

# Lecciones aprendidas a dos años del acuerdo médico sobre Cargos de Alta Dedicación.

III Jornadas de Recursos  
Humanos del SNIS

Agosto 2014

- División evaluación y monitoreo del personal de salud (DIGESNIS-MSP).
- Unidad de negociación (SMU).

# Estructura de la presentación

1. Antecedentes. Punto de partida
2. Principios y objetivos para el cambio
3. Análisis comparados entre modelos
4. Principales obstáculos del proceso
5. Lecciones aprendidas
6. Desafíos

# **1. ANTECEDENTES PUNTO DE PARTIDA**



#Altos niveles de  
multiempleo - afecta  
la calidad de vida  
del médico y genera  
distorsiones en la  
asignación de  
recursos

# Multiempleo

(médico que trabaja en más de una Institución)



---

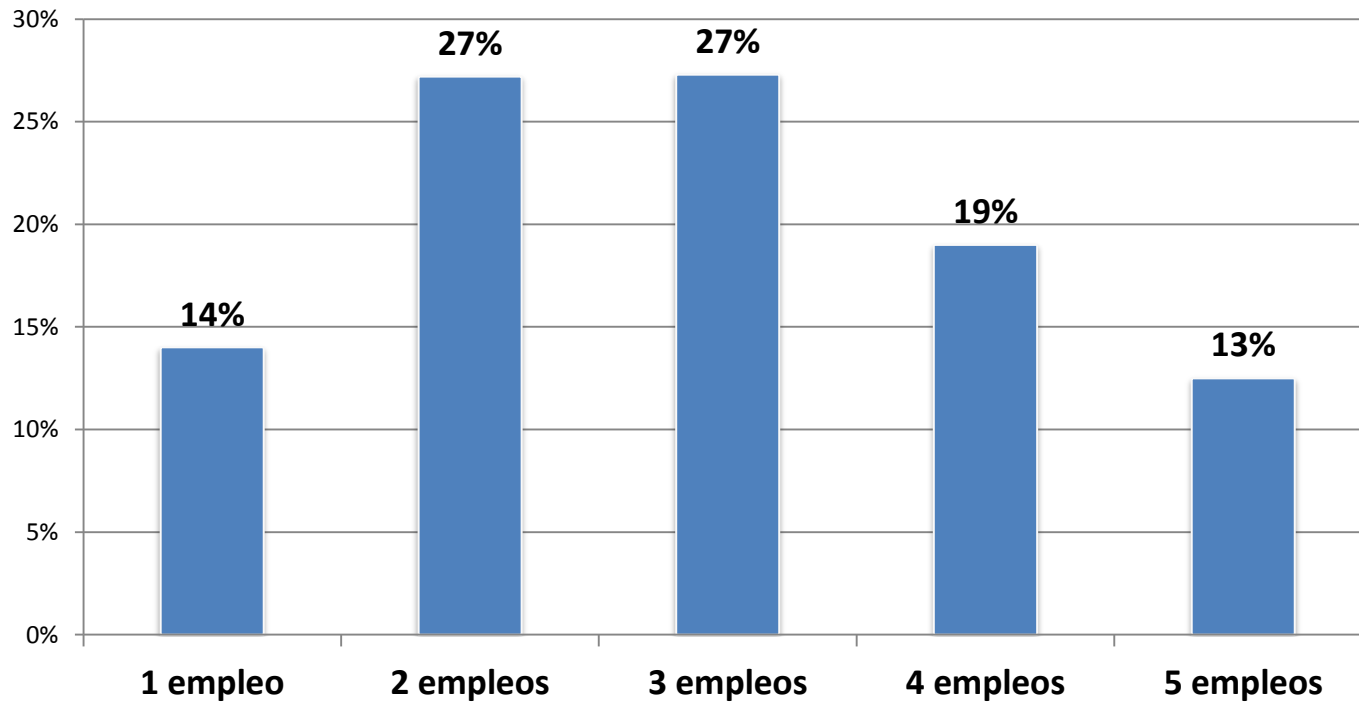
|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Especialidades básicas (EB)     | 46.8% |
| Especialidades médicas (EM)     | 44.8% |
| Especialidades quirúrgicas (AQ) | 69.6% |
| Total                           | 60.3% |

---

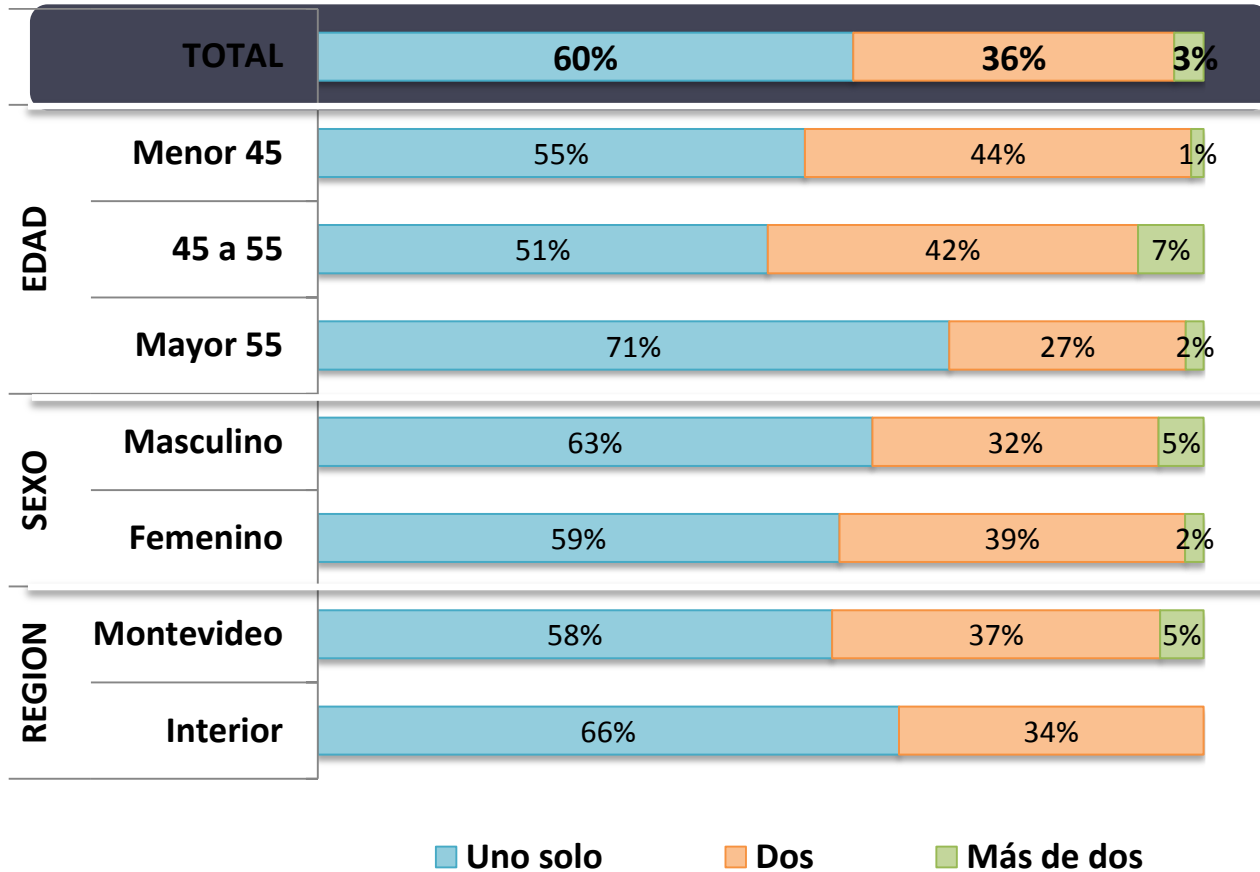
\* EB: Medicina general, medicina familiar y comunitaria, pediatría, geriatría y ginecología

## ¿Cuántos empleos tiene?

*Le pido que considere los remunerados, los no remunerados, el ejercicio libre de la profesión, etc.*

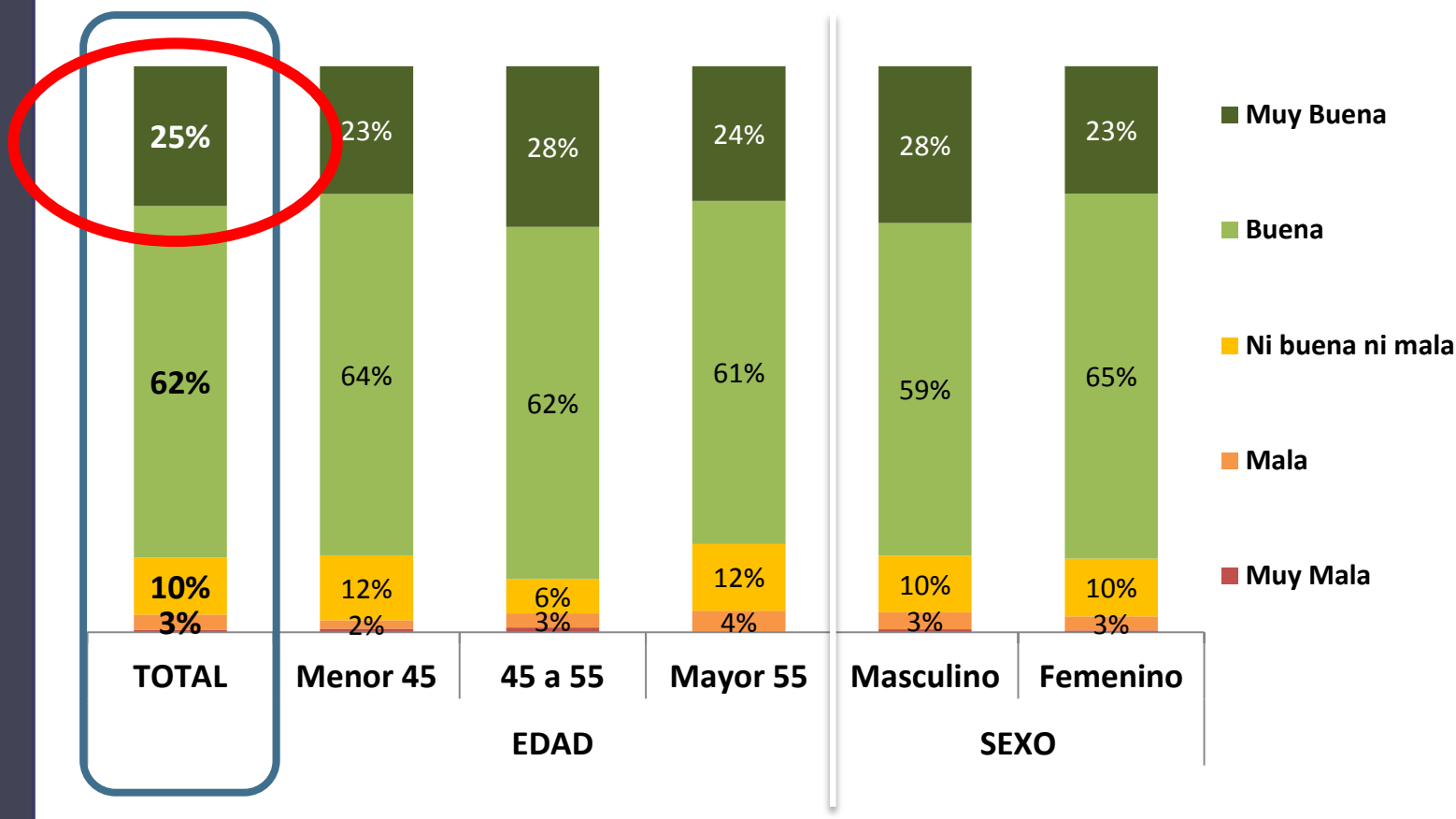


*¿En cuántos lugares cree que sería ideal trabajar?*



# EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A SUS PACIENTES

¿Cómo evalúa la calidad de atención que reciben sus pacientes?





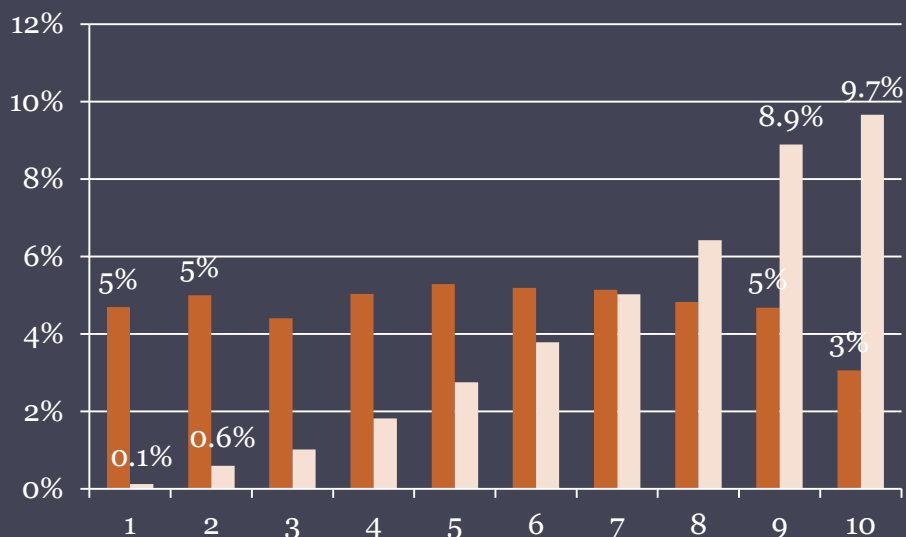


#Mala distribución de  
los ingresos -  
discriminación de  
jóvenes

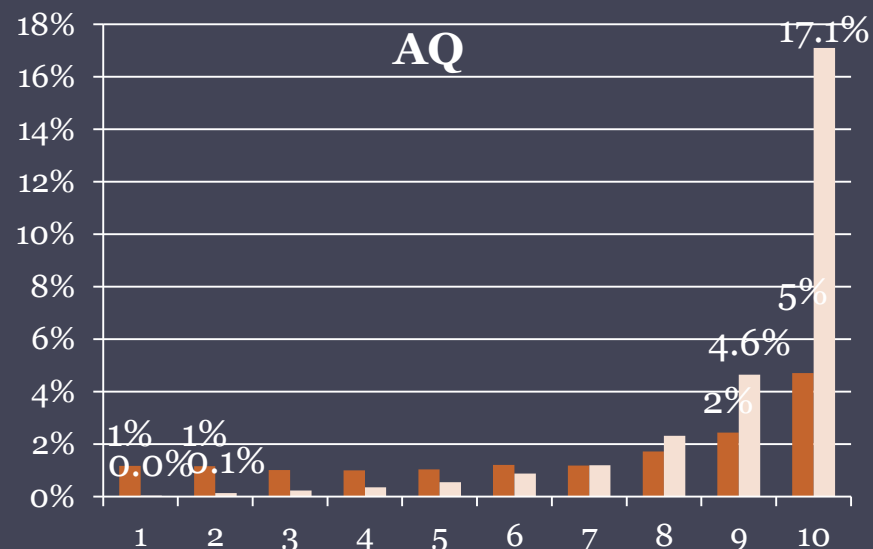
# Distribución de la masa salarial y los trabajadores por deciles

**EB**

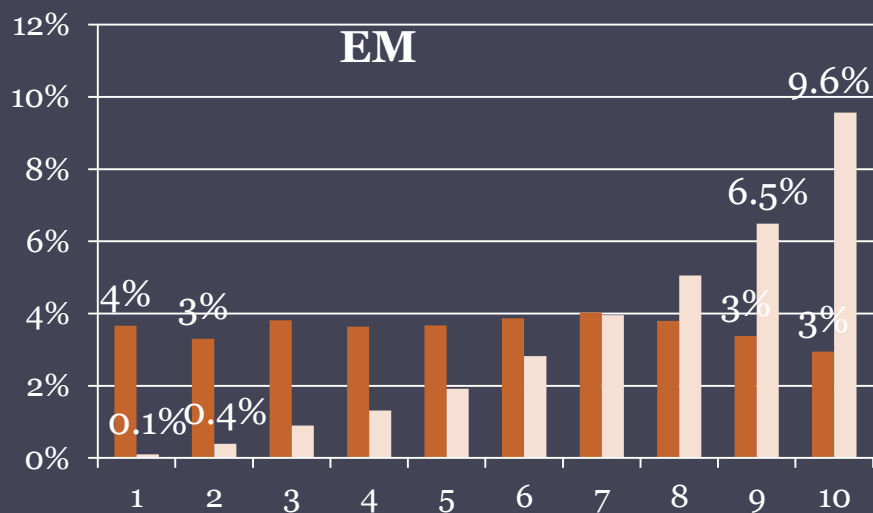
■ Personas ■ Masa salarial



**AQ**

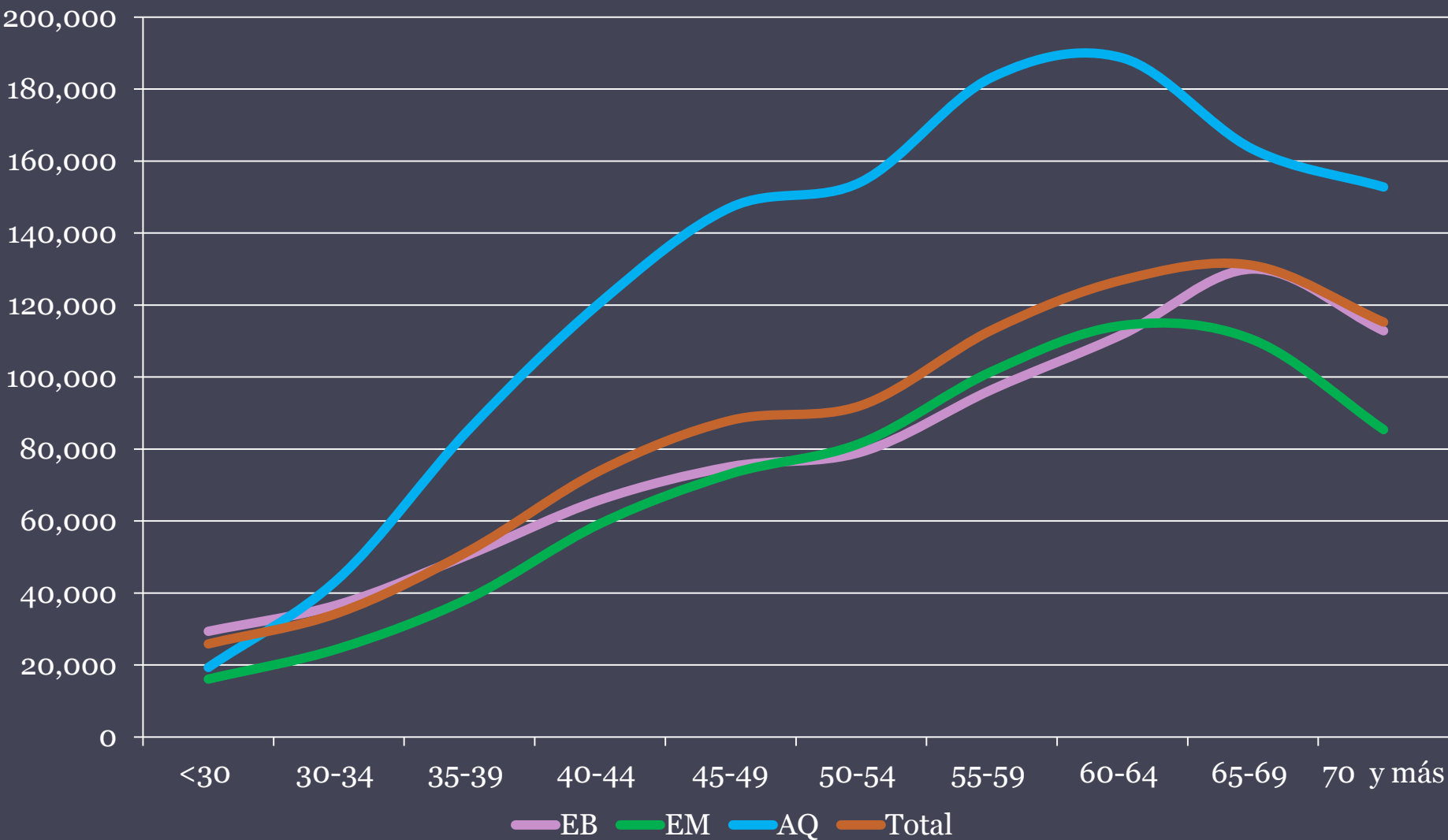


**EM**



# Salarios promedio por tramo etario

(valores a agosto 2014)



- # Unifuncionalidad – contribuye a la discontinuidad en la asistencia
- # Dificultades para lograr la adhesión institucional
- # Laudos diferentes Montevideo e Interior – colabora en la distorsión de la distribución territorial de los recursos humanos.
- # Formación funcional al régimen de trabajo vigente y desarticulada del mercado.

- # Medicina intensiva – trabajo vertical que deteriora la calidad asistencial y el vínculo entre el médico y paciente- familia y genera problemas de eficiencia en la gestión de las camas.
- # Medicina interna – ausencia de definición de la carga horaria que incide negativamente en el vínculo con el paciente y su familia. Ausencia de regulación del número de camas en régimen de visita sanatorial y guardia interna.

- # Negociación colectiva en el marco del Consejo de Salarios restringida a los aspectos salariales. Segmentación de la representatividad empresarial.
- # Convenios de corto plazo que limitan las discusiones no salariales que implican cambios de mediano plazo
- # Contexto económico favorable y altos niveles de empleo sectoriales
- # Reforma de la salud genera las condiciones necesarias aunque no suficientes para la reforma del mercado de trabajo que impacta directamente en el modelo asistencial.

## **2. Principios OBJETIVOS Y HERRAMIENTAS para el cambio**

# Principios

Equidad

---

Calidad de vida

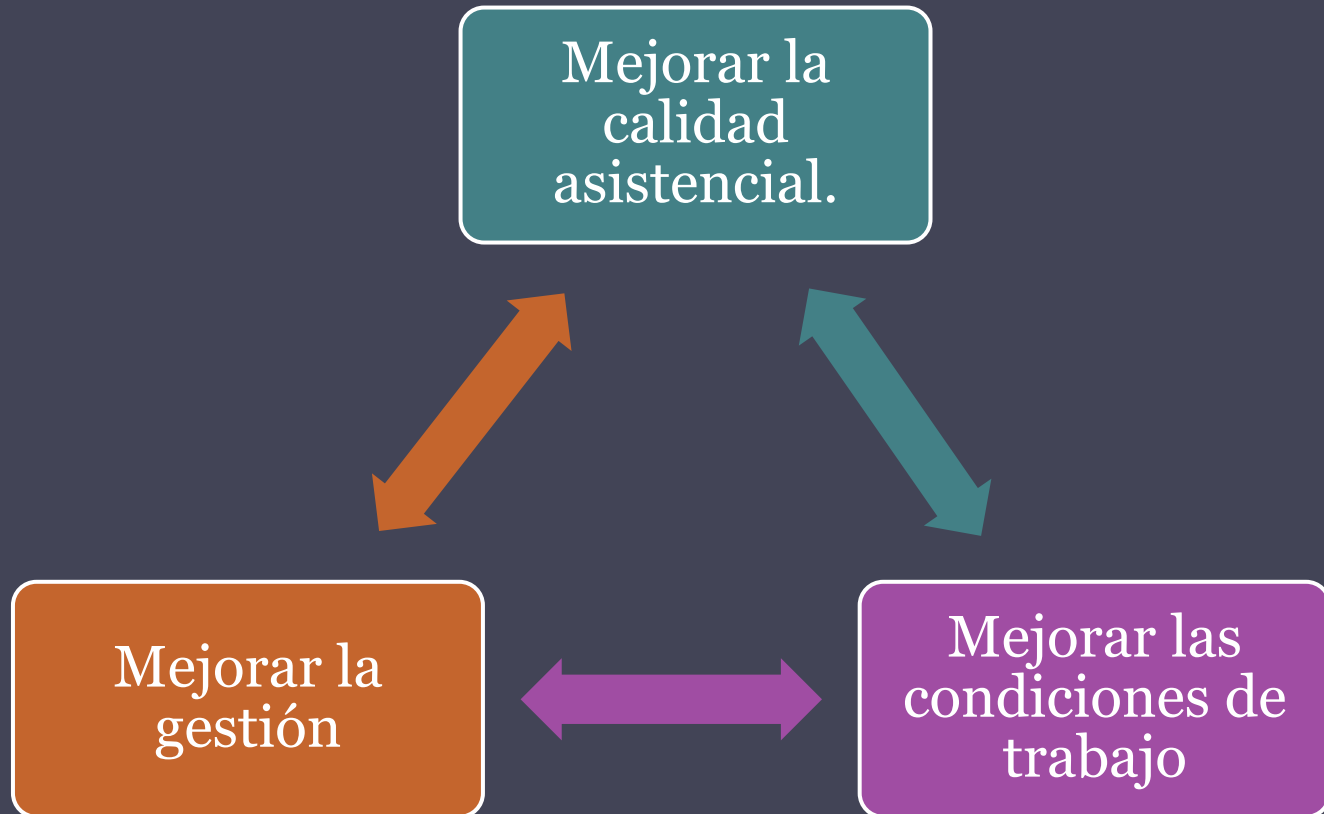
---

Sostenibilidad

---



# Objetivos



# Herramientas:

- Sistema de remuneración común  
(público-privado; Montevideo-Interior)
- Nuevo modelo de trabajo médico

### **3. ANÁLISIS COMPARADOS ENTRE MODELOS**

| Concepto                  | Régimen anterior  | Nuevo Laudo Nov 12  |
|---------------------------|---|---|
| Carga horaria             | Baja carga horaria por cargo de policlínica - 26 hs mes; Guardia - 24 hs                | Mayor carga horaria por cargo: 40 o 48 hs. semanales                              |
| Actividad por cargo       | Cargo uni-funcional   | Cargo poli-funcional  |
|                           | Fragmentación de cargos entre áreas de actividad  | Integra: policlínica; domicilio urgente y no; urgencia; y emergencia centralizada |
|                           | Hs. exclusivas: atención directa al paciente; se excluyen tareas institucionales o DPMC | Combina hs. atención directa con actividades institucionales y DPMC               |
| Horas de trabajo continuo | Guardias de 24 hs.  | Guardias máx. 16 hs. continuas  |

| Concepto                   | Régimen anterior                            | Nuevo Laudo Nov 12  |
|----------------------------|---|---|
| Mecanismo de pago variable | Diferencias:<br>Montevideo - Interior       | General: laudo nacional iguala Mvdeo. - Interior                            |
|                            | Montevideo:                                 | País:   |
|                            | *Policlínica: fijo + acto (50% cada uno)    | *Policlínica: fijo (75%) + variable: referencia y registro historia clínica |
|                            | *Domicilio: 100% acto (sin límite actos/hs) | *Domicilio: fijo (75%) + acto (máx 3 actos/hs)                              |
|                            | *Puerta: 100% fijo                          | *Puerta: fijo (75%) + variable: registro consulta                           |
|                            | *BQ: 100% acto                              | *Gine: fijo (75%) + acto c/límite masa salarial                             |
|                            | Interior: Fijo y acto quirúrgico opcional   | País: Fijo (75%) y variable (25%)   |

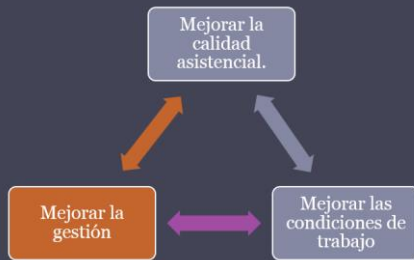
| Concepto                    | Régimen anterior   | Nuevo Laudo Nov 12  |
|-----------------------------|--|---|
| Variable: incidencia        | 50% Montevideo   | Máximo 25%  |
| Valor hora                  | Diferencia según actividad: policlínica, puerta, etc. y ubicación geográfica | Mismo valor hora para todas las actividades contempladas en el cargo                          |
| Referenciación de población | No existe  | Método: libre elección usuario, hs médico, uso esperado pacte.(edad y sexo) y N° consultas/hs |

| Concepto                  | Régimen anterior  | Nuevo Laudo CTI-MI  |
|---------------------------|---|---|
| Carga horaria             | CTI: trabajo vertical, régimen de guardia   | CTI – Longitudinalidad, concentración horaria                       |
|                           | MI: cargo indefinido, sin carga horaria ni relación con camas                           | MI - define cargo con cargas horarias y relación con pacientes      |
| Actividad por cargo       | Hs. exclusivas: atención directa al paciente; se excluyen tareas institucionales o DPMC | Combina hs. atención directa con actividades institucionales y DPMC |
| Horas de trabajo continuo | Guardias de 24 hs.  | Guardias máx. 16 hs continuas CTI y 20 MI                           |
|                           | CTI: sin espacio para pase de guardia   | CTI: tiempo previsto para pase de guardia                           |

| Concepto                         | Régimen anterior  | Nuevo Laudo CTI-MI  |
|----------------------------------|---|---|
| Incidencia de las formas de pago | CTI: 100% salario según valor hora al grado                       | Combina pago fijo (75%) y variable (25%) –en proceso de definición- |
|                                  | MI: 100% salario con remuneración al cargo                        |   |
| Valor hora                       | CTI: Interior < Mvdeo.  | CTI: Iguala precios en todo el país. Diferencia: CADL, CADT, MG     |
|                                  | MI: similar Mvdeo. e Interior                                     | MI: iguala precios en todo el país                                  |
| Cobertura de guardias            | CTI: dificultad para cubrir guardia fin de semana, noche, feriado | CTI: guardias obligatorias fin de semana y noches                   |

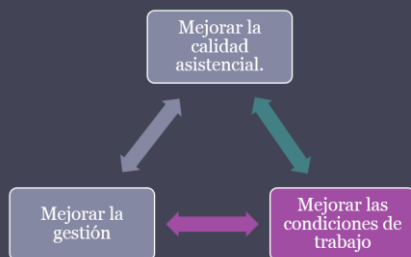






## Mejora en la gestión

- Aumenta capacidad para lograr compromiso institucional
- Inclusión horas institucional => posibilidad de incorporar actividades de gestión al trabajo médico
- Cambio en los mecanismos de pago variable => genera condiciones para mejorar la calidad de la gestión a nivel micro y sectorial.
- Polifuncionalidad y flexibilidad del nuevo laudo.



## Mejora en las condiciones de trabajo

- Concentración de la carga horaria laboral en una institución
- Polifuncionalidad - atención longitudinal del médico de referencia
- Mejora de las condiciones de trabajo - mejora del vínculo médico – usuario
- Longitudinalidad CTI y marco laboral para MI

# Cantidad de CAD

por especialidad y región al 31/7/2014

|                               | Norte | Sur | Este | Oeste | Total |
|-------------------------------|-------|-----|------|-------|-------|
| Medicina familiar             | 1     | 2   | 0    | 1     | 4     |
| Medicina general              | 5     | 69  | 12   | 9     | 95    |
| Pediatría                     | 9     | 58  | 5    | 7     | 79    |
| Ginecología                   | 2     | 0   | 0    | 0     | 2     |
| Medicina interna              | 1     | 9   | 4    | 1     | 15    |
| Medicina intensiva adultos    | 0     | 15  | 3    | 3     | 21    |
| Medicina intensiva pediátrica | 0     | 0   | 2    | 1     | 3     |
| Neonatología                  | 0     | 0   | 0    | 1     | 1     |
| Total                         | 18    | 153 | 26   | 23    | 220   |

Norte: Artigas, Salto, Paysandú, Rivera, Tacuarembó

Sur: Montevideo, Canelones

Este: Maldonado, Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres, Cerro Largo

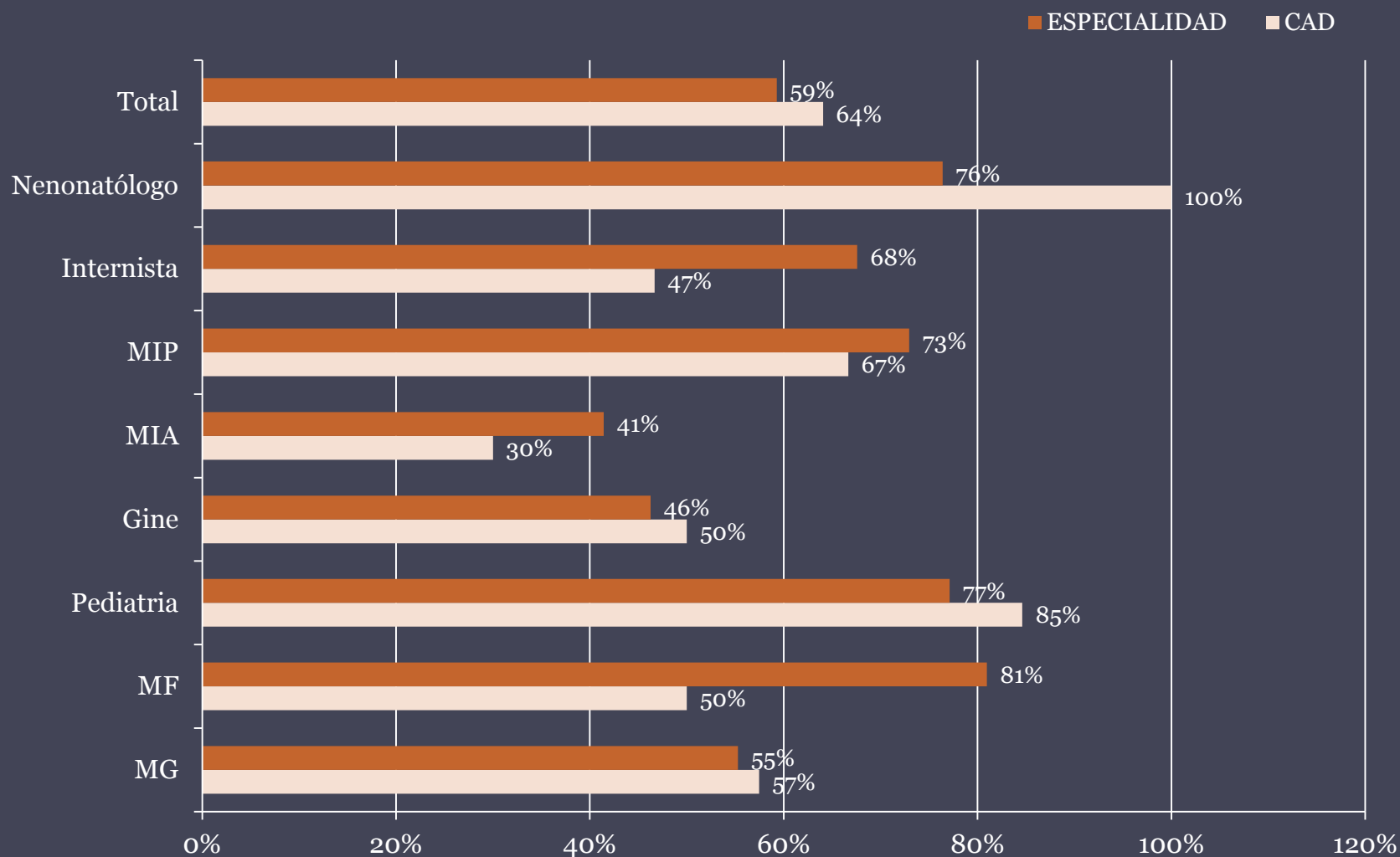
Oeste: Río Negro, Soriano, Colonia, Durazno, Florida, Flores, San José

## Razones por las que optaron por los CAD:

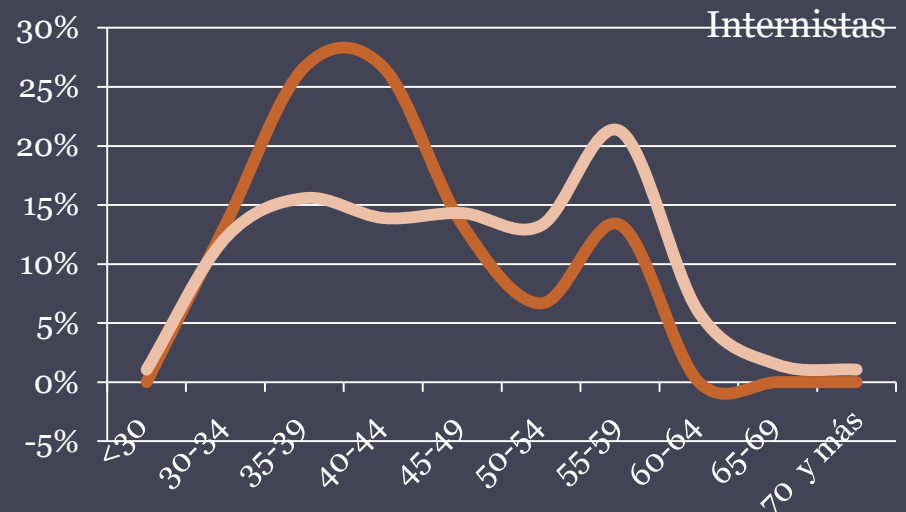
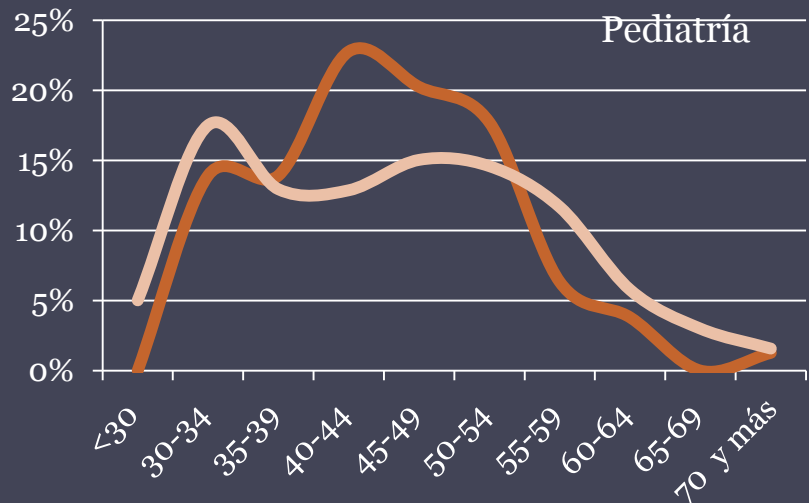
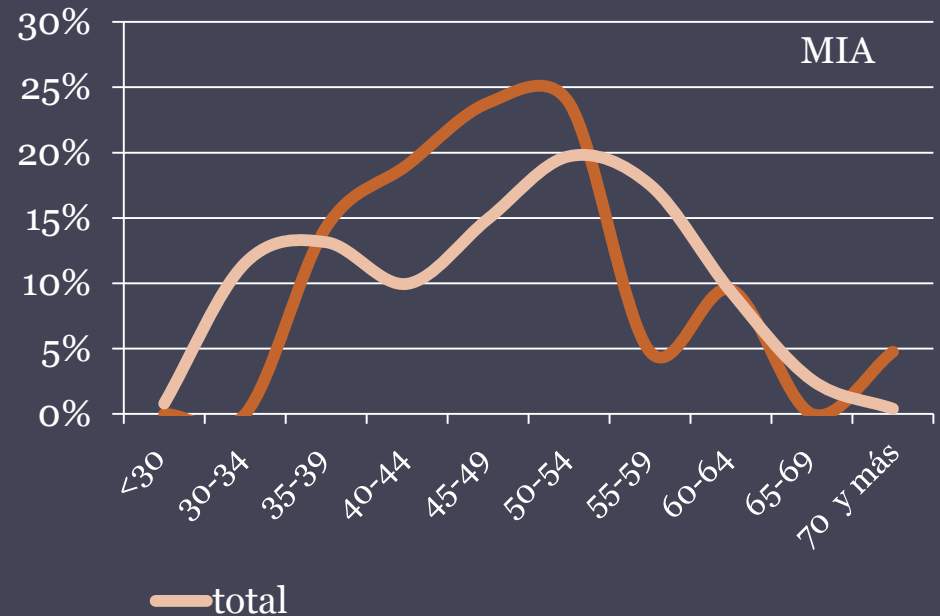
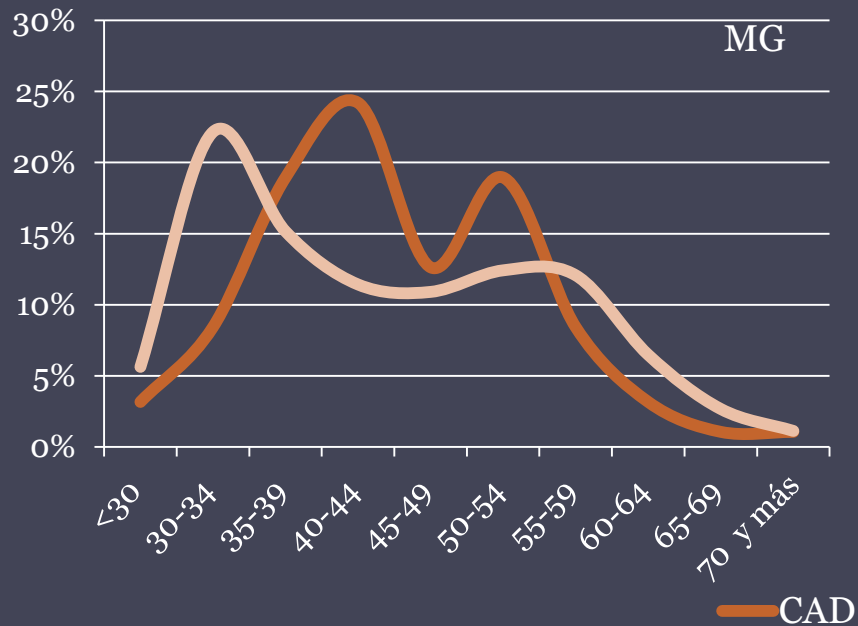
- Por la remuneración (51%)
- Para mejorar las condiciones de trabajo (46%)
- Para ejercer una medicina de mejor calidad (46%)
- Por las actividades que incluye el cargo (17%)
- Para concentrar la carga horaria en una solo institución (12%)
- Para tener mayor estabilidad en el institución (12%)

\* Datos de una encuesta realizada a los primeros 41 CAD

# Mujeres en los CAD

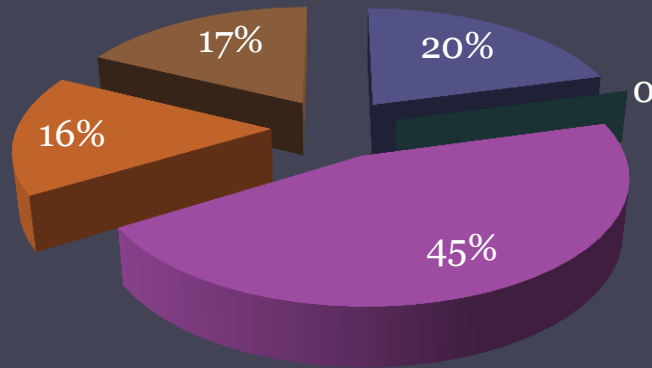


# CAD por tramo etario según especialidad

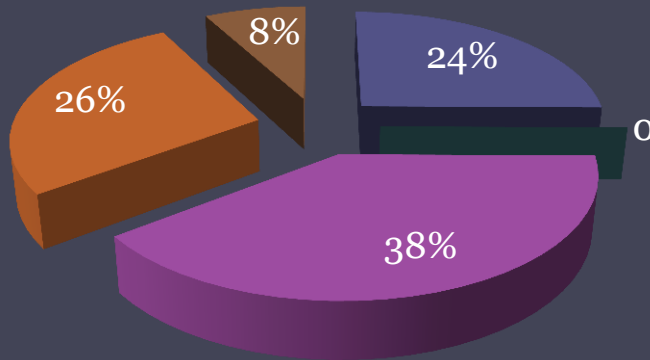


# Composición horas medicina general

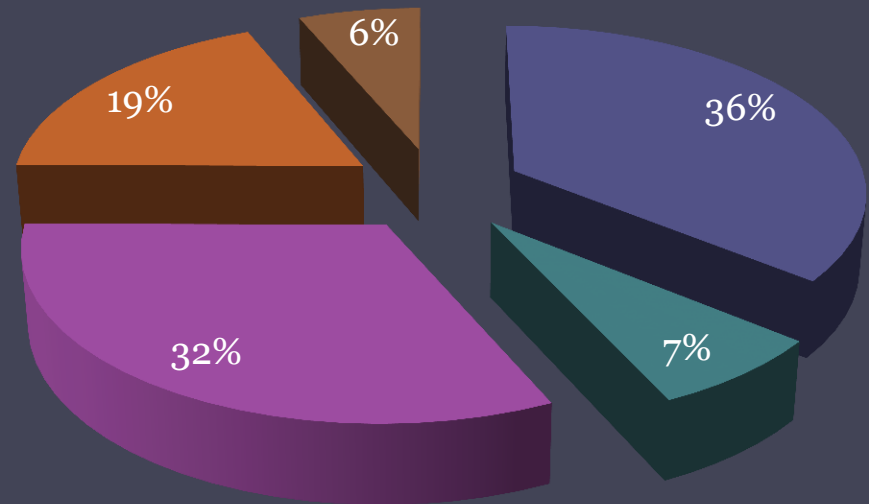
Antes del CAD



Especialidad total



CAD

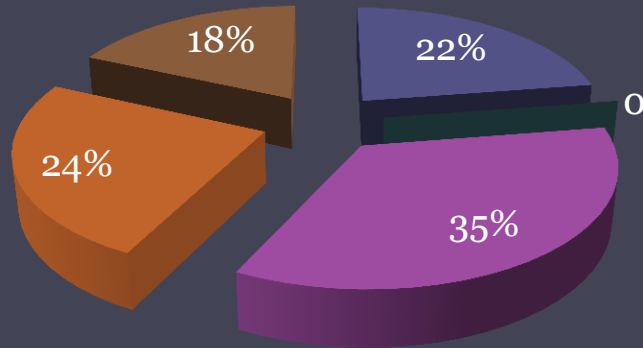


- policlínica
- actividad institucionales
- guardia
- atención domiciliaria
- visita sanatorial

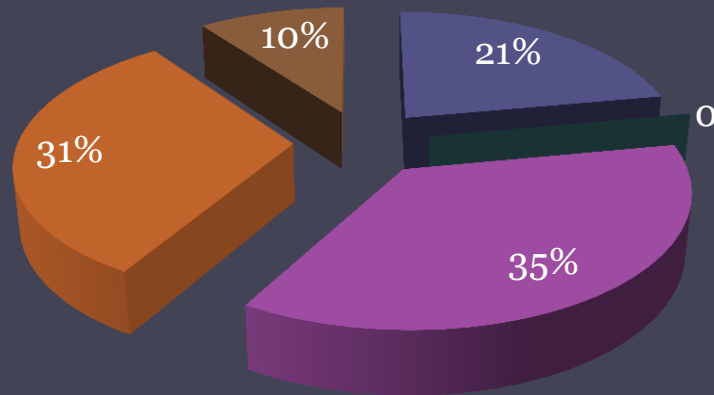


# Composición horas pediatria

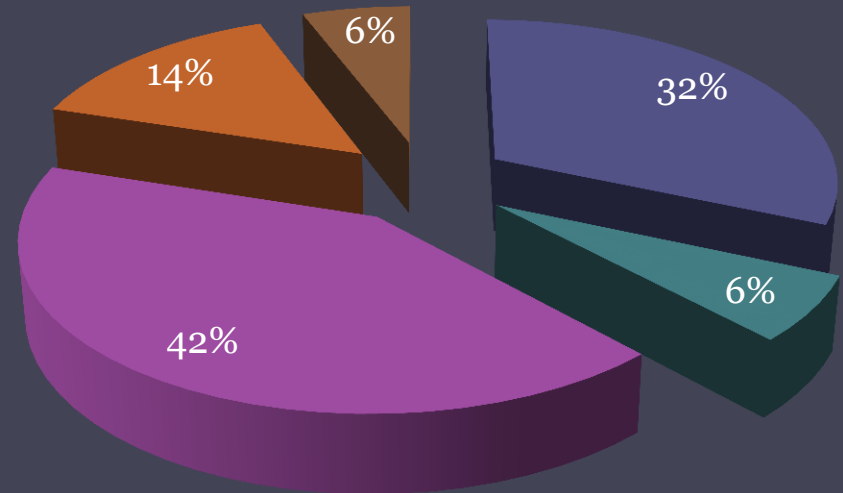
Antes del CAD



Especialidad total



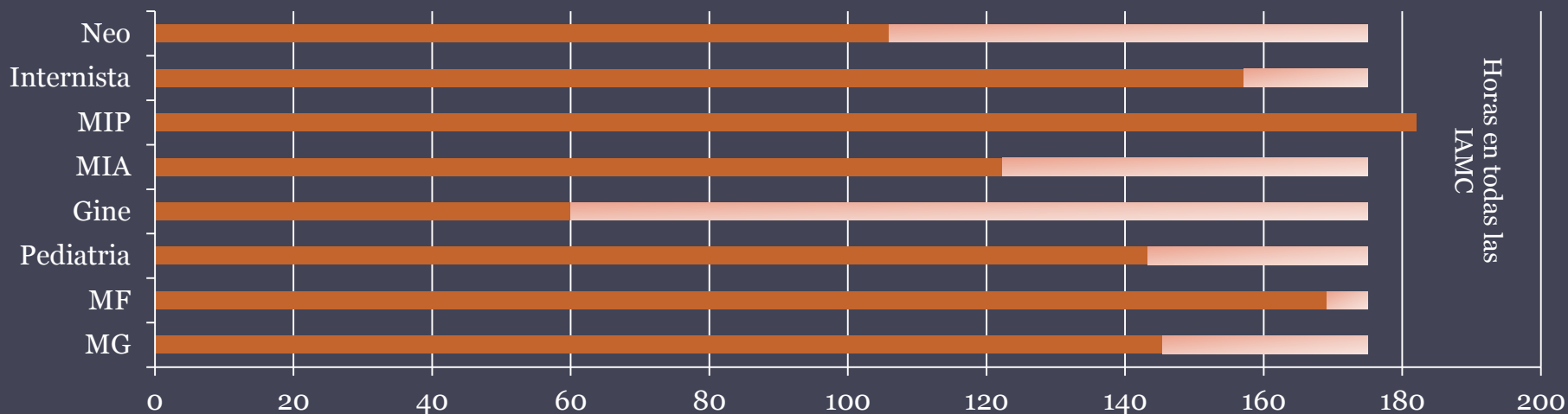
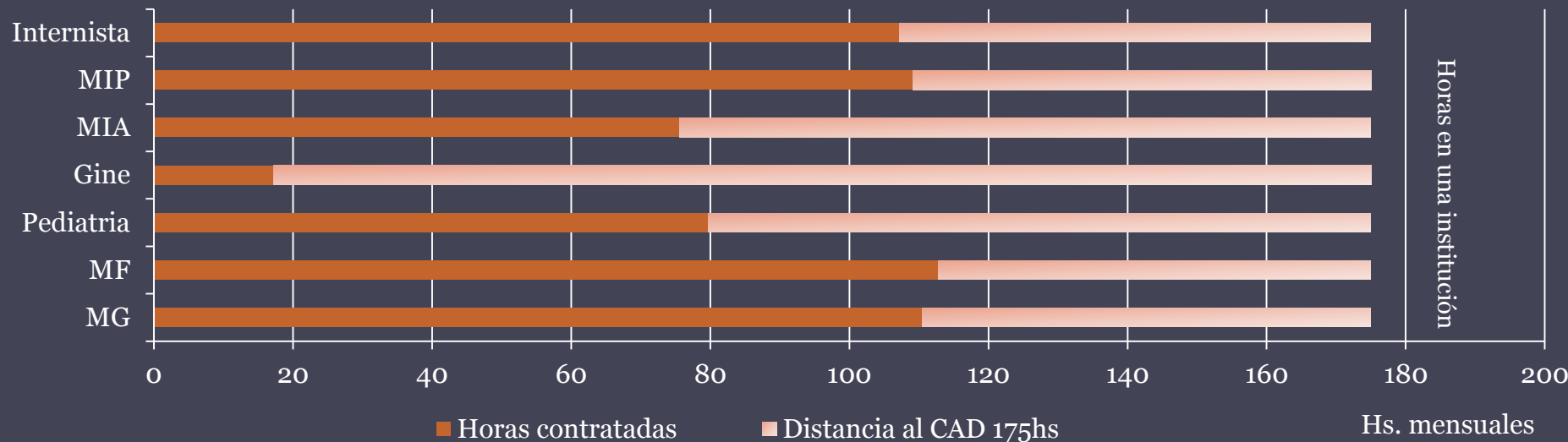
CAD



- policlínica
- actividad institucionales
- guardia
- atención domiciliaria
- visita sanatoria

- ¿Qué actividades realiza durante las horas que no son de atención directa a los usuarios?
  - Actividades de desarrollo médico continuo (63%)
  - Actividades de gestión (39%)
  - Actividades de educación para la salud a los usuarios (27%)
  - No realizo actividades que no sean de atención directa (10%)
  - Otras actividades (20%)
- ¿Qué limitaciones encuentra para poder desarrollar actividades en estas horas que no son de atención directa?
  - La carga de trabajo de atención directa es mayor a la esperada (49%)
  - La institución no me adjudicó estas horas (10%)
  - No tengo ninguna actividad planteada para realizar en dichas horas (20%)
  - Otros (24%)

# Horas contratadas de los médicos antes de asumir los CAD



# Horas de trabajo de los CAD ex ante y ex post

|                  | Ex ante | Ex post |
|------------------|---------|---------|
| Medicina General | 53      | 48      |
| Pediatría        | 61      | 52      |
| Medicina Interna | 83      | 67      |
| Neonatología     | 72      | 58      |

59% de los médicos disminuye las horas de trabajo con el CAD, 24% las aumenta y 17% las mantiene incambiadas.

# Referenciación de la población en los CAD

|                          | Med Gral Pediatría |      |
|--------------------------|--------------------|------|
| la gran mayoría          | 80%                | 43%  |
| aproximadamente la mitad | 20%                | 29%  |
| una minoría              | 0%                 | 29%  |
| Total                    | 100%               | 100% |

\* Datos de una encuesta realizada a los primeros 41 CAD

- ¿Piensa que los CAD inciden en la calidad de la atención prestada al usuario?

- Si (98%)
- No (0%)
- No contesta (2%)

- ¿Piensa que los CAD influyen en las condiciones de trabajo?

- Si (95%)
- No (0%)
- No contesta (5%)

## Cantidad de cargos proyectados para las IAMC

|        | Sin flexibilidad | Con flexibilidad* |
|--------|------------------|-------------------|
| Jun-14 | 257              | 257               |
| Dic-14 | 633              | 381               |
| Jun-15 | 633              | 444               |
| Dic-15 | 1,015            | 610               |
| Jun-16 | 1,015            | 715               |
| Dic-16 | 1,391            | 1,045             |
| Jun-17 | 1,391            | 1,111             |
| Dic-17 | 1,391            | 1,257             |
| Jun-18 | 1,391            | 1,391             |

La cantidad de cargos está financiada por una meta asistencial y depende de la cantidad de afiliados FONASA

Se supone que la cantidad de afiliados FONASA es constante durante todo el período.

\* Mecanismo de pago similar a Meta 1 donde se paga toda la meta contra el cumplimiento de un determinado porcentaje.

## **4. PRINCIPALES OBSTÁCULOS DEL PROCESO**



- Derechos adquiridos pero irreversibilidad del proceso.
- Mecanismo de financiamiento en un marco de cambio gradual. Asignación de recursos escasos.
- Impacto en los niveles de empleo.
- Diseño de nuevo modelo para generaciones que en forma mayoritaria no están en el mercado laboral.
- Desafío de superar la rigidez del laudo anterior – acuerdo 2011.

- Ausencia de dinamismo con estabilidad en las reglas de juego.
- Aspectos culturales:
  - Trabajadores y la diversificación del riesgo
  - Usuarios: acceso irrestricto a los médicos generalistas y las especialidades
  - Instituciones: gestión basada en la fragmentación de cargos.
  - Regulador: fragmentación de la regulación laboral y sanitaria

## 5. LECCIONES APRENDIDAS

- Se pueden modificar realidades complejas signadas culturalmente, como el multiempleo.
- Los convenios de largo plazo (2010 - 2015) permiten incorporar a la negociación colectiva aspectos no salariales.
- Acuerdo combina soluciones a problemas de todos los actores involucrados “ganar - ganar”:
  - Cambio de modelo de atención.
  - Calidad de vida del médico.
  - Problemas de gestión producto del incremento de afiliados y restricciones del laudo del 65.
  - Cambio cultural de las nuevas generaciones de médicos – guardias nocturnas, fines de semana.

- Reconfiguración de la forma de negociación colectiva, que se termina de consolidar con la creación de la CAM:
  - Poder ejecutivo: incorpora financiador, regulador sanitario y negociador laboral.
  - Empresas
  - Trabajadores
- El trabajo colectivo sistemático contrarresta la pasividad que conllevan los mecanismos de fijación de precios sectoriales y contribuye a una actitud proactiva de los actores. Valor de la flexibilidad en el diseño.
- Existe la posibilidad de generar pactos intergeneracionales

- La sostenibilidad del cambio implica un seguimiento permanente y que tiene algunos costos de transacción que son transitorios.
- ASSE tiene la capacidad de incorporar los mismos cambios, que comenzaron antes pero demoran más.
- El nuevo régimen de trabajo implicó conectar el mercado de trabajo con las condiciones necesarias para mejorar la medicina.
- Políticas laborales dentro del pull de políticas sanitarias.

## 6. DESAFÍOS

- Integración del resto del equipo de salud
- Incorporación de los servicios del área salud de la UdelaR
- Incorporar al sector público con reglas de juego diferentes a las del privado.
- Cumplir las condiciones suficientes para mejorar la medicina:
  - Resolutividad del primer nivel.
  - Sistemas de referencia y contra referencia.
  - Historia clínica electrónica.



# Lecciones aprendidas a dos años del acuerdo médico sobre Cargos de Alta Dedicación.

III Jornadas de Recursos  
Humanos del SNIS

Agosto 2014

- División evaluación y monitoreo del personal de salud (DIGESNIS-MSP).
- Unidad de negociación (SMU).