía sugiere que en clínica médica y medicina general las consultas deberían tener una duración mínima de 20 min para satisfacer a los usuarios y cumplir con los estándares de calidad asistencial reduciendo los pedidos de estudios complementarios y tratamientos innecesarios (Otomuro & Actis, 2013).

En clínica médica la tasa de consulta se mantuvo próxima a las 4 consultas por hora, brindándole una duración cercana a los 15 minutos. Solo en Junio, donde se retira por jubilación uno de los profesionales, la tasa pasó a 2 pacientes por hora, siendo la práctica de este profesional la que determinó sus valores durante el estudio.

Ginecología presentó una caída en la tasa de consulta, situación que estaría vinculada a una menor recitación de las pacientes y una mayor contención aportada por los médicos generalistas. La reducción en la tasa se asoció con duración de consultas superiores a los 30 minutos lo cual resulta en un indicador que la oferta superó la demanda por los usuarios.

Cardiología, única no comprendida dentro del primer nivel en que se modificó la modalidad de pago, si bien mejoraron los tiempos de duración de la consulta, el incentivo por los estudios complementarios como el electrocardiograma, motivó la citación de pacientes. Se produjo un conflicto de intereses, donde a pesar de contar con la modificación de la modalidad de pago al sistema mixto, siguieron percibiendo un monto fijo de dinero por práctica, y esto continuó otorgando resultados financieros positivos para el profesional (Doval, 2008).

Se evidencia que la accesibilidad al centro médico mejoró

ostensiblemente, permitiendo una mayor disponibilidad de profesionales y horas médicas, una contención adecuada de la demanda, otorgándole a la consulta el tiempo requerido para brindar escucha, continuidad y posibilidad de efectuar promoción y prevención en salud.

El resto de las especialidades que permanecieron fuera del nuevo sistema de pago, no mostraron diferencias respecto al número de consultas, permaneciendo en ellas la incorporación de pacientes para su atención con motivo de aumentar sus ingresos económicos, manifestando el comportamiento del sistema de pago por prestación.

La eficiencia, ante la aplicación de la nueva modalidad de pago mixto resultó sorprendente, donde los costos del centro médico se han ido reduciendo, situación que sería impensada en otras modalidades de pago, donde la incorporación de nuevos profesionales y la adición de horas médicas producirían aumentos en los mismos.

El incentivo de los profesionales que cobran por consultas es poder incluir un número cada vez mayor de pacientes a su grilla para lograr un aumento en sus honorarios a percibir, mientras que por el contrario, en el modelo mixto aplicado, superadas las 3 consultas atendidas el incentivo económico es menor, ya que a mayor número de consultas el valor relativo tiende a disminuir.

Este es el motivo por el cual los profesionales que perciben un pago de honorarios mixtos tenderían a brindar más tiempo a la atención de los pacientes, pero se diferencia de lo que sucede en el cobro de por salario, donde los trabajadores suelen disminuir al mínimo su actividad laboral, ya que en la modalidad mixta requieren de sumar cierta cantidad de pacientes a su lista de atención para de esa manera lograr un honorario profesional adecuado.

## Bibliografía

- Abelsen, B. & Olsen, J. A. (2015). Young doctors' preferences for payment systems: the influence of gender and personality traits. *Human Resources for Health*, 13. doi: 10.1186/s12960-015-0060-0
- Adell, C. N., Echevarria, C. R. & Borrell Bentz, R. M. (2009). Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 176–183. doi: 10.1590/s1020-49892009000800011
- Buglioli, M., Gianneo, O. & Mieres, G. (2002). Modalidades de pago de la atención médica *Revista Médica del Uruguay*, 18, 198-210
- Canadian Health Services Research Foundation (2011). *Physician payment mechanisms: An overview of policy options for Canada*. Recuperado de <https://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/hospital-funding-docs/CHSRF-LegerPhysicianRenumerationENG.pdf?sfvrsn=0>

- Chiavenato, I. (2018). *Administración de recursos humanos*.
- Devlin, R. A. & Sarma, S. (2008). Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics*, 27(5), 1168–1181.
- Doval, H. (2008). El profesionalismo médico y las prácticas con la industria que crean conflictos de intereses. *Revista Argentina de Cardiología*, 76(5), 417-422
- Etchebarne L. (2001). *Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención*. Montevideo: Fefmur
- Gleich S. (2017). Atender al paciente de la misma manera como quisiera ser atendido. *Noticias Metropolitanas XXIII*, 70, 17-21
- Henrique, F. & Calvo, M. C. M. (2008). Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 809-819. doi: 10.1590/s0102-311x2008000400011
- Hurtado Hoyo, E., Galmés, M., Iraola, N., Dolcini, H., Yansenson, J. & Gutiérrez Zaldivar, H. (2009). Remuneraciones profesionales médicas. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 122(2)
- Lizaraso Caparó, F. & Ruiz Mori, E. (2016). Humanizar la profesión médica. *Horizons Medicaux*, 16(4), 4–5.
- Macinko, J., Montenegro, H., Adell, C. N. & Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21. doi: 10.1590/s1020-49892007000200003
- Maglio F. (2012). El “escuchatorio” en la relación médico paciente. *Intramed*. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=74516>
- Oro, N. (s.f.). Problemas inherentes al aseguramiento. Recuperado de [https://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1291:problemas-inherentes-aseguramiento&Itemid=342](https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1291:problemas-inherentes-aseguramiento&Itemid=342)
- Ortún, V. (2011). *La refundación de la Atención Primaria*. doi: 10.1007/978-84-938062-5-5
- Ortún, V. (s.f.). *La atención primaria, clave de la eficiencia del sistema sanitario*. Barcelona: Universidad de Pompeu Fabra. Recuperado de <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper27.pdf>
- Outomuro, D. & Actis, A. M. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista Médica de Chile*, 141, 361–366. doi: 10.4067/s0034-98872013000300012
- Quintana, P. (2000) Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2).
- Rabbia, M. (2007). *La potencialidad de la microgestión para lograr una mejora de la calidad sanitaria: El aporte de la gestión clínica a la calidad de los servicios de salud* (Tesis de Maestría). Universidad ISALUD, Buenos Aires.
- Rudmik, L., Wranik, D. & Rudisill-Michaelsen, C. (2014). Physician payment methods: a focus on quality and cost control. *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, 43. doi: 10.1186/s40463-014-0034-6
- Saturno P. (2005). *Modelos de gestión de la calidad a la atención primaria. Opina la universidad*. Trabajo presentado en IV jornadas de calidad en atención primaria de Castilla y León, España.
- Soto Álvarez, J. (2007). Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. *Anales de Medicina Interna*, 24. doi: 10.4321/s0212-71992007001100001
- Tobar F., Rosenfeld N. & Reale A. (1998). Modelos de pago en servicios de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, (74), 39-52.
- Urquiza, R. (2012). Satisfacción laboral y calidad del servicio de salud. *Revista Médica La Paz*, 18(2), 65–69.
- Vignolo J., Vacarezza M., Álvarez C. & Sosa A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
- Villalba, R. (2007) Calidad en la atención primaria de la Salud. *Enfermería Global*, (10)
- Yuan, B., He, L., Meng, Q. & Jia, L. (2017). Payment methods for outpatient care facilities (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3). doi: 10.1002/14651858.CD011153.pub2