



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Encuesta sobre las características y honorarios de la práctica dermatológica privada española en 2018



A. Martín-Gorgojo^{a,*}, I. García-Doval^b y E. del Río de la Torre^c

^a *Clinica Dermatológica Internacional, Madrid, España*

^b *Clinica Vida, Vigo, España*

^c *Clinica Dermalar, Santiago de Compostela, España*

Recibido el 14 de julio de 2018; aceptado el 3 de septiembre de 2018

Disponible en Internet el 12 de octubre de 2018

PALABRAS CLAVE

Economía;
Remuneración;
Sector privado;
Práctica privada;
Identidad de género;
Factores etarios

KEYWORDS

Economics;
Fees;
Private sector;
Private practice;
Gender identity;
Age factors

Resumen

Antecedentes y objetivo: Las tarifas por acto médico y los hábitos de asistencia privada de los dermatólogos apenas han sido objeto de estudio, al menos en nuestro entorno inmediato. Con el presente trabajo pretendemos describir hábitos de prestación de servicios, medios de cobro, promoción y fijación de tarifas de los dermatólogos que realizan asistencia privada en España. Secundariamente, buscamos analizar las diferencias por sección territorial, edad y sexo.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal a partir de un cuestionario *on-line* con un total de 31 preguntas dirigido exclusivamente a dermatólogos con asistencia privada en España, abierto a respuestas del 17 de mayo al 5 de junio de 2018. Los datos fueron analizados comparando por sección territorial, sexo y edad.

Resultados: Se recibió un total de 234 respuestas, paritarias en cuanto a sexo y proporcionadas en cuanto a las secciones territoriales de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Pudieron constatarse algunas diferencias por sección territorial, edad y sexo. Destacaban las tarifas sistemáticamente menores de las dermatólogas, incluso tras ajustar por factores de confusión mediante modelos de regresión.

Conclusiones: Quedan descritas características de la asistencia privada en Dermatología en España. El hecho de que haya tarifas más baratas entre las dermatólogas requiere de un estudio más detallado, probablemente mediante técnicas de investigación cualitativa.

© 2018 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Survey on Private Dermatology Practice Characteristics and Fees in Spain in 2018

Abstract

Background and objective: Per-visit fees and the characteristics of private practice in dermatology have been studied very little, at least in Spain. This study aims to describe how dermatologists in private practice in Spain provide services, collect payment, promote their services, and establish fees. We also analyze differences by region, age, and sex.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandromartingorgojo@aedv.es (A. Martín-Gorgojo).

Materials and methods: We performed a descriptive, cross-sectional study based on an online questionnaire with a total of 31 questions aimed exclusively at dermatologists in private practice in Spain. The questionnaire was open for responses from May 17 to June 5, 2018. The data were analyzed by comparing region, sex, and age.

Results: A total of 234 questionnaires were returned, with equal numbers of male and female respondents and proportional numbers in terms of the regional sections of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV). Some differences were found for region, age, and sex. The fees of female dermatologists were consistently lower, even after adjusting for confounding factors by means of regression models.

Conclusions: We have described the characteristics of private dermatology practice in Spain. Charging of lower fees by female dermatologists requires more detailed study, probably using qualitative research techniques.

© 2018 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La remuneración de los facultativos especialistas es objeto de análisis y debate no solo en términos salariales¹⁻⁴, sino también en cuanto a la forma de facturación. Si bien ha habido trabajos de análisis de los modelos de pago en la Europa no angloparlante (los primeros de mediados del siglo xx⁵), la mayor parte de trabajos que abordan el pago capitativo o por acto a los facultativos provienen del mundo anglosajón⁶⁻¹². De forma reciente, algunos autores han criticado las diferencias territoriales en compensación económica por las desigualdades que puede generar en la distribución geográfica de los dermatólogos¹³.

La atención sanitaria privada en España está en aumento¹⁴. Parte de este incremento se debe a los recortes en el gasto público (y a la subsiguiente transformación del sistema sanitario), así como a la diversificación de la oferta y los cambios en los patrones de demanda¹⁵. Otro factor que lo explica en nuestra especialidad es la tendencia al crecimiento de los procedimientos estéticos¹⁶.

Hasta la fecha, y revisada la literatura existente, no hemos encontrado publicaciones científicas que reflejen las variaciones en las tarifas por acto y hábitos de cobro relacionados de los dermatólogos que realizan asistencia privada en las diferentes comunidades autónomas de España. Los estudios de base española abordan aspectos generales de la asistencia privada¹⁴ o condiciones salariales de los facultativos de todas las especialidades¹.

Consideramos relevante —desde una perspectiva científica, sociológica e histórica— la descripción de las características y tarifas de los médicos especialistas en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología que realizan asistencia privada en España en 2018. Esta «foto fija» de la situación dermato-económica actual permite conocer en qué estado se encuentra la asistencia privada en nuestra especialidad, cómo se desarrolla y qué áreas requieren crítica o mejora, además de ser un testimonio histórico que guarda relación con el entorno social y económico.

En el presente trabajo el objetivo primario ha sido describir características de la práctica privada dermatológica y tarifas de los procedimientos médicos y estéticos más

comunes. Como objetivo secundario, se han analizado estas tarifas en función de sección territorial, edad y sexo.

Material y método

Se llevó a cabo una encuesta *on-line* (cuyos ítems se encuentran sistematizados en la tabla suplementaria 1), que permaneció abierta a la recepción de respuestas del 17 de mayo al 5 de junio de 2018.

Las solicitudes de respuestas fueron remitidas a través de tres foros profesionales de acceso controlado por dermatólogos: Foroderma 2.0 (grupo de Facebook con 668 miembros en la fecha de cierre de la encuesta), Dermachat (foro de chats, con 340 miembros en la fecha de cierre) y Dermus (dermatólogos asistentes a la XI Reunión de Dermatología Privada y Nuevas Tecnologías, celebrada en Madrid entre los días 31 de mayo y 2 de junio de 2018). Ello permitió que la contestación fuese hecha exclusivamente por médicos especialistas en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Aunque estos grupos tienen representación mayoritariamente española, la propia introducción de la encuesta y las preguntas iniciales excluían a cualquier especialista que no ejerciese en España. Solo se aceptaron respuestas de los profesionales con alguna actividad privada (para lo cual se hizo una pregunta de exclusión al inicio de la encuesta).

Los datos fueron analizados mediante pruebas de Chi-cuadrado (χ^2) comparando por sección territorial, sexo y edad. Los datos de tarifas se preguntaron a modo de categorías para hacer la encuesta más aceptable. Para analizarlas, se recodificó cada categoría como su valor medio —asumiendo que las tarifas se distribuyen de forma uniforme en cada categoría— y las tarifas medias de las categorías extremas fueron estimadas (tabla suplementaria 2). Las tarifas fueron comparadas mediante análisis de la varianza (ANOVA) y regresión lineal tras verificar que estas técnicas eran aplicables. Para valorar los factores que influyen en las tarifas por sexo se hicieron modelos sucesivos de regresión lineal, incluyendo las variables sexo, edad, comunidad autónoma, tipo de centro y una variable de interacción entre sexo y edad. Para los análisis se emplearon tanto SPSS

Tabla 1 Datos demográficos y de vinculación profesional

Variable	Resultados
Sexo	Masculino: 117 (50%) Femenino: 117 (50%)
Edad	Menos de 40 años: 64 (27,4%) 40-50 años: 56 (23,9%) 50-60 años: 79 (33,8%) Más de 60 años: 35 (15,0%)
Sección territorial a la que pertenece	Andaluza: 45 (19,2%) Astur-cántabra-castellano-leonesa: 12 (5,1%) Balear: 5 (2,1%) Canaria: 6 (2,6%) Catalana: 14 (6,0%) Centro: 67 (28,6%) Gallega: 35 (15,0%) Murciana: 7 (3,0%) Valenciana: 19 (8,1%) Vasco-navarro-aragonesa-riojana: 24 (10,3%)
Actividad asistencial habitual	Solo privada: 95 (40,6%) Primariamente privada, pública secundaria: 45 (19,2%) Primariamente pública, privada secundaria: 94 (40,2%)
Tipo de consulta privada	Consulta propia/de un dermatólogo de hasta 4 médicos en el equipo: 118 (50,4%) Consulta propia/de un dermatólogo de > 4 médicos: 21 (9,0%) Centro médico/policlínica de varias especialidades: 51 (21,8%) Hospital/clínica privada de gran tamaño: 44 (18,8%)

(versión 20.0) como Stata (versión 15). Se asumió significación de las pruebas con $p < 0,05$.

Resultados

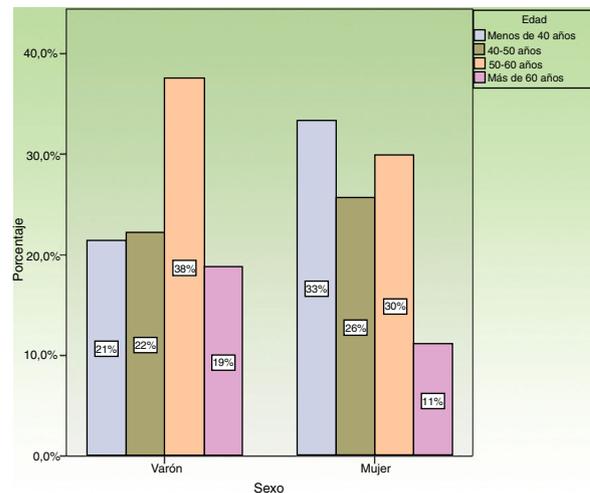
Datos demográficos y tipo de actividad privada

Un total de 234 médicos especialistas en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología que llevan a cabo asistencia privada en territorio español —117 varones (50%) y 117 mujeres (50%)— respondieron a la encuesta. Los datos demográficos y de afiliación profesional de los encuestados se encuentran reflejados en la [tabla 1](#).

Se logró una representación de todas las franjas etarias ([fig. 1](#)). Si bien hubo menos respuestas de mujeres de más de 60 años (11% frente a 19%), no se demostró como una diferencia estadísticamente significativa.

Hubo respuestas de todas las secciones territoriales de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), con una distribución en la muestra similar a la de los dermatólogos de la AEDV (comparado con las cifras actualizadas por secciones disponibles en la AEDV; $p = 0,23$). Pudieron constatarse diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de los dermatólogos que respondieron la encuesta en las diferentes secciones ($p = 0,007$): hubo más respuestas del primer grupo de edad en las secciones centro (34,4% del total de menores de 40 años), andaluza (21,9%) y gallega (14,1%), así como del último grupo de edad en las secciones centro (25,7% del total de mayores de 60 años), valenciana (22,9%) y gallega (17,1%).

La actividad o vinculación profesional habitual de los dermatólogos encuestados (con tres opciones de respuesta:

**Figura 1** Edades de los encuestados en función del sexo.

vinculación exclusivamente privada, actividad primariamente pública y secundariamente privada, o actividad primariamente privada y pública en menor medida) presentó diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad ($p = 0,01$), con un predominio de la asistencia privada en los grupos de mayor edad ([fig. 2](#)).

La mayor parte de los dermatólogos encuestados (50,4%) trabajan en consultas propias o de hasta 4 médicos. En la muestra, los tipos de consultas privadas más habituales en España se distribuyen de forma desigual entre las secciones ($p = 0,008$) (propias de un dermatólogo con equipo pequeño, propias de un dermatólogo con equipo numeroso, centros médicos/policlínicas y hospitales/clínicas de gran

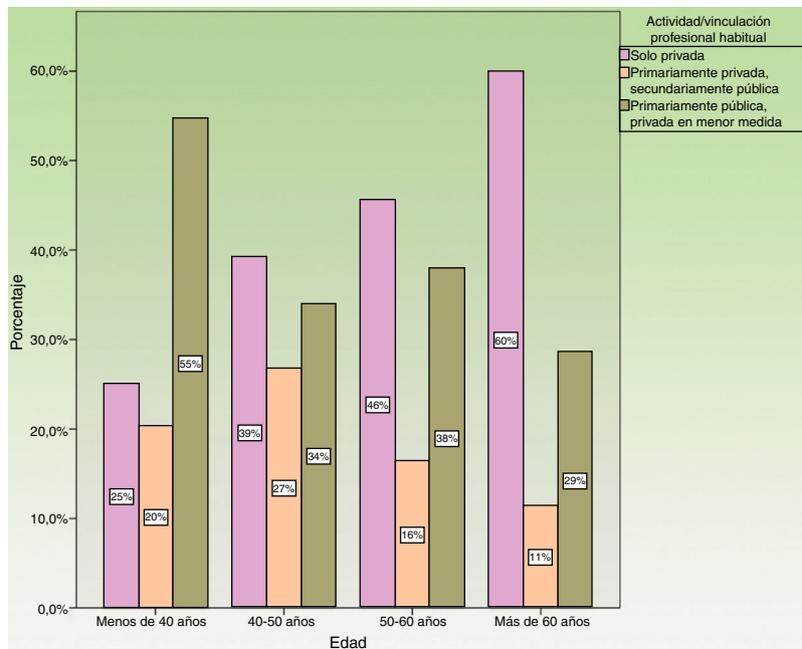


Figura 2 Actividad o vinculación profesional habitual según las edades de los dermatólogos encuestados.

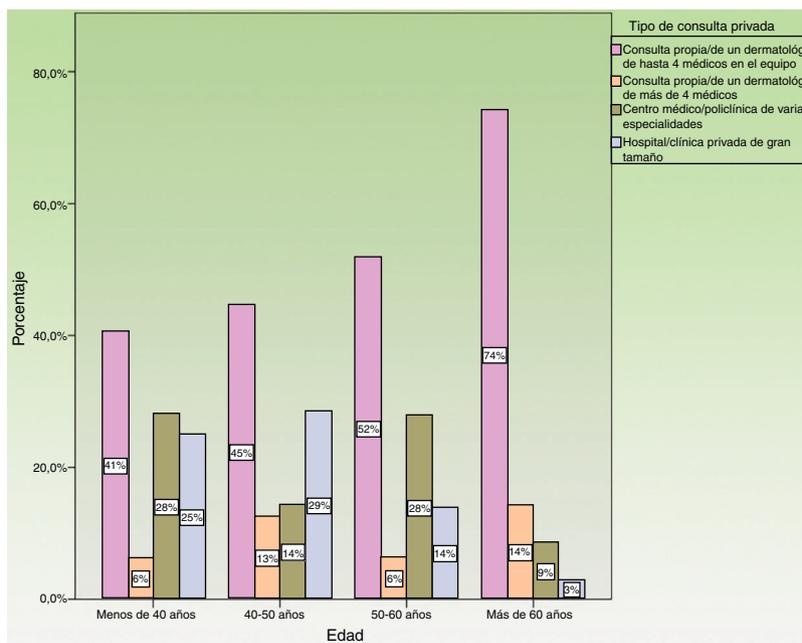


Figura 3 Tipos de consulta privada en que trabajan los dermatólogos encuestados, por edades.

tamaño). Así, por ejemplo, se obtuvo respuesta de dermatólogos en consultas propiedad de dermatólogos con un equipo numeroso únicamente de las secciones centro, catalana, valenciana y gallega. La figura 3 muestra las diferentes vinculaciones según la edad ($p = 0,003$).

Hábitos y medios de cobro, promoción y actualización de precios

Los resultados sobre hábitos y medios de cobro, promociones y ajuste de precios, así como la presencia o ausencia

de diferencias significativas en cuanto a sección territorial, sexo o edad, se encuentran resumidos en la tabla 2.

Respecto a quién efectúa los cobros, lo más común es que los dermatólogos deleguen esta responsabilidad en personal de secretaría, recepción o del propio centro médico (81,6%). Un 15% de los encuestados lo delegan en el personal de enfermería. Solo el 9% de los dermatólogos cobran antes de la realización de algunas técnicas (siendo más frecuente que se haga de forma excepcional).

La mayoría de los especialistas aceptan pagos en efectivo (96,2%) y con tarjeta bancaria (75,2%). El porcentaje de aceptación de tarjeta difirió entre secciones territoriales

Tabla 2 Hábitos de cobro, promociones y actualización de precios

Variable	Resultados
Persona/s que efectúan el cobro de los actos médicos en el centro	El/la propio/a médico especialista que ha realizado la asistencia: 8 (3,4%) El personal clínico, auxiliar, de enfermería contratado: 35 (15,0%) Secretaría, recepcionistas: 138 (59,0%) El personal de la clínica o centro médico: 53 (22,6%)
Cobro anticipado de técnicas	Nunca: 213 (91,0%) Ocasionalmente, en técnicas concretas que requieren gasto de material o preparación previos (v.g., ácido poliláctico inyectable): 15 (6,4%) Frecuentemente: 6 (2,6%)
Aceptación de pagos en efectivo	Sí: 225 (96,2%) No: 9 (3,8%)
Aceptación de pagos con tarjeta bancaria	Sí: 60 (25,6%) No: 174 (74,4%)
Aceptación de pagos por banca electrónica	Sí: 60 (25,6%) No: 174 (74,4%)
Aceptación de pagos con moneda virtual o <i>blockchain</i>	No: 214 (91,5%) Sí: 19 (8,1%) No, pero me lo planteo en un futuro próximo: 1 (0,4%)
Aceptación de pagos mediante trueque (intercambio de servicios)	Nunca: 211 (90,2%) Rara vez: 23 (9,8%) Habitualmente: 0 (0%)
¿Ofrece bonos de tratamiento (packs de sesiones) para tratamientos estéticos?	Sí: 28 (12,0%) Sí, pero solo en unos pocos tratamientos/técnicas: 50 (21,4%) No, nunca: 107 (45,7%) Prefiere no contestar / no procede: 49 (20,9%)
¿Ofrece financiación de los tratamientos?	No, y no me lo planteo: 133 (56,8%) No, pero estoy considerando hacerlo: 15 (6,4%) Sí, excepcionalmente: 23 (9,8%) Sí, habitualmente: 11 (4,7%) Prefiero no contestar / no procede: 52 (22,2%)
¿Realiza algún descuento por consulta de varios miembros de la familia en la misma visita?	Nunca: 43 (18,4%) Excepcionalmente: 101 (43,2%) Siempre: 83 (35,5%) Prefiere no contestar / no procede: 7 (3,0%)
¿Cada cuánto tiempo suele ajustar/revisar los precios?	Cada año, siguiendo el IPC: 15 (6,4%) Cada 2 años: 33 (14,1%) Cada 3-5 años: 45 (19,2%) En períodos de más de 5 años: 46 (19,7%) Únicamente cuando lo considera oportuno: 95 (40,6%)

($p=0,008$): un 100% en la sección canaria y porcentajes menores en las secciones gallega (54,3%) y murciana (42,9%). También lo hizo según la edad ($p=0,037$), siendo más común aceptar pagos con tarjeta entre los dermatólogos más jóvenes —el 85,9% de los menores de 40 años los aceptan— y menos en los mayores — el 62,9% de los mayores de 60 años lo hacen—.

Otros medios para el pago de los honorarios, como la banca electrónica, también tienen un porcentaje de aceptación alto (67,1%). Sin embargo, sistemas más novedosos como los efectuados mediante criptomonedas tienen aún escasa aceptación: solo un dermatólogo indicó aceptarlas, aunque un 8,1% del total de los encuestados se planteaban su posible introducción. Y el pago mediante trueque es poco frecuente, pero más común entre los varones (el 13,7% indicaron realizarlo ocasionalmente) que entre las mujeres (6%), con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,048$).

En cuanto a la financiación y promociones, destacaban tres datos. En primer lugar, que la mayoría de los facultativos (81,3%) no ofrecen financiación de los tratamientos (con un 6,4% que indicaron considerar ofertarla). En segundo lugar, que menos de la mitad de los dermatólogos ofrecen bonos de técnicas o tratamientos (42,1%), siendo más frecuente que se haga solo en unos pocos tratamientos (el 64,1% de los que lo ofrecen) y que lo hagan dermatólogos más jóvenes (fig. 4; $p=0,01$). En tercer lugar, que es frecuente que se haga en ocasiones descuento a grupos familiares (81,1%).

Por último, la actualización de las tarifas mostró diferencias significativas tanto por sexo como por edad. Por un lado, los dermatólogos tienden a ajustar las tarifas de las consultas en períodos más cortos y definidos —el 65% tienen establecida una periodicidad de ajuste de tarifas—, mientras que las dermatólogas lo hacen más frecuentemente cuando lo estiman oportuno o en períodos más largos —el

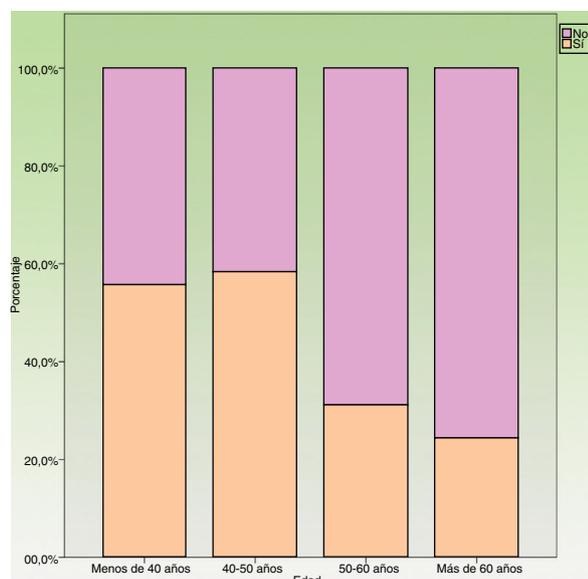


Figura 4 Oferta de bonos de tratamiento según edades.

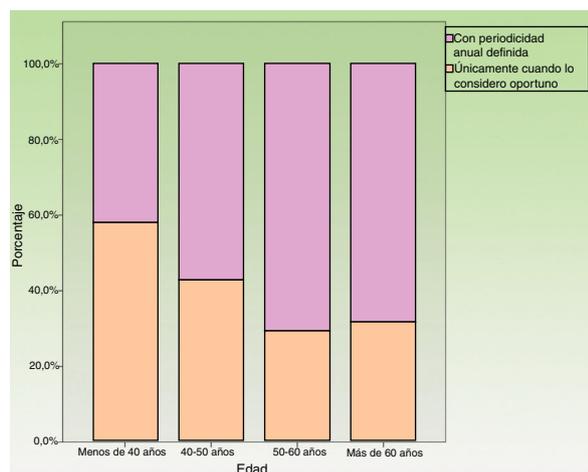


Figura 5 Periodicidad de la actualización de tarifas según la edad.

66,7% lo hacen en períodos de más de 5 años o únicamente cuando lo consideran oportuno— ($p=0,009$). Por otro lado, los dermatólogos mayores de 50 años tienen más frecuentemente una periodicidad definida para el ajuste de los precios ($p=0,001$) (fig. 5).

Hábitos en la fijación de tarifas y prestación de servicios

El resumen de los resultados sobre hábitos de fijación de honorarios y servicios y la presencia o ausencia de diferencias significativas en cuanto a sección territorial, sexo o edad está reflejado en la tabla 3.

Un 85% de los encuestados fijan las minutas según múltiplos de 10. La mayoría no cobra las revisiones de resultados de pruebas (81,2%); igual sucede con las curas posquirúrgicas, que no se cobran o, si se hace, lo es de forma excepcional (92,7%). El 59,9% de los dermatólogos realizan consultas fuera del horario habitual, de los cuales 17 (8,3%

del total) perciben un importe mayor por ellas, con diferencias significativas en cuanto a edad ($p=0,002$). Un 31,6% de dermatólogos y un 16,2% de las dermatólogas ($p=0,001$) realizan visitas domiciliarias, por las cuales es más frecuente que se pida un importe mayor que las visitas en el propio centro (16,7% frente a 7,3%). Estas son realizadas con mayor frecuencia por dermatólogos de más edad: el 37,1% de los mayores de 60 años indicaron realizarlas, frente al 11,5% de los menores de 40 años ($p=0,037$). Tan solo un 9% de los dermatólogos encuestados hacen visitas de teledermatología, mayoritariamente a un precio igual o inferior al de la visita presencial.

Tarifas

Las tarifas de los diferentes conceptos por los que se preguntó en la encuesta se encuentran reflejadas en la tabla 4. En los próximos párrafos se abordarán las diferencias de precios en cuanto a sección territorial y edad.

El importe medio de una primera visita como paciente privado en España en el momento de la encuesta era de 88,60€. Esta fue la única de todas las tarifas preguntadas que obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre secciones ($p=0,044$; ver tabla 4).

La única de las tarifas investigadas con diferencias estadísticamente significativas atendiendo a la edad fue la de las cirugías de complejidad media ($p=0,019$).

Mención aparte requieren las diferencias en tarifas atendiendo al sexo de los facultativos encuestados. Se pudo constatar que las dermatólogas fijan sus tarifas con precios menores que las de los dermatólogos en todos los conceptos preguntados menos en uno. Primera visita, visita de revisión, cirugía de complejidad baja, cirugía de complejidad media, cirugía de complejidad alta y administración de toxina botulínica en un área limitada; el único sin diferencias significativas fue el de la administración de ácido hialurónico (tabla 5). La aplicación sucesiva de modelos de regresión lineal múltiple añadiendo las variables edad, comunidad, tipo de centro y una variable de interacción entre edad y sexo no mostró cambios relevantes en las diferencias de tarifas, lo que excluye estos factores como explicación de las diferencias.

Discusión

En el presente trabajo se han descrito características y tarifas en la asistencia sanitaria privada por parte de los médicos especialistas en Dermatología que ejercen en España. Se han podido constatar algunas diferencias en función del sexo, edad y área geográfica de los dermatólogos, entre las que destacan: más presencia de dermatólogos de mayor edad en la asistencia privada, tasas de aceptación de tarjeta de crédito diferentes por secciones territoriales, así como hábitos de ajuste de precios diferentes por edad y sexo. Respecto a las tarifas, se han observado diferencias en el precio de las primeras visitas según la sección territorial, además de en la práctica totalidad de los conceptos según el sexo, siendo los precios fijados por parte de las facultativas significativamente menores comparados con los fijados por los facultativos.

Tabla 3 Hábitos en la fijación de tarifas y prestación de servicios

Variable	Resultados
Tarifas múltiplo de 10	Sí: 199 (85,0%) No: 35 (15,0%)
Cobro de las revisiones de resultados	Sí: 44 (18,8%) No: 190 (81,2%)
Cobro de las curas posquirúrgicas	Nunca: 146 (62,4%) Excepcionalmente: 71 (30,3%) Frecuentemente: 6 (2,6%) Siempre: 11 (4,7%)
Horario especial: realización y hábito de cobro	Sí lo realiza y cobra tarifa similar: 123 (52,6%) Sí lo realiza y cobra más por horario especial: 17 (7,3%) No realiza consulta en horario especial / no contesta: 94 (40,2%)
Visitas domiciliarias: realización y hábito de cobro	Sí las realiza y cobra tarifa similar a la de la consulta habitual: 17 (7,3%) Sí las realiza y las cobra a un precio mayor: 39 (16,7%) No las realiza / no contesta: 178 (76,1%)
Teleconsultas / atención por teledermatología: realización y hábito de cobro	Sí las realiza y cobra tarifa similar a la presencial: 9 (3,8%) Sí las realiza y las cobra a un precio inferior: 11 (4,7%) Sí las realiza y las cobra a un precio superior: 1 (0,4%) No las realiza / no contesta: 213 (91,0%)

Tabla 4 Tarifas fijadas por los especialistas en Dermatología encuestados

Concepto y secciones	Media (precio en €)	Rango intercuartílico (Q ₂₅ -Q ₇₅)
Primera visita	86,1	80-105
Andaluza	89,6	80-105
Astur-cántabra-castellano-leonesa	109,0	105-105
Balear	80,8	80-80
Canaria	94,6	80-105
Catalana	95,7	80-105
Centro	80,9	60-105
Gallega	83,6	80-80
Murciana	79,2	60-80
Valenciana	87,1	70-105
Vasco-navarro-aragonesa-riojana		
Concepto en el global de las secciones territoriales	Mediana (precio en €)	Rango intercuartílico (Q ₂₅ -Q ₇₅)
Primera visita	80	80-105
Visita de revisión	60	40-80
Cirugía de complejidad baja (v.g., afeitado de nevo)	150	75-150
Cirugía de complejidad media (v.g., extirpación de un tumor en tronco o de tamaño pequeño-mediano en la cara con cierre directo)	150	150-250
Cirugía de alta complejidad (v.g., extirpación de un tumor grande en tronco o de mayor tamaño en la cara con cierre complejo mediante colgajo o injerto)	250	150-350
Infiltración de toxina botulínica en un área anatómica limitada (v.g., entrecejo), incluyendo el material	250	150-400
Infiltración de un vial de ácido hialurónico, incluyendo el material	350	250-350

No hemos podido identificar publicaciones similares en la literatura científica. Aparte de los análisis de las consecuencias de determinados tipos de pago en el ámbito anglosajón⁶⁻¹², los estudios de base española se

centran en aspectos generales de la asistencia privada¹⁴ o en las condiciones salariales de los facultativos de todas las especialidades¹. Se ha realizado sobre una muestra paritaria en cuanto a sexo y proporcionada

Tabla 5 Diferencias de las tarifas en función del sexo de los especialistas

Concepto	Media dermatólogos (€)	Media dermatólogas (€)	Diferencia entre tarifas (€)	Valor p (ANOVA)
Primera visita	93,63	83,53	10,10	0,002
Visita de revisión	68,32	56,83	11,43	< 0,001
Cirugía de complejidad baja	162,06	126,54	35,52	< 0,001
Cirugía de complejidad media	214,58	163,19	51,39	< 0,001
Cirugía de alta complejidad	386,11	240,07	146,04	< 0,001
Infiltración de toxina botulínica en un área anatómica limitada (v.g., entrecejo), incluyendo el material	301,25	248,49	52,76	0,008
Infiltración de un vial de ácido hialurónico, incluyendo el material	335,07	335,24	-0,17	0,991

En negrita, las diferencias significativas y la magnitud del p-valor en caso de existir.

respecto al número de académicos que pertenecen a cada sección territorial de la AEDV. Asimismo, se han tomado medidas para evitar el sesgo de deseabilidad social (consistente en contestar en la encuesta algo más próximo a lo que socialmente es más aceptable¹⁷; ello se hizo fundamentalmente a través de la recogida y tratamiento completamente anónimos de los datos) y facilitar la participación (como el preguntar por categorías). No obstante, puede adolecer de algunas limitaciones, como el tamaño relativamente reducido de la muestra (aunque representa más del 10% de los académicos, y por lo tanto de los dermatólogos en España¹⁸), su selección y las restricciones a la representatividad que pueden suponer las diferencias en edad, ámbito geográfico y tipos de consultas privadas.

Las edades reflejadas en la encuesta se corresponden con la demografía actual de los profesionales sanitarios¹. Puede afirmarse que los dermatólogos españoles trabajan más frecuentemente de forma privada conforme alcanzan mayor edad. Si bien en España existen alrededor de 3.000 centros médicos privados y el grueso de la facturación (3.960 millones de euros en 2015) pertenece a 9 agentes principales (grandes grupos hospitalarios y aseguradoras)¹⁴, los especialistas en Dermatología trabajan habitualmente en consultas de pequeño tamaño (propias, con hasta 4 médicos en el equipo). Las consultas propias con más de 4 médicos en el equipo son excepcionales y quedan limitadas a unas pocas áreas geográficas.

En este momento aún no es común que los dermatólogos realicen teleconsulta. Las visitas domiciliarias por dermatólogos son poco frecuentes y en general más extendidas entre los varones. En cuanto a los hábitos de cobro, podemos concluir que: la mayor parte de dermatólogos lo delegan generalmente en personal administrativo, es poco común que se cobre de forma anticipada, como también lo es que se ofrezca financiación de los tratamientos o se faciliten bonos de tratamientos. Resultan llamativas las discrepancias en la aceptación de pagos con tarjeta bancaria, con un 100% de aceptación en Canarias (posiblemente en relación con la deducción fiscal de gastos médicos incluida en los presupuestos canarios de 2018 con efectos retroactivos hasta 2017, que exige la presentación de un justificante de pago mediante tarjeta, transferencia o cheque¹⁹) y tasas menores en otras secciones (en probable asociación

con afecciones fiscales diferenciadas entre comunidades autónomas). Asimismo, es destacable que el grueso de dermatólogos establezca sus minutas en múltiplos de 10 y no las ajuste siguiendo el IPC. El hecho de fijar cifras «redondas» probablemente tenga su razón en la comodidad de cobro y cambio en metálico; motivo similar puede tener la actualización de precios en incrementos de 10 en 10. El que sean los dermatólogos mayores los que más habitualmente tienen una dinámica de fijación de precios más establecida apunta a que posiblemente adquieran más formación financiera con la experiencia.

Respecto a las tarifas, las diferencias en el precio de una primera visita se relacionan con la presencia de valores extremos en determinados ámbitos geográficos. No obstante, los valores son relativamente homogéneos entre secciones territoriales. Aunque no hay diferencias en casi ninguna de las tarifas en función de la edad del dermatólogo, las cirugías de complejidad media (realizadas de forma privada por la mayoría de los facultativos encuestados) muestran cierta tendencia a que se valoren más en dermatólogos mayores. Las de complejidad alta son realizadas por una menor proporción de dermatólogos y aún menor de dermatólogos mayores.

El hallazgo más sorprendente de nuestra encuesta es que las dermatólogas fijen tarifas inferiores a los dermatólogos. Desconocemos los motivos. Estos hallazgos van en línea con una publicación reciente que ha observado diferencias medias de 12.000€ en el salario anual desfavoreciendo a las médicas en España¹, pero es llamativo que en nuestro estudio las diferencias no son de salarios globales, sino por acto médico y, probablemente, autoimpuestas.

Conclusiones

Consideramos que el presente trabajo puede servir como un marco de referencia para conocer los hábitos presentes entre los dermatólogos españoles que realizan asistencia privada. El hecho de que haya tarifas más baratas entre las dermatólogas requiere de un estudio más detallado, probablemente mediante técnicas de investigación cualitativa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los participantes en la encuesta y, en especial, a los miembros de las comunidades Dermachat y Foroderma 2.0, por su generosidad a la hora de responder a la encuesta y por ser fuentes de inspiración y aliento para superar las vicisitudes dermatológicas diarias.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2018.09.005](https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.09.005).

Bibliografía

- Lopez-Mejia M. Informe de salarios médicos: España. Medscape [Internet]; 2018 [consultado 1 Ago 2018]. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000086>.
- Smith D, Jacobson C. Differences in salaries of physician assistants in the USA by race, ethnicity and sex. *J Health Serv Res Policy*. 2018;23:44–8.
- Kapoor N, Blumenthal DM, Smith SE, Ip IK, Khorasani R. Sex differences in radiologist salary in U. S. Public medical schools. *AJR Am J Roentgenol*. 2017;209:953–8.
- Major B, McFarlin DB, Gagnon D. Overworked and underpaid: On the nature of gender differences in personal entitlement. *J Pers Soc Psychol*. 1984;47:1399–412.
- Julien B. Per capita payment or remuneration for each service. *Concours Med*. 1963;85:5141–3.
- Chatterjee A, Holubar SD, Figy S, Chen L, Montagne SA, Rosen JM, et al. Application of total care time and payment per unit time model for physician reimbursement for common general surgery operations. *J Am Coll Surg*. 2012;214:937–42.
- Inandi T. Effects of a fix-payment method per outpatient on the procedures, in university hospitals, Turkey. *J Med Syst*. 2007;31:303–6.
- Jang SI, Nam CM, Lee SG, Kim TH, Park S, Park EC. Impact of payment system change from per-case to per-diem on high severity patient's length of stay. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95:e4839.
- Phillips BR, Brown RS, Bishop CE, Klein AC, Ritter GA, Schore JL, et al. Do preset per visit payment rates affect home health agency behavior? *Health Care Financ Rev*. 1994;16: 91–107.
- Salkever DS, Steinwachs DM. Utilization and case-mix impacts of per case payment in Maryland. *Health Care Financ Rev*. 1988;9:23–32.
- Salkever DS, Steinwachs DM, Rupp A. Hospital cost and efficiency under per service and per case payment in Maryland: A tale of the carrot and the stick. *Inquiry*. 1986;23: 56–66.
- Steinberg E, Anderson GF. Potential 'losers' under per-case payment. *Ann Intern Med*. 1987;106:904–6.
- Rivers JK. Billing disparities: Everyone pays the price. *J Cutan Med Surg*. 2014;18:365–6.
- Fundación IDIS. Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación; 2017 [consultado 1 Ago 2018]. Disponible en: https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/informe analisis_situac.idis2017_web2.pdf.
- Pons-Pons J, Vilar-Rodríguez M. The genesis, growth and organisational changes of private health insurance companies in Spain (1915-2015). *Bus Hist*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1080/00076791.2017.1374371>.
- ASPS (American Society of Plastic Surgeons). 2017 Plastic Surgery Statistics Report; 2017 [consultado 1 Ago 2018]. Disponible en: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2017/plastic-surgery-statistics-full-report-2017.pdf>.
- Mondal H, Mondal S. Social desirability bias: A confounding factor to consider in survey by self-administered questionnaire. *Indian J Pharmacol*. 2018;50:143–4.
- Ginarte-Val M, de Argila D, García-Doval I, González-Castro U. Libro blanco de la dermatología. San Sebastián de los Reyes, Madrid: Loki & Dimas; 2008.
- Gobierno de Canarias. Ley de presupuestos de la comunidad autónoma canaria 2018 [consultado 1 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/hacienda/dgplani/presupuestos/2018/ley/>.