

Formas de contratación de profesionales en el marco de un manejo gerencial de la salud

Carlo Vinicio Caballero Uribe MD, FACR.*

* Internista y reumatólogo. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Profesor de las Universidades del Norte y Libre de Barranquilla. Director Centro de Artritis y Osteoporosis (CAO).

Correspondencia: carvica@guayacan.uninorte.edu.co

Dentro del esquema general de las reformas de salud y los esquemas basados en el manejo gestionado de la salud; la interrelación con los profesionales de la salud y en especial sus formas de contratación han pasado a ser un punto supremamente importante sobre la cual en cierto modo descansa mucho de la estabilidad del sistema. Hay diferentes formas de realizar las contrataciones las cuales incluyen:

Pago de honorarios por servicios

- *Con concertación de precios:* Es una negociación del precio de la atención en salud que se fija de común acuerdo entre las empresas que administran los servicios y los trabajadores de la salud. Se aplica sobre todo en la consulta especializada, hospitalizaciones y servicios técnicos de diagnóstico. El precio depende de las leyes de mercado sobre oferta y demanda.

Lógicamente establece diferencias entre los deseos de la empresa y de los médicos. Si los profesionales de la salud logran un precio bueno para ellos, se estimula al máximo el servicio, inclusive en exceso.

Este tipo de contratación estimula la demanda por el vínculo que hay entre el ingreso del prestador y el volumen de servicios prestados (*supplier induced demand*) y puede incentivar tratamientos intensivos e innecesarios recayendo el costo del sobreuso sobre el paciente (aumento del valor de pólizas, copagos etcétera). Por otra parte, estimula a la adquisición de tecnología de punta que puede incidir en una mejor prestación de los servicios.

- *Sin concertación de precios:* El precio se fija unilateralmente por quien tiene en su poder el mercado que pueden ser las empresas y con mucha menor frecuencia los médicos. Si son las empresas tenderán a que la remuneración de los médicos sea la menor posible desmotivando y generando conflictos con los profesionales. Si son los médicos las empresas disminuirán sus ganancias. Es posible que mediante la utilización

de incentivos para controlar el abuso de tecnología o los procedimientos innecesarios se logre regular apropiadamente el mercado. El control de precios tiende a estimular la sobrefacturación.

Ventajas:

- Campo privilegiado de uso: Consultas especializadas y hospitalizaciones, servicios de diagnósticos técnicos.
- Familiar y comfortable.
- Ingreso relacionado con el volumen.
- Permite práctica sola o de grupo.
- Estimula adquisición de tecnología de punta.

Desventajas :

- Puede pensarse que las empresas favorecen ciertos especialistas que manejan mayor volumen.
- Población en decrecimiento.
- Mal ingreso a los proveedores si el volumen es bajo.
- Fuertes presiones para controlar los niveles de pago.
- Creciente inconformidad de los profesionales por pagos que consideran injustos de acuerdo a su grado de preparación.
- Los pagadores ven el modelo como más costoso y menos eficiente que modelos más integrados y progresivamente tienden a retirarse de este esquema.

Capitación

Consiste en el pago de una suma fija por cada persona o familia inscrita en una lista. Incluye, por lo general, servicios de primer nivel de atención.

El riesgo lo trasladan las empresas que realizan los pagos hacia los médicos o la entidad contratada y por lo tanto tiene que fomentar aquellas actividades que disminuyan la utilización de los servicios (ejemplo: prevención).

La mayor dificultad que tiene su implementación de definir el valor real de la Unidad de pago de capitación (UPC) con la cual se hacen los presupuestos. Puede estimular la adquisición de tecnología con buena relación costo/ beneficio. Puede haber

- *Capitación directa:* Contrato directo con médico o entidad prestataria.
- *Sub-capitación:* Contrato indirecto a través de un médico o entidad que ya tenga un contrato de capitación.
- *Capitación global:* cuando se incluye un presupuesto general que comprenda todas las actividades a realizar.

Ventajas:

- Familiaridad creciente de las EPS con el concepto, ya que la ley 100 se basa en este sistema. Poco utilizado en las formas de contratación actual por los médicos.
- Ingreso estable según el área contratada: mejora flujo de caja de las empresas y permite realizar presupuestos acercados a la realidad.
- Acceso exclusivo a la población cubierta.
- Beneficia a los estilos de práctica eficientes.
- Poblaciones grandes no seleccionadas pueden disminuir el riesgo de la selección adversa: Entre más grande sea el grupo de personas a atender disminuye el riesgo de la selección adversa de usuarios con las patologías más graves que demandan más gasto de atención en salud.
- Permite estilos de práctica de grupo.
- Foco de muchos pagadores: Debido a que el riesgo se comparte o se traslada con o hacia los médicos o entidades prestadoras de servicios estos pueden hacer presupuestos definidos de gastos en servicios de salud.

Desventajas:

- Poca familiaridad de muchos médicos.
- Altamente objetable para muchos: El concepto tiende a dejar de prestar de servicios en lugar de prestarlos. Desestimula la atención en salud que no sea de tipo preventivo.
- Sólo se beneficia un número limitado de médicos: En especial los grupos con poder económico o unidos en la prestación de servicios.
- Para médicos individuales hay menos compensación relacionada con la productividad: ya que el volumen

de usuarios a atender también es un factor importante en la utilidad final después del ejercicio. A mayores volúmenes de usuarios menos selección adversa y más personas que no consultan y que por ende generan ganancias.

- El riesgo financiero es alto en especial en poblaciones seleccionadas.
- Requiere organización: Un modo de práctica no coordinado es costoso e ineficiente.

Salarios

Consiste en fijar un precio por la prestación de servicios independiente del volumen de consultas. Su campo privilegiado de uso es en sistemas de salud de integración vertical; se utiliza para médicos de atención primaria o "porteros", especializaciones básicas, centros y puestos de salud. No hay incentivos para tener tecnología de punta.

Ventajas:

- Ya se conocen muchos modelos.
- Los ingresos son estables y pueden mejorar con una base de incentivos.
- Los médicos individuales no están en riesgo de una selección adversa.
- Requerimientos mínimos administrativos.
- Control del paciente.
- Sin presión para aumentar el volumen.

Desventajas:

- Menos autonomía personal.
- Futuro ligado al de la organización.
- Tope de ingreso.

Pago por caso

Algunos lo consideran una variante de la capitación con sus ventajas y desventajas. Consiste en el pago por el valor total de un tratamiento estimado con base en todas las consultas que puede requerir.

Es particularmente útil en enfermedades supuestamente prototípicas, en las que teóricamente es fácil calcular el costo promedio y determinar las eventualidades usuales.

Su campo privilegiado de uso es donde hay tratamientos estandarizados (ej. Embarazo, apendicitis, etc.). No fomenta la adquisición de tecnología de punta ya que el pago siempre es el mismo independiente de las ventajas tecnológicas.

Pago por presupuesto histórico y presupuesto prospectivo

- *Presupuesto histórico:* Consiste en el pago de una suma global anual con base en el comportamiento histórico del gasto. Se aplica principalmente a los hospitales.
- *Presupuesto prospectivo:* La suma se estima en base al gasto esperado de la entidad. Su aplicación principal también es en los hospitales.

Beneficios adicionales

Es fundamental apreciar que a pesar de que los proveedores del sector salud (médicos, odontólogos, etc.) tienen, en el peor de los casos, la formación universitaria completa de cinco años, hasta el momento en ninguno de estos esquemas se contempla la posibilidad de beneficios adicionales que incluyan planes de beneficio social.

La contratación se realiza a "destajo", sin prestaciones, seguros, y todos los beneficios que contempla la ley en todos los casos menos en el de los trabajadores asalariados que se acogen a la estructura de beneficios que tiene la empresa donde laboren.

Los honorarios médicos en el caso de la medicina prepagada o en el esquema de la Ley 100 son para el prestatario el equivalente del salario. La forma de pago por su complejidad puede considerarse simplemente el pago por un trabajo realizado, o bien la medida de los individuos en la organización y un medio para alcanzar jerarquía de status dentro de la organización.

Los salarios u honorarios también representan la base del patrón de vida del empleado, de su comodidad, servicios y reservas financieras que proporciona para sí o su familia; definitivamente inciden en el status que se tenga a nivel social y motiva a los empleados con sistemas de incentivos a aumentar sus ganancias y mejorar la de las empresas.

El médico, por su estructura y formación, no debe ser inferior a cualquier ejecutivo medido desde este punto de vista. Un plan de beneficios sociales típicos de ejecutivos incluye uno o varios de los siguientes ítems: automóvil y gastos de mantenimiento, acciones en clubes sociales, restaurante especial para ejecutivos, alquiler de residencia, gastos de educación y salud de dependientes, planes de vacaciones especiales, gastos de viaje a servicio del cónyuge, pagos a asociaciones profesionales, tarjetas de crédito, seguro de vida y accidentes, plan especial de jubilación.

En el área de la salud, la ley 100 contempla programas, hasta ahora inexistentes, de educación médica conti-

nuada, diferentes a los que normalmente se han realizado como parte de nuestra formación de médicos. Con excepción de algún descuento especial en el valor de la medicina prepagada no hay ningún plan de beneficio social para el médico. No deja de ser paradójico como las empresas venden a los usuarios la fortaleza de un cuadro médico con los mejores especialistas e instituciones, captando así usuarios que generan la solidez y utilidades de la empresa y que a su trabajador estrella ya que brinda la atención en salud que es la misión de la empresa, lo contratan a destajo, o le pagan honorarios tardíamente, con descuentos superiores al 50% sobre las tarifas normales.

Teniendo una mente abierta y una visión de cambio un plan de beneficios adicionales con la medicina gestionada o gerencial podría incluir:

- El pago de los servicios de salud para el prestatario y su familia directa.
- Días hábiles de vacaciones pagas de acuerdo al promedio de facturación histórica dentro de la empresa fijando límites superiores e inferiores.
- Subsidio para asistencia a Congresos Nacionales o Internacionales de la especialidad.
- Programa permanente de educación continua a nivel local con costos cubiertos por la empresa.
- Subsidios para compra de libros o revistas médicas.

Formas de contratación en Colombia

La información disponible en Colombia sobre las formas de contratación es bastante limitada (formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud). En una encuesta a fondo de 11 instituciones públicas la tendencia es contratar a los médicos generales "porteros" y los especialistas básicos con gran volumen de consulta por salario. En casos aislados, se observó la contratación por servicios prestados que, sin embargo, domina en el mercado de la medicina prepagada y por capitación que actualmente rige el presupuesto de las EPS.

El valor de los honorarios se negocia entre EPS, IPS y los médicos. Hay excepciones como ciertos cardiólogos, anestesiólogos y médicos con especialidades poco frecuentes en el mercado, que forman pequeños monopolios e imponen sus propias tarifas.

En este contexto cabe destacar la experiencia que se inició en Cartagena y se consolidó en Barranquilla donde por un periodo de 2 años se creó una Asociación de las Sociedades Científicas (Intersociedades Médicas) que aglo-

meró a casi la totalidad de los médicos especialistas de la Ciudad y que han impuesto o negociado sus tarifas basadas en manuales de operación de las diferentes especialidades en una situación de mercado dominante frente a las EPS. Aunque el experimento ha presentado altibajos, y quizás por falta de prudencia, paciencia y perseverancia puede haberse disminuido su impulso inicial, si demostró que las tarifas no son fijas y dependen de las leyes de oferta y demanda.

El movimiento de Barranquilla es interesante porque por primera vez en Colombia, se plantean en forma seria varias alternativas a la relación que se da entre médicos y empresas. El solo hecho de sugerir una autorregulación en los costos generados a la empresa por cuenta de exámenes médicos especiales; una auditoría compartida del trabajo médico y una escala de precios por unidades de valor relativo que son constantes por procedimiento, donde lo que se negocia es el valor del punto, debería ser vista como un aporte sin igual en un medio como el colombiano donde las formas de contratación e interrelación se realizan por costumbre, tradición, simplemente "porque siempre se han hecho así".

El ejemplo de Barranquilla demuestra que la concertación de precios depende del poder de mercado de cada parte. Se encontró que cuando la EPS contrata con Instituciones hospitalarias de tercer nivel estas últimas fijan los precios; si la EPS contrata los médicos es ella, salvo contadas ocasiones, la que fija los precios. La contratación de servicios quirúrgicos y hospitalarios, cuando estos no hacen parte de un servicio integrado, es impuesta por la institución prestadora de servicios.

Factores adicionales que inciden sobre el funcionamiento de los sistemas de contratación

Estas formas de contratación con sus ventajas y desventajas no garantizan per se que funcione adecuadamente la interrelación entre administradores de salud y prestarios de servicios incluyendo los médicos. Es en últimas el mercado de los servicios de salud, su oferta y demanda la que puede modelar el adecuado funcionamiento de estas formas de prestación de servicios.

Hay cuatro elementos que son indispensables para el funcionamiento de cualquier forma de contratación:

- **Papel del Estado:** El Estado debe ser un ente regulador del mercado; no de los precios sino de las fuerzas de mercado. Debe promover el acceso y difundir la información sobre los servicios de salud. Debe concentrarse en solucionar los inconvenientes que afectan

normalmente el mercado de la salud para lo cual es necesario:

- Fomentar las políticas de salud que promueven y garantizan el acceso a los servicios de salud por parte de todos los miembros de una comunidad o país.
- Mejorar las asimetrías de información que hay entre los prestadores de servicios y los consumidores de él, que usualmente desconocen los diferentes precios, opciones, calidad y resultados de los oferentes del servicio que los ayude a tomar una mejor decisión.
- Regular la tendencia natural a que el mercado sea monopólico: Por los costos que tiene la salud, se requieren grandes capitales para estar en él y las utilidades, si se obtienen, dependen de verdaderas economías de escala que desvirtúan las ventajas teóricas asociadas con las diferentes formas de contratación ya que las tarifas serán más frecuentemente impuestas, generando conflictos permanentes entre EPS e IPS.
- **Sistemas de información:** La información es un requisito indispensable para el funcionamiento adecuado de los sistemas de salud y para la efectividad de las formas de contratación como mecanismo regulador. Un sistema de salud centrado en contención de costos, efectividad de intervenciones y regulación del mercado no puede sobrevivir sin la vital toma de decisiones que dan los sistemas de información.
- **Capacidad de gestión:** La capacidad de gestión supone, más que administrar contablemente unos recursos, desarrollar mecanismos innovadores para administrar esos recursos y adaptar los conocimientos externos a las necesidades particulares de una empresa.
- **Control al uso de tecnología:** Utilizándola adecuadamente, fomentando la creación de centros regionales de alta tecnología que no dupliquen esfuerzos se obtiene mejor relación costo - beneficio y disminuyen los costos en salud que a su vez afectan las formas de contratación con los prestados.

Formas de contratación reformas en otros países

Se puede decir, sin temor a equivocarse, que no hay sistema de salud perfecto; de hecho la mayoría de sistemas de salud han tenido una o varias reformas durante los últimos 10 años, lo cual debe abrirnos la mente y reforzarnos a que la búsqueda de un sistema de salud equitativo, eficiente y casi perfecto, es un continuo trasegar por diferentes ensayos. En los siguientes párrafos revisa-

remos brevemente los principales sistemas de la comunidad europea y Estados Unidos para tener un marco de referencia hacia nuestra realidad.

Francia

Tiene un sistema público que sigue el modelo de reembolso para el pago de los servicios médicos y como sistema integrado para el pago de los servicios hospitalarios. Cubre el 99% de la población y realiza el 70% del gasto en salud. Adicionalmente existen unas sociedades llamadas "*mutuelles*" que junto a los seguros privados cubre el 8% del gasto total en salud. Este gasto corresponde a reembolsos que se les hace a los individuos por los copagos y las sobretasas sobre las tarifas de servicios médicos. El gobierno financia otro 4% del gasto para campañas muy específicas y el 17% del gasto en salud es asumido directamente por los individuos.

Un individuo enfermo puede acudir con el médico especialista o general que desee, pagando una tarifa preestablecida. Cuando los especialistas tienen un reconocimiento especial, pueden cobrar por encima de dicha tarifa, en cuyo caso el costo lo asume el paciente.

Alemania

En la actualidad, conviven dos sistemas de aseguramiento que cubren la mayoría de la población. Uno es a través de varios fondos de enfermedades legales, que son de carácter voluntario y privado y amparan a los trabajadores de altos ingresos y cubre el 13% de la población. El otro, es de carácter público y obligatorio, ampara a la población de ingresos medianos y bajos, desempleados y otros y cubre el 75% de la población.

Los fondos son los encargados de contratar los servicios de salud que ofrecen los distintos proveedores. La contratación de los fondos no se hace en forma directa, sino entre los fondos y asociaciones de médicos, a través de un presupuesto global. Las asociaciones le pagan a los médicos por servicio prestado. Al igual que Francia, no existen los "porteros" y los individuos pueden recurrir al médico que deseen. Los fondos casi nunca pueden ser escogidos. El gobierno opera como regulador del sistema. En 1989 se estableció una reforma del cuidado de la salud con cinco tópicos principales:

- Reducir el costo de los proveedores de servicios: En especial los costos relacionados con prescripción de medicamentos y la publicación de listas de precios en los hospitales.
- Aumentar los copagos.
- Se suprimieron algunos beneficios particulares.

- Se hicieron modificaciones en la regulación (control de calidad, incentivos para la reducción del número de estudiantes de medicina).
- Se realizaron cambios en las contribuciones para que fueran más equitativas, dirigidas a convencer a los individuos que podían optar por un sistema privado de la conveniencia de afiliar a sus hijos.

España

Hay un sistema público que cubre la mayoría de la población. Tiene incorporado unos seguros privados que cubren el 3% de la población en forma exclusiva y en algunos casos como complemento de las seguros estatales. El recaudo de ingresos depende de la seguridad social, para el 83% de la población y las asociaciones de servidores públicos (7% de la población). Los copagos básicamente se han utilizado para pago de medicamentos y por compañías de Medicina Prepagada. Es muy limitada la capacidad para cambiar de médico general. Hay evidencia de que una consulta con el médico general tarda 3 minutos y una con el especialista 5 minutos.

Reino Unido

Tiene un sistema de salud integrado, dependiente del *National Health Service* en el 88%. El resto es de tipo privado que se divide en 30% de seguros médicos privados y el restante 70% de medicamentos. Hay médicos porteros que controlan el 75% de las consultas y usualmente no puede el usuario cambiar de médico. Los médicos generales tienen ingresos por capitación y pagos por casos atendidos en visitas nocturnas o servicios de inmunización. Las tarifas las fija el gobierno. Los médicos generales realizan las referencias a los especialistas. Las reformas han introducido elementos de competencia, simplificación de la administración y de control de costos. La flexibilidad en la escogencia de los médicos ha sido uno de los pilares fundamentales de los cambios recientes.

Estados Unidos

Estados Unidos ha sido diferente a los países europeos. Es una mezcla de seguros privados, predominantes en el mercado (74% de la población, que accede al 33% del gasto total en salud aunque el gasto que corre por el cuenta del usuario llega a ser del 25%), un aseguramiento público que cubre solo el 23% de la población (42% del gasto total en salud) y 14% de personas no cubiertas. La participación del estado es reducida con dos programas banderas como el *medicare* para adultos mayores de 65 años y el *medicaid* con programas preventivos y servicios a la población más pobre. El sistema es poco equita-