Productividad médica y sus efectos a partir del programa de vinculación organizacional del Servicio de Maternidad.

Hugo Salinas P [1], Luis Martínez M [1], Patricio Veloz R [2]

Resumen

Se presenta el diseño, implementación y resultados obtenidos por el Programa de Vinculación Institucional definido entre la Dirección del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y una de sus dependencias, el Servicio de Maternidad del Departamento de Obstetricia y Ginecología, a un año de su funcionamiento. Se pone especial énfasis en los resultados en términos de productividad asistencial, calidad de la atención, docencia de pre y postgrado e incentivos ligados a la productividad para el personal médico y no médico. Este modelo ha supuesto una demanda mayor a la capacidad instalada, ha potenciado la relación médico paciente, ha mejorado el tiempo médico destinado a actividades docentes, ha garantizado al Hospital el pago de incentivos sólo por aquellas prestaciones que superan el tiempo esperado pactado de producción y ha contribuido a mejorar los niveles de producción del hospital, disminuyendo con ello los costos unitarios de las prestaciones, entre otros logros.

Summary

It is presented the design, implementation and results obtained for the Program of Institutional linking defined by the Hospital Clínico de la Universidad de Chile and one of its dependencies, the Maternity Service of the Obstetrics and Gynaecology Department, after one year working already. Special emphasis is made on the

[1] *Departamento de Obstetricia y Ginecología. HCUCh.*
[2] *Ingeniero Civil Matemático. Gerencia de Operaciones. HCUCh.*

Correspondencia:
Dr. Hugo Salinas P.
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Clínico Universidad de Chile
Fono 56-2-7375325 / Fax 56-2-7375325
E-mail hsalinas@ns.hospital.uchile.cl

results in terms of assistance profitability for the medical and non medical staff. This model has implied a greater demand to the installed capacity, has strengthen the patient-physician relation, has increased the medical time dedicated to teaching activities, has guaranteed the incentives payment to the hospital only for those performance that go beyond the time agreed and expected production and has contributed to improve levels of production in the Hospital, decreasing at the same time the unitary cost, among other achievements.

Introducción

Los sistemas de salud en el mundo en la actualidad, paulatinamente van a la búsqueda de modelos de financiación que respalden el pago de la actividad que los recursos humanos contratados al interior de éstos generan, más que al pago por el gasto de dichos recursos desligados de su producción.

Desde hace varios años se discute respecto del concepto de productividad aplicada a salud y de la necesidad de estandarizar la productividad de los recursos profesionales médicos y no médicos, entendida como la producción de servicios médicos asistenciales, un tema que no ha logrado éxito principalmente por las diversidades metodológicas que no generan necesarios consensos por parte de los profesionales de la salud [1].

Sin embargo, este asunto cobra cada vez mayor relevancia a contar de la discusión de una gran reforma en el sector salud. Esta reforma pasa por el fortalecimiento de la atención de salud en grandes redes de prestadores públicos y privados y por la incorporación de políticas de contención de costos, no sólo por parte de la aseguradoras públicas y privadas, sino también por los mismos prestadores[2].

Respecto de los prestadores, este tema resulta de vital importancia para aquellos que contratan por jornadas laborales y de menor relevancia para los que no cuentan con recursos fijos. Los institucionales: hospitales públicos, universitarios y de las fuerzas armadas principalmente, requieren en forma permanente evaluar la productividad de sus recursos, médicos principalmente, e incentivar a aquellos que produzcan más. Para los prestadores que no tienen recursos médicos fijos, el tema pudiera inicialmente no tener mayor relevancia, pues los médicos en el ejercicio "privado" de su profesión les generan demanda de servicios agregados. Esta es la situación mayoritaria de las clínicas privadas de mayor tamaño en nuestro país.

En el contexto del prestador que tiene como costo fijo recursos médicos orientados a la producción de prestaciones de salud, se ha diseñado una serie de mecanismos orientados a aumentar la producción de servicios médicos asistenciales, tendientes a incentivarlos y retribuir los aumentos de producción.

Uno de estos mecanismos es por atención "fuera de jornada", entendiendo por ello a aquella actividad asistencial proporcionada en un horario distinto al formalmente contratado. Esta forma de incentivar la producción resulta "natural" para los médicos, pues el esquema de organización sanitario chileno ha privilegiado y se encuentra muy arraigado el trabajo por las mañanas en el hospital, casi en una suerte de beneficencia, y por las tardes el ejercicio liberal de la profesión. Para ello el establecimiento otorga las facilidades para que el profesional preste sus servicios, también por las tardes, recibiendo por ello una proporción de los servicios efectivamente prestados por el médico a sus pacientes.

Sin embargo esta forma de poner incentivos no garantiza el cumplimiento de las responsabilidades asistenciales de parte del profesional para con el empleador, tampoco garantiza que la actividad retribuible se realice

efectivamente fuera de la jornada (cirugías privadas, por ejemplo) e incentiva la autoderivación desde una jornada a otra.

Como una manera de contrarrestar estos inconvenientes, se ha intentado la implementación de metas de producción sobre determinadas prestaciones, por ejemplo, por procedimientos realizados por mes, retribuyendo toda aquella producción que supere la meta. Esto no resuelve por si solo los problemas enunciados, principalmente porque la fijación de metas puede resultar muy subjetiva incentivando la producción de algunas prestaciones por sobre otras, sin considerar la demanda efectiva, atentando contra la eficacia, en un mercado donde la asimetría de la información orienta al cliente a consumir servicios prescritos y no otros.

Algunos postulan la retribución económica de todos aquellos servicios que valorizados a las tarifas de valor venta, sobrepase sus sueldos; desconociendo el principio básico que todo recurso se justificará en la medida que su producto sea superior al costo del mismo, siendo la calificación del profesional un valor agregado contenido en la calidad del servicio otorgado y no necesariamente en el valor final de éste.

Estas experiencias, abundantes en el plano internacional [3] y escasas o nulas en el plano nacional, han llevado a replantear los mecanismos de incentivos a la producción médica (Programa de Vinculación Institucional del Hospital Clínico de la Universidad de Chile), siendo esta propuesta aplicada a la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, una contribución técnica al debate.

Material y Métodos

La disminución de la tasa de natalidad en Chile, unida al aumento de la competencia observada de la atención obstétrica en Santiago y las dificultades detectadas en el sistema de vinculación extrafuncionaria del Departamento de Obstetricia y Ginecología vigente a septiembre del año 2001, nos hicieron plantearnos un nuevo sistema de vinculación, que considerara dichas variables.

Los objetivos del nuevo modelo se orientaron fundamentalmente a:

- Aumentar la oferta docente y asistencial del Servicio de Maternidad.
- Aumentar la calidad de atención, mediante la personalización de dicha atención.
- Generar incentivos a la productividad asistencial de los médicos y mecanismos de retribución económica.
- Mejorar los resultados del centro de costo.

Las principales características del modelo de vinculación fueron las siguientes:

- Es personal, es decir, el modelo no requiere el concurso de todos los recursos médicos, toda vez que incentiva y retribuye la productividad personal.
- No diferencia entre producción realizada en uno u otro horario. Toda la producción se contabiliza por igual.
- No considera las atenciones entregadas durante las jornadas de turnos.
- No afecta la atención a pacientes privados, es decir, los pacientes tratan con los médicos los honorarios respectivos cuando eligen dicha modalidad.
- Se basó en retribuir toda aquella actividad asistencial que supere el tiempo de trabajo esperado, de acuerdo a las horas mensuales contratadas, deducidas las horas que, debidamente determinadas, se dedican a la actividad no asistencial (docencia, investigación, extensión y administración).
- De acuerdo a su estándar de calidad el Establecimiento y el respectivo Servicio declara el tiempo de recurso médico promedio (que se usará como estándar) que se requiere para otorgar cada prestación.

A manera de ejemplo, la aplicación del modelo de vinculación para un médico con jornada contratada por 22 horas semanales y con un porcentaje del tiempo dedicado a actividad asistencial de un 70% (la proporción complementaria está destinada a otras tareas) y considerando 22 días hábiles al mes equivaldría a 4.066 minutos al mes.

Esta meta de tiempo se puede alcanzar con distintas mezclas de prestaciones, según tiempos teóricos previamente definidos (Tabla 1):

El procedimiento de cálculo mensual es el siguiente:

Tabla 1

Prestación	Tiempo (minutos)
Consulta médica	20
Ultrasonografía obstétrica y ginecológica	20
Procedimientos ambulatorios	20
Atención de parto	120
Cesárea	120
Legrado uterino	60
Vaciamiento uterino	90
Cesárea más histerectomía	180
Esterilización tubaria	120
Cerclaje	120
Embarazo ectópico	180

Se contabiliza el tiempo de producción de las prestaciones del profesional, hasta que se cumpla el tiempo de trabajo esperado.

Aquellas prestaciones que superen la meta de tiempo de trabajo esperado, son las que constituyen la base de cálculo de la vinculación médica. Los porcentajes de retribución por aquellas prestaciones serán variables de acuerdo al concurso de otros recursos, mayores mientras requieran menos infraestructura (consulta médica, por ejemplo) y menores mientras sea necesaria una mayor infraestructura, (procedimientos con equipo y sin derecho de pabellón, por ejemplo). Una alternativa aún más precisa sería la retribución por la prestación, descontando de su tarifa al menos el costo (sin recurso médico) de la misma.

Por lo tanto, el ingreso médico mensual gráficamente se representa en la figura Nº 1:

Resultados

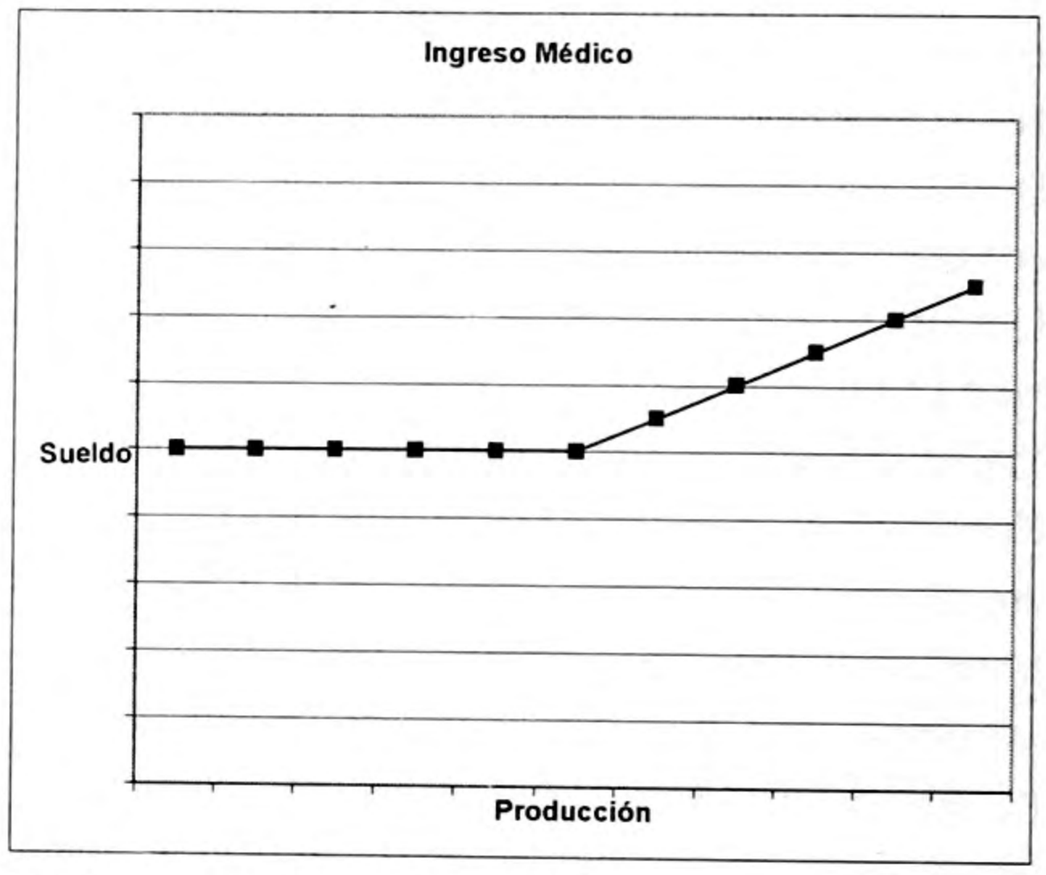

Figura 1: Ingreso médico mensual

El proceso de vinculación médica se diseñó e implementó en el Servicio de Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile a partir del mes de octubre del año 2001[4]. Como referencia para el establecimiento de convenios de asistencia médica, se utilizaron como base los compromisos de gestión acordados por el Departamento de Obstetricia y Ginecología con la Dirección del Hospital, en lo referente a las horas que debían destinar los profesionales a atención directa de pacientes, a la docencia e investigación. El tiempo destinado a labores asistenciales por

Tabla 2

Tipo de Prestación	% Profesional	% Hospital
Consulta Médica	80	20
Cirugías	90	10
Partos	90	10
Ultrasonografía	35	65
Otras Prestaciones	80	20

cada médico constituyó el piso mínimo promedio de la vinculación, el cual pudo ser logrado por tiempos acordados por prestación. Sobre este piso se acordó un pago equivalente a un porcentaje del valor real de la prestación.

El Servicio cuenta con 10 médicos adscritos a la vinculación médica, definiendo estos profesionales utilizar el promedio de sus horas contratadas para los efectos de calcular el tiempo esperado de producción asistencial.

Así, para cada médico, el tiempo esperado de producción asistencial mensual se calculó sobre la base de 15 horas semanales contratadas, con un porcentaje de 48% de dedicación a labor asistencial, descontando el tiempo destinado a docencia, investigación, extensión y administración que constituyen el 52%.

El tiempo esperado de producción resulta entonces en 1.900 minutos mensuales, obtenidos del siguiente cáculo: (0.48* (15horas semanales/5días semana) * 22días al mes * 60 minutos hora).

Para aquellas prestaciones que sobrepasan este tiempo esperado de producción, se retribuye a los médicos en porcentaje variable, aplicado sobre el respectivo arancel, de acuerdo a la tabla N° 2:

Para un mes real, que representa adecuadamente un mes de actividad promedio, se obtuvieron los resultados presentados en la Tabla N° 3 y aplicados en la figura N° 2:

Tabla 3

Médico	Producción Total	Ingresos Hospital	Aporte al Depto y otros repartos	Incentivo Médico
Médico A	2.837	1.680	116	1.042
Médico B	4.579	1.757	282	2.539
Médico C	5.559	3.526	203	1.830
Médico D	3.040	1.988	105	946
Médico E	1.738	1.438	30	271
Médico F	2.847	2.444	40	363
Médico G	5.740	2.390	335	3.015
Médico H	4.405	1.694	271	2.440
Médico I	3.166	2.028	114	1.024
Médico J	1.286	1.286	0	0
Totales	35.198	20.231	1.497	13.470

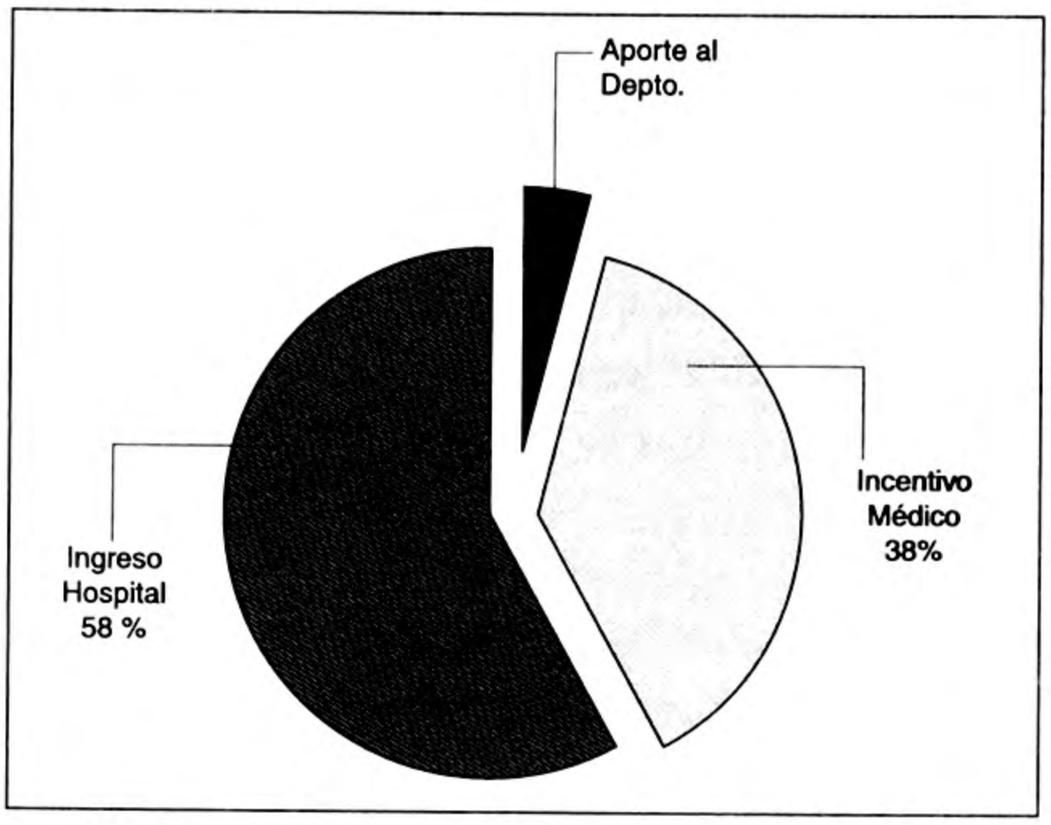

Figura 2: Producción Honorarios

Es decir del total de honorarios médicos producidos por estos médicos un 38% se destinó a retribuirlos económicamente por su producción. El beneficio medio para los médicos fue de $1.347, si excluimos a aquellos que no alcanzaron a cumplir el tiempo esperado de producción asistencial, este beneficio aumenta a $1.497.

La vinculación médica, como modelo, ha significado:

- El aseguramiento de la docencia de pre y postgrado durante toda la jornada.
- La personalización de la atención médica las 24 horas al día.
- El aumento del 10% en la atención ambulatoria y ultrasonográfica, la mantención del número total de partos en un escenario de contracción y el aumento de la actividad quirúrgica en un 20%.
- El aumento de la dotación médica disponible para enfrentar situaciones de emergencia.
- La utilización del 10% de los ingresos médicos por vinculación para pago de incentivos al personal no médico, inversión, capacitación y otros.
- Mejoría de los sistemas de registro de actividades
- Mayor vigilancia de procedimientos por centros de costo
- Disponer de información respecto a la producción individual de cada médico del Servicio, se encuentre vinculado o no vinculado.
- La mejoría de los resultados económicos del centro de costo.

Discusión

El modelo supone:

Una demanda de servicios mayor que la capacidad instalada. Tiende a disminuir por ejemplo, listas de espera, plazos de citación mayores a un número acordado de días, etc. De no ser así, el Establecimiento debiera ajustar sus jornadas médicas buscando alcanzar el punto de equilibrio entre la demanda y la capacidad instalada.

La existencia de capacidad en otras áreas relacionadas, como por ejemplo: disponibilidad de pabellones, salas de procedimientos, camas, equipamiento e instrumental.

El modelo ha logrado:

Potenciar la relación paciente-médico, al tener este último, incentivos para participar en la cadena de procesos de atención que requiera la paciente, tema altamente sensible en algunas especialidades como la de obstetricia y ginecología, participando en la mejoría en la calidad de atención.

Sistemas de registro de producción efectivos, que permitan individualizar la producción médica.

Contabilizar por tiempo de trabajo, toda actividad hasta alcanzar el piso de producción no orienta la prestación de servicios a aquellas prestaciones de mayor precio, toda vez que éste solo se considera para la retribución de aquellas prestaciones por sobre el tiempo de trabajo esperado.

Garantizar al Establecimiento el pago adicional a los médicos solo por aquellas prestaciones que superan el tiempo esperado de producción.

La recomendación que de los valores generados como vinculación por parte de los médicos se destine una fracción a distribuir entre el equipo de salud que participa indirectamente en la otorgación de prestaciones y/o para otros fines de interés del equipo médico.

Que en general es importante aplicar esta vinculación en forma individual, toda vez que los esquemas colectivos pueden resultar desmotivantes si los médicos participantes no aportan al fondo de vinculación de acuerdo a sus reales capacidades. Al ser individual, cada recurso médico tendrá un tiempo de trabajo esperado proporcional a su jornada contratada.

Alcanzar mejorías en los niveles de producción del Hospital, disminuyendo con ello los costos unitarios de la prestaciones (5).

Ir paulatinamente a la consolidación en base a mejorías de las confianzas, precisiones, involucramiento de actores y responsabilidades.

El establecimiento de pisos mensuales, como por ejemplo, por vacaciones, que mantendrán la motivación al cumplimiento de metas mensuales calculadas en cada caso de acuerdo a la disponibilidad de tiempo efectivo para la labor asistencial.

La búsqueda de modelos para trabajar con incentivos diferenciados para prestaciones con mayor valor agregado, en días de la semana de baja actividad, lo que permitirá al Hospital una mejor utilización de sus recursos (6).

Referencias

1. Sepúlveda C. Rendimientos del Gasto Público en Salud, Chile 1990-1999. Comentarios al Estudio Rodríguez-Tokman (CEPAL, 2001). Santiago de Chile, Agosto del 2002.

2. Musgrove P. Cost-effectiveness and health sector reform. HROVP Working Paper N° 48. Banco Mundial. Washington D.C., USA. 1995

3. Informes. Generalitat de Catalunya. Departament de sanitat i Seguretat Social. La población, el consumo de servicios y la organización sanitaria: opciones para la mejora en la asignación de recursos. Barcelona, España. Julio de 1992.

4. Vinculación Obstetricia y Ginecología. Gerencia de Operaciones Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Evaluación Período octubre 2001 a febrero 2002. Santiago de Chile. Mayo del 2002

5. Henderson J. Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. Br J Obstet Gyneacol. 2001; 108: 149-57.

6. Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de Hospitales-nuevos instrumentos y tendencias. Madrid: Vicens Vives, 1996.