

**NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO.**

**AVANCES Y PERSPECTIVAS.**

1. OBJETIVOS DEL NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO .....	2
2. IMPLEMENTACIÓN DE LOS CAD .....	4
3. META 4 .....	9
4. PERSPECTIVAS DEL NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO .....	9
ANEXO 1. Comparación laudo 1965 y nuevo régimen de trabajo. ....	11

## 1. OBJETIVOS DEL NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO

A partir de 2010 dentro de la segunda etapa de la reforma se plantea como uno de los aspectos prioritarios, el tema de los recursos humanos. Las políticas en materia de recursos humanos pueden estar definidas para incidir en los aspectos vinculados a la formación o en los vinculados a la demanda o inserción laboral de los profesionales de la salud. De distintos estudios realizados desde 2005 a la fecha se desprende que en el caso de la profesión médica y sus especialidades, los principales problemas de dotación en los servicios y prestadores, radican en la inserción laboral y organización del mercado de trabajo, más que en la cantidad de recursos formados. En base a este diagnóstico es que se impulsa en 2010 la reforma del régimen de trabajo médico.

El nuevo régimen de trabajo tiene como objetivo generar condiciones para mejorar la calidad asistencial, brindar mejores herramientas de gestión a nivel de los prestadores y mejorar las condiciones laborales de los médicos. En todos los casos, el nuevo régimen de trabajo genera mejores condiciones para alcanzar los objetivos que el laudo anterior, pero siempre se requiere modificar también otros aspectos que no atañen directamente al régimen de trabajo.

A continuación se detallan algunos aspectos que contribuyen a los tres ejes fundamentales. Si bien en términos analíticos se presentan por separado, tanto las mejoras en la gestión como la mejora de las condiciones de trabajo impactan positivamente en la calidad de los servicios prestados.

### Calidad de atención

La ampliación de la carga horaria dentro de una misma institución junto con la definición de un mecanismo para limitar el número máximo de usuarios referenciados con cada médico, tienen un impacto importante en el acceso de los usuarios a su médico de referencia. Esto permite que el médico de cabecera cubra no solo las consultas de control de su población referenciada sino también sus consultas espontáneas frente a episodios de enfermedad.

Asimismo el nuevo régimen de trabajo incorpora la polifuncionalidad en los cargos, lo que genera condiciones para brindar una atención longitudinal de los pacientes y mejora los mecanismos de referencia y contra referencia o de interconsulta.

Estos aspectos vinculados a la longitudinalidad se refuerzan en las áreas de cuidados moderados y cuidados intensivos, donde el nuevo cargo permite una mayor dedicación al cuidado de cada paciente y el seguimiento diario de los mismos.

Por otra parte, el nuevo laudo médico es único a nivel nacional y elimina las brechas salariales existentes en el laudo anterior que beneficiaban principalmente a Montevideo. La idea con

esto es favorecer la radicación de recursos en todo el país y reducir las brechas de dotación que actualmente existen entre la capital y el resto del país.

Por último, tanto el aumento de la disponibilidad del médico para la consulta de su población referenciada como la posibilidad de brindar una atención longitudinal mejoran la confianza y el vínculo entre el médico y el usuario – familia, lo que redundará también en una mejora de la calidad de atención y un aumento de la eficiencia.

#### Capacidad de gestión

La mayor dedicación horaria de los médicos en una misma institución logra el compromiso del médico con la institución y por ende con los objetivos que la misma se trace. Asimismo, permite ejercer un mayor control de la institución sobre la actividad médica. La baja dedicación horaria y el multiempleo es una aproximación al ejercicio libre de la profesión, por lo que combatirlo implica mejorar los mecanismos de dependencia de los médicos con las instituciones y por ende los mecanismos de control.

Por otra parte, los nuevos cargos permiten incorporar horas que no son de atención directa a los usuarios que pueden destinarse a involucrar a los médicos en algunas tareas de gestión. Los nuevos mecanismos de pago variable contribuyen en el mismo sentido y genera condiciones para mejorar la calidad de la gestión a nivel micro y sectorial.

La polifuncionalidad y flexibilidad del nuevo laudo, permite una mejor organización de los servicios por parte de las instituciones y brinda herramientas para mejorar la cobertura de algunas áreas.

En el caso de cuidados moderados y cuidados intensivos, el trabajo longitudinal y la mayor dedicación horaria a los servicios no solo mejora la atención a los pacientes sino que también permite hacer un uso más eficiente de las camas.

Por último, la ampliación de la carga horaria y obligatoriedad en ciertos casos de realizar guardias nocturnas y semanales, permite mejorar la cobertura de las puertas de emergencia y de las guardias de CTI para lo que el laudo anterior generaba importantes dificultades.

#### Condiciones de trabajo

Los nuevos cargos tienden a la concentración de la carga horaria laboral en una institución, permitiendo a los médicos organizar la carga de trabajo semanal, beneficiando la calidad de vida y la calidad laboral.

Por otra parte, mejora la posibilidad de inserción de los médicos jóvenes en el mercado de trabajo no solo en términos salariales, sino en las posibilidades de ejercicio de la profesión.

Asimismo, reduce la incidencia del pago variable en el salario total, principalmente en Montevideo, garantizando un mínimo salarial mensual.

Por último, el nuevo esquema salarial permite evitar en el mediano plazo, los problemas de concentración de ingresos que tuvo como saldo el laudo anterior.

Para analizar el desarrollo que han tenido los CAD en las IAMC y en qué medida contribuyeron o no a los objetivos inicialmente delineados, es necesario distinguir entre los problemas de diseño y los de implementación. El MSP como organismo rector participa del diseño pero no de la implementación. Son las IAMC quienes resuelven a qué médicos contratan (considerando por ejemplo el perfil etario, compromiso con la institución, posibilidad de adaptarse a la nueva forma de trabajo, etc.) la estructura horaria de los cargos, el tipo de contrato de los médicos, etc. Todas estas variables, junto con el propio diseño conceptual, inciden en la capacidad de alcanzar o no los objetivos de la reforma del mercado de trabajo médico y por ende, en la percepción que se tenga del proceso. Es importante destacar que el nuevo régimen de trabajo médico es una condición necesaria pero no suficiente para mejorar la calidad de atención.

## **2. IMPLEMENTACIÓN DE LOS CAD**

Se presentan a continuación algunos datos primarios sobre el nuevo régimen de trabajo médico en las IAMC para monitorear el avance que se ha podido tener sobre los objetivos planteados. Es necesario destacar que el proceso de reforma no tiene el tiempo suficiente que permita evaluar el impacto sobre varios de los objetivos trazados inicialmente. Actualmente se encuentra trabajando una subcomisión de la CAM que tiene como objetivo monitorear el nuevo régimen de trabajo médico y que probablemente tenga un producto más acabado en los próximos meses. Por otra parte se está realizando la segunda edición de los talleres sobre el nuevo régimen de trabajo médico con el fin de lograr un intercambio con todos los médicos que han optado por este nuevo régimen y con las instituciones que los contrataron, identificando las fortalezas y debilidades en relación a la incidencia que estos tienen en la calidad asistencial, las condiciones de trabajo de estos profesionales y la capacidad de gestión de las instituciones. Estos talleres no han finalizado por lo que sus resultados se presentarán en informes posteriores.

Tabla 1: Cantidad de CAD por especialidad y región a junio de 2015 (IAMC)

	Regiones					Total
	Norte	Centro - Sur	Este	Oeste	Montevideo	
Medicina General	13	10	14	12	65	114
Medicina Familiar	0	0	0	1	8	9
Ginecología	4	0	1	0	0	5
Medicina intensiva adultos	1	7	9	0	15	32
Medicina intensiva pediátrica	0	1	2	0	6	9
Medicina Interna	2	4	9	3	16	34
Neonatología	0	3	1	0	8	12
Pediatría	12	13	8	9	65	107
Psiquiatría	0	0	0	0	2	2
<b>Total CAD</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>25</b>	<b>185</b>	<b>324</b>
<b>Cantidad de instituciones</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>36</b>

Norte: Artigas, Paysandú, Rivera, Salto y Tacuarembó

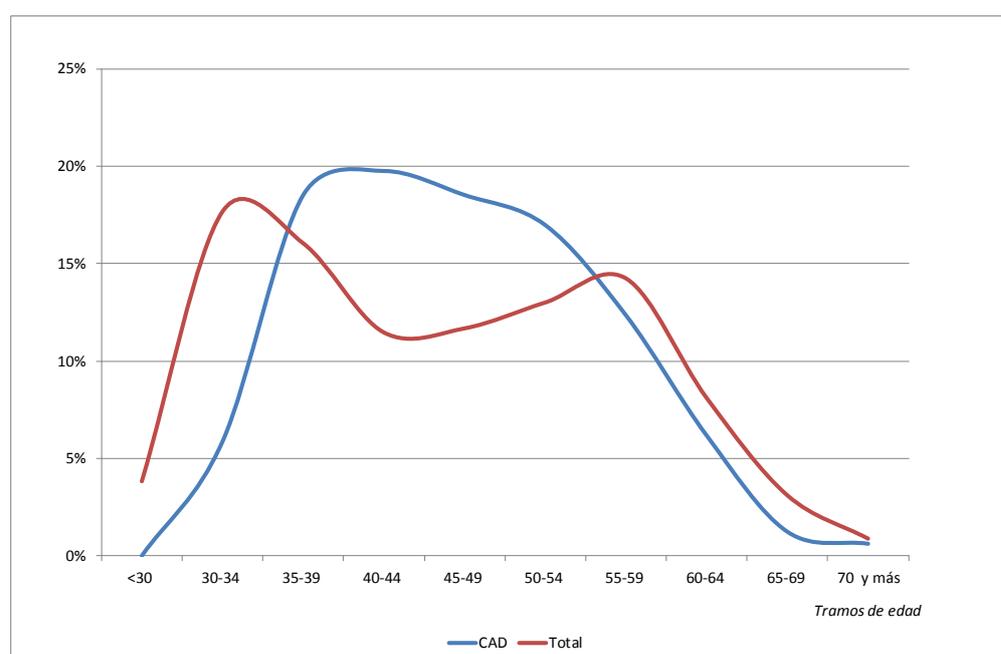
Este: Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres

Oeste: Colonia, Río Negro, Soriano

Centro - Sur: Canelones, Durazno, Flores, Florida, San José

De la información disponible, se puede concluir que las instituciones no priorizaron necesariamente a los más jóvenes a la hora de contratar los CAD. Asimismo, más de 20% de los CAD superan los 55 años de edad, por lo que es de esperar que en estos casos el cambio en el régimen de trabajo no implique necesariamente un cambio en el ejercicio profesional sino simplemente una modificación de la forma de contratación.

Gráfica 1: CAD por tramos etarios



Gráfica 2: CAD por tramos etarios según especialidad

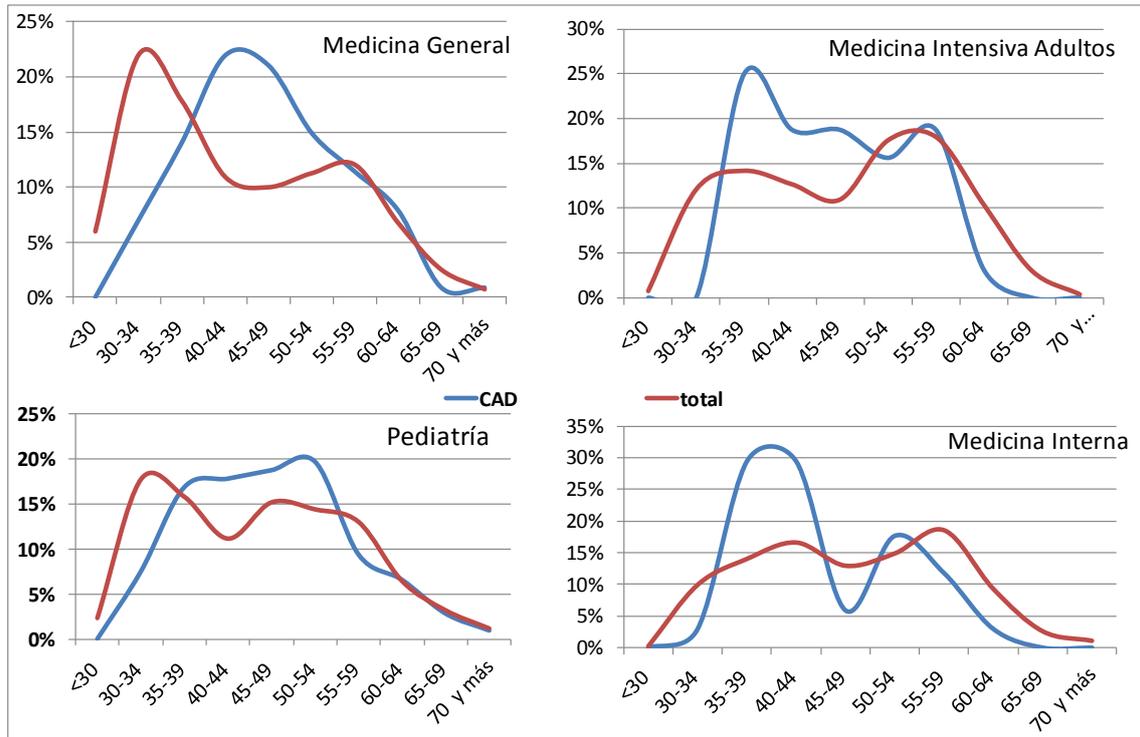
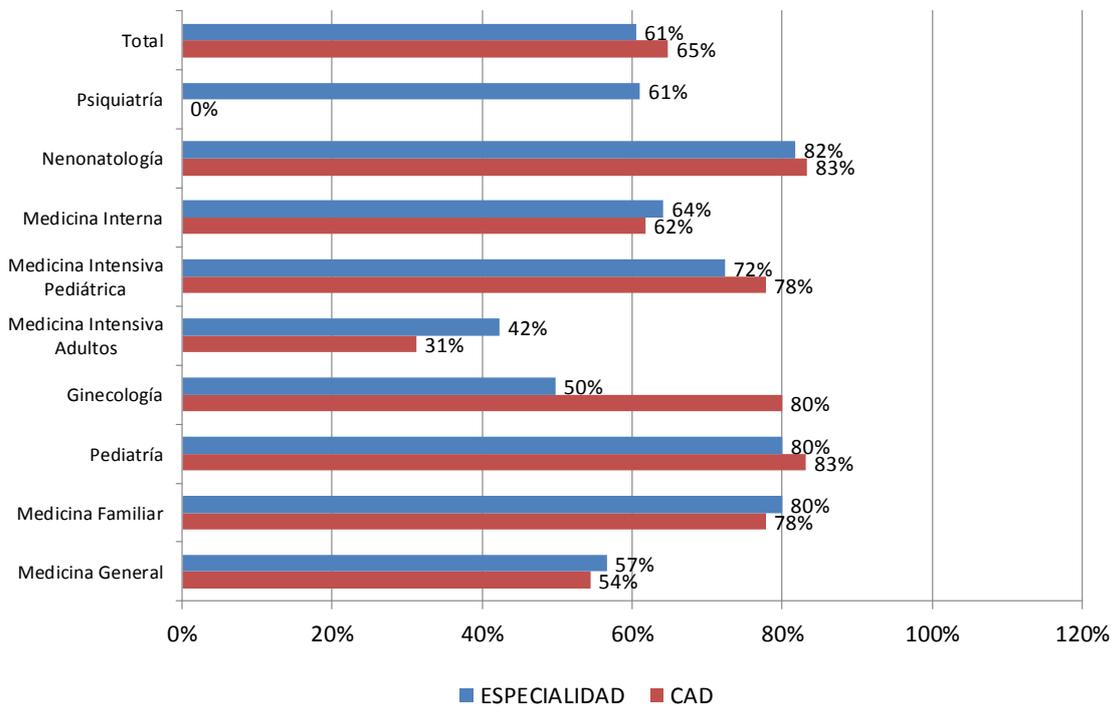


Tabla 2: CAD en los tramos etarios mayores (en %)

	% Mayores de 55	% Mayores de 60
Medicina General	21,1%	9,6%
Medicina Familiar	11,1%	0,0%
Pediatría	19,6%	10,3%
Ginecología	40,0%	20,0%
Medicina Intensiva Adultos	21,9%	3,1%
Medicina Intensiva Pediátrica	44,4%	11,1%
Medicina Interna	14,7%	2,9%
Neonatología	16,7%	0,0%
Psiquiatría	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>20,4%</b>	<b>8,0%</b>
Cantidad de CAD	60	26

Por otra parte, se observa que las mujeres tienen una participación relativa mayor que los hombres en los CAD. El nuevo régimen de trabajo permite una mejor conciliación entre el trabajo remunerado y no remunerado que el laudo anterior. Si bien este no estuvo planteado como un objetivo primario de la reforma, es un efecto positivo que es importante destacar desde la perspectiva de género.

**Gráfica 3: % de mujeres en los CAD y en el total de especialidades**

Resulta interesante analizar cuál ha sido hasta el momento el impacto del nuevo régimen de trabajo médico en lo que respecta a la concentración del empleo. Para ello se puede comparar el multiempleo<sup>1</sup> de los médicos que tienen un CAD antes y después de asumir el mismo. El multiempleo ex ante se calcula para el año 2012 y el multiempleo ex post con datos de 2015. En ambos casos se utilizan las bases de datos de los trabajadores de las IAMC, Seguros Privados y ASSE, dado que son las bases disponibles para ambos momentos del tiempo.

Con esta información se puede concluir que los médicos que asumieron los CAD concentraron su trabajo, observándose una disminución del multiempleo en el entorno del 13%.

Para el análisis del multiempleo es necesario considerar la convivencia del nuevo régimen con la organización del trabajo planteada en el laudo de 1965. Esto permite que un médico con un CAD pueda mantener otro cargo de pocas horas de trabajo. En este sentido, es conveniente realizar un análisis más detallado sobre la concentración del empleo, incorporando la cantidad de horas de trabajo en las diversas instituciones.

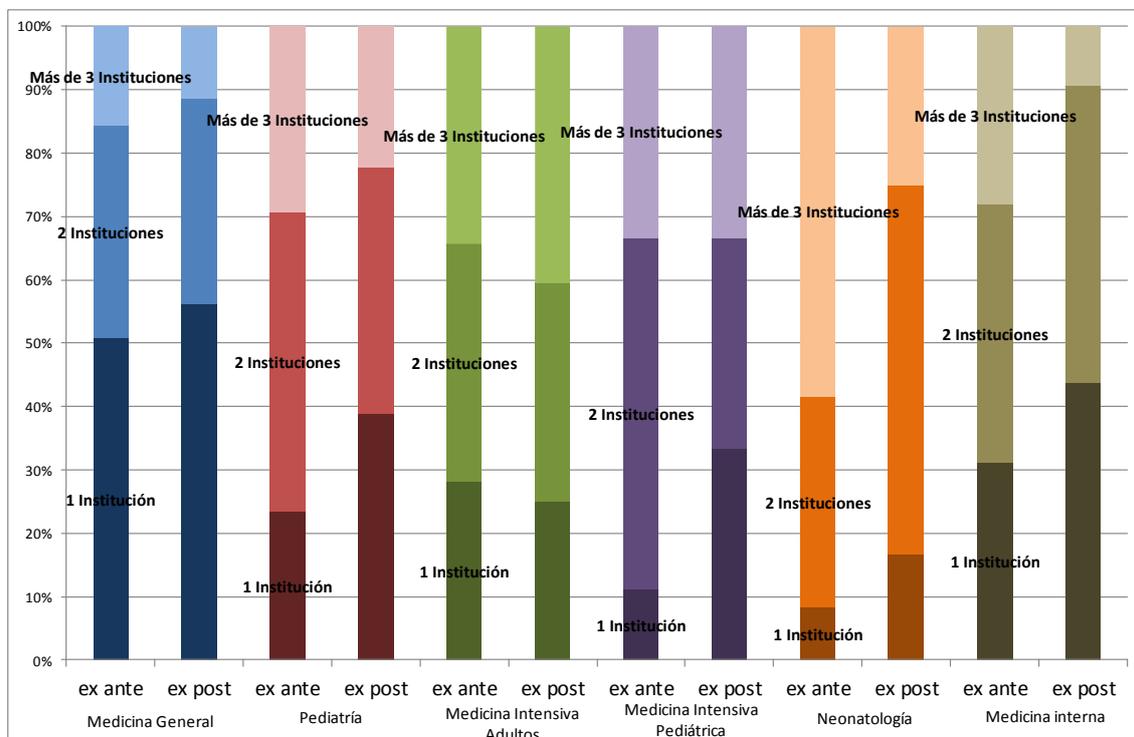
<sup>1</sup> Se considera multiempleo cuando el médico trabaja en más de una institución.

Tabla 3. Multiempleo antes y después del CAD.

	Montevideo			Interior			Total		
	Ex ante	Ex post	Variación	Ex ante	Ex post	Variación	Ex ante	Ex post	Variación
Medicina General	45%	43%	-3.4%	55%	45%	-18.5%	49%	44%	-10.7%
Medicina Familiar	100%	88%	-12.5%	100%	100%	0.0%	100%	89%	-11.1%
Pediatría	75%	59%	-21.3%	79%	65%	-18.2%	76%	61%	-20.0%
Medicina Intensiva Adultos	87%	87%	0.0%	59%	65%	10.0%	72%	75%	4.3%
Medicina Intensiva Pediátrica	83%	50%	-40.0%	100%	100%	0.0%	89%	67%	-25.0%
Neonatología	88%	88%	0.0%	100%	75%	-25.0%	92%	83%	-9.1%
Medicina Interna	73%	47%	-36.4%	65%	65%	0.0%	69%	56%	-18.2%
Ginecología	100%	100%	0.0%	80%	100%	25.0%	80%	100%	25.0%
Psiquiatría	50%	50%	0.0%	100%	100%	0.0%	50%	50%	0.0%
<b>Total</b>	<b>66%</b>	<b>57%</b>	<b>-14.9%</b>	<b>67%</b>	<b>60%</b>	<b>-10.6%</b>	<b>67%</b>	<b>58%</b>	<b>-13.0%</b>

Discriminando por especialidad, se puede concluir que la asunción del CAD generó que los médicos optaran por concentrar su empleo, trabajando en menos instituciones. Esto se observa en el incremento del porcentaje de médicos que trabajan en 1 o 2 instituciones en la actualidad con respecto a la situación de esos médicos en 2012.

Gráfica 4. Multiempleo antes y después del CAD por especialidad.



### 3. META 4

El mecanismo para financiar el nuevo régimen de trabajo debe considerar la gradualidad en la implementación. Los ajustes salariales, por ejemplo, se pueden trasladar a cápitas porque implican un porcentaje de aumento idéntico en todo el sector establecido por Consejo de Salarios. En el caso de la reforma del trabajo médico, la implementación es diferencial entre instituciones por lo que el traslado de los costos a los ingresos necesariamente debe considerar esta heterogeneidad. Por este motivo, se utilizó como mecanismo de financiamiento las metas asistenciales, y se define que una vez que avance el proceso estos fondos deben volcarse a las cápitas (Acta Consejo de Salarios Noviembre de 2012). La meta 4 que financia los CAD tiene 3 componentes, donde los primeros dos se pagan contra el cumplimiento de ciertos requisitos pero con independencia que la institución contrate o no el cargo, y solo el tercer componente se paga proporcionalmente a la cantidad de cargos contratados. Este mecanismo acordado en 2012 se flexibilizó en 2014, y financia todas las especialidades acordadas y a acordarse en el futuro.

### 4. PERSPECTIVAS DEL NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO

El mecanismo de financiamiento acordado por Consejo de Salarios y por la JUNASA, que como se mencionó anteriormente define un calendario hasta el año 2018, determina que al final del período las IAMC cuenten con 1391 cargos.

**Tabla 4: Cantidad de cargos proyectados para las IAMC<sup>2</sup>**

	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

\* Mecanismo de pago similar a Meta 1 donde se paga toda la meta contra el cumplimiento de un determinado porcentaje. Este mecanismo de flexibilidad se acordó en 2014 dando respuesta a la solicitud de las IAMC de hacer el proceso más gradual.

Por otra parte, el acuerdo de Consejo de Salarios de 2010 establece la revisión de todo el laudo médico, es decir, de todas las especialidades médicas y anestésico – quirúrgicas. Esto fue reafirmado también en actas posteriores con cronogramas detallados. Al día de hoy, quedan pendientes de definir los cargos de jefaturas, coordinadores y consultantes, las restantes

<sup>2</sup> Para la proyección se supone que la cantidad de afiliados FONASA es constante durante todo el período considerado.

especialidades médicas no acordadas aún y las especialidades anestésico – quirúrgicas, con excepción de ginecología que se acordó en 2012.

Desde las instituciones, han existido diversos planteos que apuntan en distintas direcciones. El común denominador en todos los casos es la dificultad para cumplir con el cronograma de la meta 4, y en todo caso en lo que difieren es en el tipo de solución. Para descomprimir este problema existen distintas soluciones alternativas o complementarias, que han sido planteadas por los diferentes prestadores y que obviamente reflejan la composición heterogénea del sector en relación al tamaño de las instituciones.

En el caso de algunas instituciones de Montevideo y las del Interior de mayor tamaño, se ha planteado la urgencia de avanzar con el resto de las especialidades médicas para aumentar el pool de opciones para cumplir con la meta.

Por otro lado, algunas instituciones del Interior plantearon priorizar las especialidades anestésico – quirúrgicas porque es donde tienen mayores problemas de cobertura hoy.

Otras instituciones también del Interior reclaman la posibilidad de desarrollar cargos “complementados” entre instituciones privadas o públicas y privadas, y que sean reconocidos por la meta 4.

Por último, existe siempre la posibilidad de simplemente flexibilizar nuevamente el cronograma lo que implicaría seguir pagando pero reducir las exigencias.

En términos de la rectoría, y bajo el supuesto que el avance del nuevo régimen de trabajo es relevante para la mejora de la calidad de atención, debería evitarse la discusión del cronograma que ya fue flexibilizado el año pasado y focalizar los esfuerzos en las otras alternativas que pueden ser complementarias y dan soluciones diferentes a los distintos prestadores.<sup>3</sup>

A lo anterior se agrega a la agenda futura el diseño de mecanismos de ajuste entre los dos laudos que eviten la generación de capacidad ociosa en la transición de un laudo a otro.

Por último, es importante seguir avanzando en la subcomisión de la CAM que tiene por objeto monitorear el avance del nuevo régimen de trabajo en relación a los objetivos inicialmente planteados.

El nuevo régimen de trabajo médico, tal como se mencionó anteriormente, es condición necesaria pero no suficiente para mejorar la calidad asistencial. El cambio en la organización de trabajo implica un importante cambio cultural de los médicos y de la gestión de las instituciones. El período de transición que estamos transitando, se caracteriza por la coexistencia de cargos del nuevo y viejo laudo, donde además los nuevos cargos no necesariamente los desempeñan nuevos trabajadores, sino que en la mayoría de los casos

---

<sup>3</sup> Es importante recordar que la meta 4 se pagó durante el período 2010 – 2012 solamente contra la voluntad de las instituciones de avanzar en el proceso, sin exigir ningún cargo a cambio.

implicaron la reconversión de los médicos que ya trabajaban en los servicios. Esta transición que dio viabilidad política a la reforma agrega un importante grado de complejidad e impide distinguir los problemas propios del nuevo régimen de los problemas de la transición o de la implementación. En este sentido es importante avanzar en completar el proceso al tiempo que monitorear los aspectos propios de la implementación.

#### ANEXO 1. Comparación laudo 1965 y nuevo régimen de trabajo.

Concepto	Régimen anterior	Nuevo laudo Nov 12
<b>Carga horaria</b>	Baja carga horaria por cargo de policlínica - 26hs. mes; guardia - 24hs.	Mayor carga horaria por cargo: 40 o 48hs. semanales
<b>Actividad por cargo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cargo unifuncional</li> <li>▪ Fragmentación de cargos entre áreas de actividad</li> <li>▪ Hs. exclusivas: atención directa al paciente; se excluyen tareas institucionales o DPMC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cargo poli-funcional</li> <li>▪ Integra: policlínica; domicilio urgente y no; urgencia; y emergencia centralizada.</li> <li>▪ Combina hs. atención directa con actividades institucionales y DPMC</li> </ul>
<b>Horas de trabajo continuo</b>	Guardias de 24hs.	Guardia máx. 16hs. continuas.
<b>Mecanismo de pago variable</b>	Diferencias: Montevideo - Interior	General: laudo nacional iguala Montevideo – Interior
	<b>Montevideo:</b>	<b>País</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Policlínica: fijo + acto (50% cada uno)</li> <li>▪ Domicilio: 100% acto (sin límite actos/hora)</li> <li>▪ Puerta: 100% fijo</li> <li>▪ Block Quirúrgico: 100% acto</li> <li>▪ Interior: fijo y acto quirúrgico opcional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Policlínica: fijo (75%) + variable: referencia y registro historia clínica</li> <li>▪ Domicilio: fijo (75%) + acto (máximo 3 actos/hora)</li> <li>▪ Puerta: fijo (75%) + variable: registro consulta</li> <li>▪ Ginecología: fijo (75%) + acto c/límite masa salarial</li> <li>▪ País: Fijo (75%) y variable (25%)</li> </ul>
<b>Variable: incidencia</b>	50% Montevideo	Máximo 25%
<b>Valor hora</b>	Diferencia según actividad: policlínica, puerta, etc. y ubicación geográfica	Mismo valor hora para todas las actividades contempladas en el cargo
<b>Referenciación de población</b>	No existe	Método: libre elección usuario, hs médico, uso esperado paciente (edad y sexo) y N° consultas/hs.

Concepto	Régimen anterior	Nuevo Laudo CTI-MI
<b>Carga horaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CTI: trabajo vertical, régimen de guardia.</li> <li>▪ MI: cargo indefinido, sin carga horaria ni relación con camas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CTI – Longitudinalidad, concentración horaria</li> <li>▪ MI - define cargo con cargas horarias y relación con pacientes</li> </ul>
<b>Actividad por cargo</b>	Horas exclusivas: atención directa al paciente; se excluyen tareas institucionales o DPMC	Combina horas atención directa con actividades institucionales y DPMC
<b>Horas de trabajo continuo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guardias de 24hs.</li> <li>▪ CTI: sin espacio para pase de guardia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guardia máx. 16hs continuas MI y 20 CTI</li> <li>▪ CTI: tiempo previsto para pase de guardia</li> </ul>
<b>Incidencia de las formas de pago</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CTI: 100% salario según valor hora al grado</li> <li>▪ MI: 100% salario con remuneración al cargo</li> </ul>	Combina pago fijo (75%) y variable (25%) – (FPV para CTI; Historia Clínica y resumen de egreso para MI).
<b>Valor hora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CTI: Interior &lt; Montevideo</li> <li>▪ MI: similar Montevideo e Interior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CTI: Iguala precios en todo el país. Diferencia: CADL, CADT, MG</li> <li>▪ MI: iguala precios en todo el país</li> </ul>
<b>Cobertura de guardias</b>	CTI: dificultad para cubrir guardia fin de semana, noche, feriado	CTI: guardias obligatorias fin de semana y noches