

Contenido

I. Introducción	2
II. Modalidad de los talleres	3
III. Taller Colonia.....	4
IV. Taller Florida	7
V. Taller Tacuarembó	9
VI. Taller Maldonado.....	11
VII. Taller Montevideo.....	13
VIII. En suma:.....	17

I. Introducción

Del 15 de junio al 21 de julio de 2015 se realizaron las 2das jornadas anuales sobre el nuevo régimen de trabajo médico. La idea de esta actividad es evaluar el desarrollo de los Cargos de Alta Dedicación (CAD) para el mejoramiento y profundización del nuevo régimen de trabajo, identificando las buenas prácticas y las debilidades de la implementación de los CAD desde la visión de los profesionales que están trabajando en esta modalidad y las instituciones de salud que los contratan. El eje central es analizar la incidencia que estos nuevos cargos tienen en la calidad asistencial, las condiciones de trabajo de estos profesionales y la capacidad de gestión de las instituciones. Esta actividad se enmarca en la Comisión Asesora Multipartita (CAM) del Consejo de Salarios, integrada por MSP, SMU, la UMU, el Plenario de Instituciones, la CIES y la FEMI. Asimismo se invitó a participar a los Directores Departamentales del MSP. En 2015 se realizaron 5 talleres y se presenta a continuación la lista de participantes.

Tabla 1. Información de los participantes de los talleres

Lugar	Departamentos	Instituciones a las que pertenecen los médicos	Instituciones que participaron del taller	N° de médicos que participaron	Especialidades que participaron	Directores departamentales
Colonia	Colonia, Río Negro, Soriano	ASSE, CAMOC, CAMEC, HOSP. EVANGÉLICO (COLONIA), CAMS, AMEDRIN	CAMY, CAMS, CAMEC, CAMOC, ASSE	18	Medicina General, Medicina Interna, Pediatría	DDS Soriano Dr. Alejandro Crosi, DDS Colonia Dr. Jorge Mota.
Florida	Canelones, Durazno, Flores, Florida, San José	ASSE, CRAMI, COMEF, COMEFLO, CAMEDUR, AMSJ, COMECA	CRAMI, COMEF, CAAMEPA, AMSJ, COMECA, CRAMI, ASSE	14	Pediatría, Medicina Interna, Medicina General, Medicina Intensiva pediátrica y de adultos, Neonatología	DDS Flores Lic. Magdalena Espillar, Adjunta a la DDS Canelones Dra. Adriana Pisani, DDS Durazno Dra. Ana Tomasco, DDS Dr. Luis Delgado.
Tacuarembó	Artigas, Paysandú, Rivera, Salto, Tacuarembó	ASSE, COMTA, COMEPA, SMQS	COMEPA, GREMEDA, COMTA, SMQS, CASMER, ASSE, COMERI	15	Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Medicina Familiar y Ginecología, Medicina Intensiva	Adjunto a la DDS Salto Dr. Matías Martínez, DDS Tacuarembó Dr. Carlos Benavides, DDS Paysandú Lic. Juan Gorosterrazú.
Maldonado	Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha, Treinta y Tres	COMERO, AMECOM, ASSE, CAMDEL, CRAME, CAMCEL	COMERO, CAMDEL, CAMCEL, IAC, CRAME, AMECOM	26	Medicina general, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Medicina Intensiva pediátrica y de adultos, Neonatología	DDS Lavalleja Dr. Miguel Paradedada, DDS Maldonado Dra. Mónica Otormin.
Montevideo	Montevideo	SMI, MUCAM, CASMU, ASOC. ESPAÑOLA, CCOU, UNIVERSAL, HOSP. EVANGÉLICO, COSEM, ASSE, GREMCA, CUDAM, CRAMI, CASA DE GALICIA, COMECA	ASSE, CCOU, CASA DE GALICIA, CUDAM, CASMU, GREMCA, COSEM, ASOC. ESPAÑOLA, UNIVERSAL	149	Pediatría, Medicina general, Medicina familiar, Medicina interna, Medicina intensiva pediátrica y de adultos, Neonatología	DDS Dr. Gabriel Rehermann, Adjunta DDS Dra. Silvia Cauci, Adjunto DDS Soc. Ricardo Alberti.

II. Modalidad de los talleres

Los talleres se realizaron, por un lado con los profesionales médicos que asumieron los CAD y por otro con los directores técnicos, jefes de servicios y gerencias de las instituciones que han optado por implementar este nuevo régimen de trabajo médico en sus servicios.

En el caso de los talleres con los médicos se dividieron en grupos con un coordinador que guió la discusión. En cada uno se llevó una pauta de preguntas guía (que se detallan más abajo), con el objetivo de que cada médico contara su experiencia en el cargo, las ventajas y desventajas del mismo. Se intentó contar en cada grupo con la representación de médicos de distintas instituciones y especialidades para el caso de los talleres del interior; mientras que en Montevideo se realizaron grupos por especialidad (Pediatría, Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina Intensiva Adultos, Medicina Intensiva Pediátrica y Neonatología). Luego del trabajo en grupo se realizó una plenaria en donde cada coordinador presentó los principales aspectos que se habían planteado en el grupo.

En el caso del taller con los directivos, jefes o gerencias de las instituciones, por la cantidad de personas que participaban, se realizó un único grupo por taller en donde se discutió acerca de la experiencia de cada institución en torno a la implementación de los cargos.

A continuación se presentan las preguntas orientadoras que se definieron ex ante para guiar la discusión de los talleres:

Preguntas guía para el taller con los médicos que asumieron los cargos

Desde su experiencia en el ejercicio de la profesión dentro de los CAD:

1. ¿Qué fortalezas señalaría (buenas prácticas que entiende deberían de compartirse con el resto de los CAD) y cuáles debilidades identificaría (elementos para mejorar) del CAD en su ejercicio?
2. En el desempeño del nuevo cargo, ¿tiene población referenciada? ¿cómo impacta la forma de referenciación en la calidad asistencial?
3. ¿El nuevo cargo le permite brindar seguimiento longitudinal a su población referenciada?
4. ¿Considera que la polifuncionalidad del cargo incide en la calidad de atención? ¿en qué sentido?
5. ¿Los nuevos cargos mejoraron la resolutivez? ¿qué obstáculos o facilitadores identifica?
6. ¿Considera que la flexibilidad en la carga horaria entre diversas áreas permite mejorar la respuesta asistencial?
7. Sintetizando, ¿Cómo evalúa la calidad asistencial desde el ejercicio en los CAD?

Preguntas guía para el taller con las empresas

1. **USUARIOS:** ¿la institución brinda información al usuario para identificar a los CAD? ¿Considera que la satisfacción de los usuarios es mayor con este nuevo régimen de trabajo? ¿Se pueden señalar mejoras objetivas en la accesibilidad de los usuarios a la asistencia médica?
2. ¿Cómo inciden los nuevos cargos en la capacidad de gestión de la institución?
3. ¿Considera que aumentó el compromiso institucional de los médicos bajo este nuevo régimen de trabajo?
4. ¿En qué medida influye el nuevo régimen de trabajo en la organización del trabajo médico en la institución?
5. ¿Con los cargos del nuevo régimen de trabajo médico se brinda una atención más integral que con los anteriores?
6. ¿Los nuevos cargos mejoraron la resolutiveidad? ¿qué obstáculos o facilitadores identifica?
7. ¿Manejan indicadores asistenciales para evaluar la calidad asistencial? ¿qué indicadores se pueden utilizar para monitorear los cambios en el modelo de atención y mejoras en la calidad asistencial?
8. ¿En qué medida el nuevo régimen influyó en los atributos básicos para una correcta atención médica? Equidad, Aceptabilidad por los usuarios; continuidad; oportunidad

En el presente documento se resume la discusión que se dio en cada uno de los talleres y se realiza una guía de buenas prácticas en base a la experiencia recogida en los mismos.

Las relatorías intentan sistematizar las principales ideas por lo que probablemente queden valiosos aportes fuera.

III. Taller Colonia

Taller con los médicos

Principales aspectos positivos del nuevo régimen de trabajo:

En líneas generales se plantea que los cargos permiten organizar el trabajo y la jornada laboral de los profesionales, mejorando la calidad de vida de los médicos y la calidad laboral. Asimismo, se señala que los nuevos cargos implicaron un incremento salarial y que han permitido radicar recursos en la zona y reducir el multiempleo concentrando la carga horaria.

En lo referente a la calidad de atención, se destaca la polifuncionalidad del cargo que ha posibilitado dar seguimiento longitudinal a los usuarios en los distintos niveles asistenciales, lo que vinculado a la referenciación de la población mejora la resolutiveidad. Asimismo se plantea que el aumento de la carga horaria permitió en todos los casos mejorar el acceso de los usuarios al médico de referencia si bien en algunos casos los problemas aún persisten ya que el tamaño de la población referenciada no se asocia a la disponibilidad horaria del médico.

Principales aspectos negativos del nuevo régimen de trabajo:

En esta parte se distinguieron los problemas que son estrictamente del diseño del nuevo régimen de trabajo de aquellos que hacen a la forma en que los mismos se implementaron en cada lugar.

Los aspectos problemáticos vinculados al diseño tienen que ver con la incorporación de manera más explícita de actividades de promoción y prevención en el cargo. Asimismo se planteó que el nuevo cargo implica mayores exigencias y controles de las instituciones sobre los profesionales médicos.

En lo que refiere a los problemas asociados a la implementación, en primer lugar se destacó el tema de la referenciación de la población. En la mayoría de los casos se lo identifica como un trámite administrativo que no se ajusta a la realidad: los médicos dan seguimiento a un conjunto de usuarios que administrativamente para la institución se adscriben con otro médico y tienen dentro de la lista de referenciados usuarios que se atienden habitualmente con otro médico. Además en ningún caso se implementó algún método, ya sea el acordado u otro, para delimitar la cantidad de usuarios de referencia de cada médico en función de la disponibilidad horaria del mismo en policlínica.

Asimismo se destacaron algunos aspectos propios de la transición: problemas que ocasiona la coexistencia de los dos laudos en la interacción de los profesionales en las puertas de emergencia y urgencia, sobrecarga de trabajo de los CAD en relación al resto del cuerpo médico, dificultad para cubrir las suplencias de los CAD.

Por último se plantea que en algunas instituciones no se respetan las horas institucionales ni el límite de horas de trabajo continuo que define el laudo.

Propuestas:

En el taller se identificaron algunas propuestas para mejorar el diseño o la implementación del nuevo régimen de trabajo médico. En primer lugar, la posibilidad de crear cargos que complementen servicios entre prestadores para evitar la superposición de recursos y la generación de problemas de cobertura de alguno de los prestadores del lugar. En segundo lugar, se planteó la necesidad de poder trabajar en el subsector público y privado por la experiencia y enriquecimiento profesional que esto genera. En tercer lugar, la necesidad de definir un cargo para las personas de más edad que implique una reducción de la carga de trabajo en régimen de guardia o al menos de guardia nocturna. En cuarto lugar se identificó la necesidad de medir indicadores de impacto y de incorporar actividades de capacitación para las horas institucionales organizadas desde la dirección departamental.

Principales aspectos positivos del nuevo régimen de trabajo:

En el taller con las empresas el principal aspecto destacado por la gran mayoría de los participantes es la mejora del acceso de los usuarios con su médico de referencia en el marco de los CAD. El aumento de la carga horaria de policlínica ha permitido reducir los tiempos de espera de los usuarios con su médico de cabecera frente a consultas de control pero también en consultas espontáneas por episodios de enfermedad.

Asimismo se destacó que los cargos al aumentar la carga horaria e incorporar actividad de policlínica con domicilio, permiten dar un mejor seguimiento de los pacientes crónicos, disminuyendo la re consulta y mejorando la satisfacción del usuario.

Se observa en todos los casos una mayor fidelización de los médicos con las instituciones que impacta en la calidad del trabajo.

Con respecto a la atención en cuidados moderados la experiencia de los internistas presentes es positiva, ya que la atención ha mejorado al aumentar las horas disponibles para la visita en piso. En el caso de medicina general existen experiencias que tienen horas asignadas al 1° y al 2° nivel lo que les ha permitido un seguimiento del paciente desde la policlínica a la internación.

Principales aspectos negativos del nuevo régimen de trabajo:

Dentro de las dificultades del nuevo régimen de trabajo un primer grupo corresponde a aspectos propios de la transición. En este sentido, se destaca la transición entre el viejo y nuevo régimen de trabajo, y cómo se construye un nuevo CAD en base a horas liberadas de cargos de baja dedicación, la coexistencia de dos laudos con valores hora distintos en las puertas de emergencia y la velocidad de incorporación de cargos que establece la meta 4.

Por otra parte, se plantearon algunas dificultades que podrían implicar modificaciones o reglamentaciones generales, como ser la definición de actividades de educación para la salud y la capacidad de cubrir suplencias cuando el nuevo modelo de trabajo se haya generalizado.

Por último se señaló la necesidad de revisar los costos del nuevo laudo y analizar el financiamiento del mismo.

Propuestas:

Al igual que en el taller de los médicos, se hizo mención a la necesidad de avanzar en CAD que contemplen la posibilidad de complementar servicios y se ponderen de esta forma en la meta 4.

Asimismo se planteó la posibilidad de incorporar otras especialidades a los CAD que son necesarias en la zona, sobre todo anestésico – quirúrgicas.

IV. Taller Florida

Taller con los médicos

Principales aspectos positivos del nuevo régimen de trabajo:

En cuanto a las condiciones de trabajo los CAD permiten conciliar mejor el trabajo y la familia, como un aspecto central de la organización que este régimen permite. A la vez, se mejora la organización del trabajo que redundará en una mejora en la calidad de la atención que se brinda. Se logra modificar la carga de trabajo por área de acuerdo a la edad de los profesionales.

En términos generales mejoró la motivación de los médicos con el trabajo lo que ha redundado en servicios de mejor calidad y más eficientes. Los CAD posibilitan un seguimiento del paciente de manera longitudinal principalmente en pediatría y en medicina general. Para el caso de CTI los CAD han llevado a una mejor gestión de las camas, de los ingresos y también han conseguido un mejor vínculo con los usuarios y sus familias.

Principales aspectos negativos del nuevo régimen de trabajo:

En líneas generales se destaca como aspecto más negativo del CAD la existencia de tareas de gestión para los médicos que toman el cargo, sin que estos tengan la formación para ese fin. No queda claro si estas tareas están o no en el diseño del cargo y qué flexibilidad tienen. Esto genera una sobrecarga de trabajo para estos profesionales.

Por otra parte, otro aspecto negativo es la falta de actividades para realizar en las horas institucionales planteadas en el acuerdo.

Propuestas:

Se expusieron como propuestas que las sociedades científicas aporten para dar contenidos a las horas institucionales que integran la definición del cargo. También se llamó a analizar la viabilidad de los CAD hacia el futuro e incorporar aspectos relacionados con mejoras asistenciales.

Plenario taller empresas

Avances:

En su mayoría las instituciones estuvieron de acuerdo en que los CAD inciden de manera positiva en la calidad de vida del médico, en la calidad de la atención que recibe el usuario, en el vínculo médico - usuario, y en la disponibilidad de recursos humanos de los servicios. Con los CAD se aumentó la cobertura y la capacidad de referenciación, y disminuyeron los reclamos por parte de los usuarios.

Se visualiza que el comportamiento de los médicos es diferente en relación al resto de sus colegas, ya que estos están más conformes con el trabajo, aunque muchos no han dejado aún todos sus otros empleos. Los CAD les han permitido a las instituciones una mayor organización de los servicios y un mejor control.

También se reconoce que los CAD llevan a un seguimiento longitudinal de los usuarios en general y principalmente de los pacientes más complejos. En el caso de pediatría los CAD permiten que el médico vea al niño en las distintas áreas y niveles de atención, mejorando la cobertura en guardia de emergencia, piso y en la propia policlínica. En algunas instituciones se han utilizado las horas institucionales para tareas de educación para la salud en la comunidad.

Con respecto a CTI existe una mayor fidelización a la institución que les asegura la cobertura asistencial. Por otra parte, la reducción en la cantidad de médicos en CTI mejora la comunicación entre el equipo de salud lo que lleva no solo a mejorar el relacionamiento entre profesionales sino también incide en la atención que se le brinda al usuario.

Problemas:

La transición entre los dos regímenes de trabajo es uno de los mayores problemas, generando dificultades para la cobertura de licencias e inequidades en los salarios. Con respecto a la incorporación de personal existen dificultades para encontrar a la persona idónea (que quiera desarrollar todas las actividades asistenciales).

Es difícil en algunos momentos elaborar los “paquetes” de trabajo en la medida que visualizan que no ha disminuido el multiempleo, en su mayoría con el sector público. El nuevo régimen colide con la cultura de los médicos que en algunos casos pueden llegar a tener 2 CAD. Por otra parte, las actividades no asistenciales fueron difíciles de cumplir por los propios médicos, si bien esto está mejorando con el tiempo.

Existe a nivel de las empresas incertidumbre económica ya que algunas instituciones indican que los CAD generan déficit.

Se coincide entre las diferentes instituciones que integraron el taller que el sistema es óptimo principalmente para los jóvenes pero es difícil de aplicar para los médicos con más años de trabajo.

Por último se observa que no se ha logrado organizar adecuadamente el número de referenciados por médico, pero que no se ha implementado el método que define el acuerdo.

Propuestas:

Especialmente se propone evaluar los CAD: el impacto asistencial que estos han tenido, en qué medida han mejorado la calidad de atención y la referenciación, crear indicadores que permitan visualizar el impacto generado y el que puede generar, si bien se observa que todavía es poco el tiempo para medir desempeño de indicadores de gestión.

Otra de las propuestas apunta a resolver la forma jurídica de los cargos de complementación para poder brindar cobertura a las zonas descubiertas.

Por otra parte se visualiza como necesario revisar la incorporación del régimen de retén en los CAD de las especialidades ya acordadas, por ejemplo para los consultantes. Existe incertidumbre en cuanto a cómo gestionar la transición en lo referente a la reducción de médicos por institución.

Por último, se propone flexibilizar el cronograma de incorporación de las especialidades en la meta 4.

Taller con los médicos

Principales aspectos positivos del nuevo régimen de trabajo:

Al igual que en los otros talleres los médicos participantes señalan como uno de los avances más importantes del nuevo régimen de trabajo la mejora de la organización del trabajo de los profesionales. Esto se debe a la composición de la mayoría de los cargos, que incluyen policlínica, guardia, domicilio, sala, etc., lo que permite realizar el seguimiento del usuario en los distintos niveles asistenciales. El CAD es una herramienta para el aumento de la resolutivez por parte del médico, esto ha llevado a disminuir la prescripción de técnicas diagnósticas, y a una baja tanto de los ingresos de internación como de las consultas innecesarias en puerta de emergencia. Existen, según algunos de los participantes, mejoras en la atención que se observan en mejoras de indicadores asistenciales (menos niños internados o menor cantidad de reintegros de usuarios que estuvieron internados).

En la mayoría de los casos los CAD han permitido mejorar la remuneración de los médicos, lo que ha posibilitado dejar otros trabajos o disminuir el total de horas semanales trabajadas en otras instituciones.

Otras de las ventajas señaladas por los participantes es que existe una mayor “libertad para trabajar”, más tiempo para hacer tareas de promoción y prevención de salud, así como posibilidades de desarrollar proyectos como por ejemplo el proyecto “Vivir mejor” en ASSE.

El CAD permite mejorar la interacción del médico con el resto de los integrantes del equipo de salud al estar el médico más tiempo dentro de la institución.

En el caso de medicina intensiva se indica que el cambio fue notorio ya que se concentran horas en la institución, se mejoran las condiciones de trabajo y a través del trabajo longitudinal se conoce más al paciente y se puede establecer una coordinación con el internista. En síntesis, se logra un continuo asistencial del paciente que mejora el vínculo entre éste y el equipo médico.

Principales aspectos negativos del nuevo régimen de trabajo:

En lo que respecta a la implementación de los CAD, a través del taller se observa que existe una heterogeneidad de la implementación de los mismos, y muchas veces la actividad que se le exige al médico excede la establecida en el cargo. Se le adjudica al CAD una responsabilidad mayor, no existe un método de referenciación claro y esto determina una sobrecarga de trabajo para el médico.

Los CAD unifuncionales plantean más problemas que los que tienen cargos polifuncionales. En los cargos unifuncionales el trabajo se torna rutinario y se pierde de seguir al paciente en otras áreas. Otra de las dificultades de implementación es la aplicación de las horas institucionales que en muchos casos no se están utilizando de manera debida.

En cuanto al trabajo del CAD, se manifiesta la importancia del trabajo en equipo y la dificultad del mismo cuando el resto del equipo de trabajo no tiene cargos de alta dedicación. Se identifica el problema sobre todo con el personal de enfermería en el primer nivel de atención.

Por último, se hizo mención a que existen dificultades para conseguir suplentes de los CAD; y se tienen inquietudes con respecto a la reconversión de cargos y la posibilidad de generar desempleo.

Propuestas:

Los médicos plantean como propuestas crear los cargos complementados para no dejar descubierto a otros prestadores y evitar la superposición de recursos, crear los cargos de avance para los médicos de edad más avanzada, reorganizar la referenciación de los usuarios y crear indicadores para medir los progresos en la calidad asistencial.

Plenario taller empresas

Avances:

Como principal avance se observa la mejora que tiene el usuario en cuanto a la atención que se le brinda y la disminución de los tiempos de espera. También se visualiza como positivo una mayor satisfacción de los médicos con su trabajo lo que repercute en la atención que brindan y en el compromiso con la institución.

Problemas:

Como problema central se hace mención al financiamiento a través de la Meta 4, este no alcanza según las empresas para cubrir los gastos de los CAD. Se presentan dificultades ligadas a la transición entre los dos regímenes de trabajo, aludiendo a que hay médicos que se han quedado sin horas de trabajo por la implementación de los CAD. Según las instituciones existen dificultades para cubrir suplencias de los CAD así como problemas entre médicos que realizando la misma tarea cobran salarios diferentes.

Propuestas:

Como propuestas principales se plantearon: la necesidad de tener cargos de complementación entre prestadores públicos y privados; medir, evaluar y fiscalizar el alcance de los CAD, y repensar los mecanismos de referenciación que tienen hoy las empresas.

En cuanto a este último punto, existe la necesidad de repensar la referenciación de los usuarios en función del método establecido en el acuerdo de los CAD, lo que implica un proceso de re-referenciación a través de la comunicación y educación de los usuarios, explicando las ventajas de utilizar un método de referenciación de forma de tener mayor accesibilidad al médico de referencia.

VI. Taller Maldonado

Taller con los médicos

Principales aspectos positivos del nuevo régimen de trabajo:

Los CAD ordenan y organizan el trabajo y han llevado a realizar de mejor manera el trabajo de los médicos. Algunos profesionales dejaron de trabajar en otros lugares o disminuyeron sus horas, mejorando también sus relaciones familiares. Con respecto a la atención se pone énfasis en la importancia de lograr el seguimiento longitudinal del paciente. Los CAD han mejorado la distribución del trabajo médico entre el servicio de guardia y policlínica. Los aspectos mencionados han llevado a mejorar la calidad de la asistencia que se brinda al usuario.

Los especialistas en medicina intensiva de adultos, pediátrica y neonatología destacan que los CAD han permitido mejorar la comunicación con los usuarios. En el caso de medicina intensiva de adultos dichos cargos aumentaron los salarios de los profesionales.

Principales aspectos negativos del nuevo régimen de trabajo:

Relacionado con la implementación que se está realizando de los CAD se planteó que no se está aplicando el método de referenciación acordado, por lo cual esto queda solo dependiendo del propio médico. Con respecto a las horas institucionales se alude a que no se tiene un marco de referencia, ya que no están claras las tareas que se tienen que realizar. También existe una sobrecarga de trabajo y de responsabilidades a los CAD así como falta más trabajo en equipo. Según los profesionales todos los problemas de cobertura son solucionados a través de los CAD, quienes terminan realizando más horas que las que establece el acuerdo.

En el caso de CTI también existen problemas de implementación: sobrecarga de trabajo en los CAD con relación al resto de los cargos, trabajo excesivo en los fines de semana y cargas horarias semanales superiores a las establecidas en los convenios.

Propuestas:

Se propone crear indicadores para analizar en qué medida la ampliación de la carga horaria de los médicos en las instituciones impacta en la calidad de la atención que se brinda, y en qué medida esto es responsabilidad de los médicos.

Plenario taller empresas

Avances:

Con la incorporación de los CAD se priorizaron las zonas rurales por ser las que presentan mayores problemas de cobertura. En algunas instituciones no solo les ha permitido la cobertura en zonas alejadas sino que se han radicado profesionales en estos lugares. En otras instituciones se han aumentado la disponibilidad de horas para policlínica para médicos que

tienen mucha población referenciada. También los CAD han llevado a cubrir y organizar mejor el servicio de internación domiciliaria. Se ha logrado unificar la policlínica con la atención en domicilio, creando un servicio de seguimiento en domicilio, posibilitando la atención del paciente en distintas áreas.

Para CTI se logra un seguimiento longitudinal a través de los CAD, en tanto en medicina interna permiten realizar la contra visita en el horario de la tarde, lográndose una continuidad asistencial en cuidados moderados. Se destaca que en CTI y Medicina interna es en donde más se observa una mejora en la calidad asistencial. También se hizo mención que es en estas dos especialidades en donde están siendo utilizadas las horas institucionales del cargo.

Problemas:

Algunas instituciones han tenido dificultades para conseguir médicos que quieran incorporarse al nuevo régimen de trabajo. También hay inconvenientes para cubrir licencias y conseguir suplencias. Existe competencia entre los trabajadores por diferencias en los valores hora de las mismas tareas.

Las instituciones no logran aplicar el método de referenciación así como tampoco incorporar el componente variable del salario pautado en el acuerdo. En relación al salario, para el caso de algunas especialidades se plantea que este no es suficiente. También se observa como dificultad la carencia de contenido que en algunos casos tienen las horas institucionales.

Los CAD han generado un desplazamiento de médicos por el aumento de la carga horaria. Existe competencia entre ASSE y los prestadores privados, y se tienen dificultades para lograr acuerdos de complementación. En las zonas pequeñas es difícil que los médicos dejen su trabajo en el sector público. En relación a estos problemas se observa que existen trabas de índole cultural en los trabajadores médicos, lo que hace difícil que el médico concentre su trabajo en una sola institución.

Otro problema señalado refiere a la necesidad de topear la cantidad de población referenciada para algunos médicos. Esto genera muchas veces quejas de los usuarios a las instituciones. Existe según las empresas una falta de difusión del MSP sobre la necesidad de adscribirse a un médico de referencia.

Por último, las instituciones no perciben cambios asistenciales aún, ya que los cargos se los otorgaron a los médicos que ya cumplían las mismas funciones; hasta el momento solo visualizan mejoras en las áreas cerradas.

Propuestas:

Por un lado, en respuesta a la dificultad de limitar la cantidad de población referenciada a cada médico, se propone que el MSP obligue a aplicar un umbral de usuarios referenciados a cada médico. Por otro lado se propone avanzar en la definición de CAD para otras especialidades. Al igual que lo formulado en otros talleres es necesario incorporar los cargos de complementación para no competir por los mismos trabajadores.

VII. Taller Montevideo

Taller con los médicos

El presente apartado se organiza por grupos de especialidades, y en cada caso se incluye los principales aspectos positivos de los cargos, las principales debilidades y las propuestas planteadas por los médicos participantes.

Medicina General, Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría:

Existe en general muy buena receptividad de los CAD, del cambio del modelo que estos implican, en donde la mayor resolutivez y atención longitudinal que estos permiten surgen como beneficios centrales. Estos aspectos se alcanzan en la medida que el diseño del CAD permite seguir al usuario en los distintos niveles o áreas asistenciales lo que redundará además en una mejora del vínculo médico - paciente. Los CAD han permitido concentrar horas de trabajo y han generado un mayor compromiso con cada institución. Otra de las virtudes del nuevo régimen de trabajo es que este organiza de mejor manera la vida personal del médico que redundará en una atención de mayor calidad.

Como principal debilidad se observa la sobrecarga de pacientes por hora para policlínica y la falta de inclusión de horas para prevención y promoción de la salud más que nada para el caso de Medicina Familiar y Comunitaria. Existen dificultades con la referenciación de la población, lo que ha llevado a que no se planifique la atención de los usuarios con sus respectivos médicos de referencia.

Se observa en general una disímil implementación de los CAD. En algunos casos estos cargos se han usado exclusivamente para cubrir las distintas necesidades de los servicios asistenciales desvirtuando el sentido de los mismos.

Por otra parte existe por parte de los trabajadores preocupación por la continuidad de los CAD.

Los médicos mencionaron como propuestas para mejorar y avanzar en los CAD: crear una evaluación de los cargos, mejorar los tiempos de atención para policlínica y radio, acentuar el sentido territorial de los cambios del nuevo régimen de trabajo y mejorar la definición de contenidos de las horas institucionales.

También se plantea como propuesta revisar el contenido del pago variable para que los problemas que no dependen del trabajador no repercutan de manera negativa en su salario.

Medicina Interna:

Los CAD para los Médicos Internistas han mejorado la calidad de vida del trabajador. Asimismo estos cargos han mejorado la calidad de atención en tanto permiten realizar contra visitas y mayor seguimiento del paciente. El aumento en la carga horaria en general permite estudiar más a fondo cada caso. En contraposición a los beneficios mencionados se plantea que también se tiene con los CAD mayor responsabilidad y más carga de trabajo. Existen

problemas en la asignación de pacientes en policlínica, lo que lleva a que se atiendan a pacientes referenciados y no referenciados.

Como beneficio más importante se ha señalado que el nuevo laudo permite tener un diseño del cargo con las actividades que se deben realizar que en el viejo laudo no existía para esta especialidad. Con respecto a la remuneración para la mayoría de los participantes es casi la misma, si bien se destaca que es más estable.

Otro de los problemas mencionados por los especialistas refiere a que el cargo laudado de medicina general con especialidad de medicina interna agudiza la confusión que siempre ha existido entre las tareas de uno y otro especialmente en policlínica, donde se observa que en muchos casos las instituciones agendan consultas de medicina general en policlínicas especializadas de medicina interna.

Como propuesta principal se planteó la necesidad de diseñar los cargos de avance para los médicos que están más próximos a la edad de retiro.

Medicina Intensiva de adultos:

En el caso de los intensivistas de adultos se pone hincapié en que los CAD han mejorado la calidad asistencial en tanto un mismo grupo de especialistas ve al paciente todos los días, permitiendo el seguimiento longitudinal del mismo, optimizando el tiempo y manteniendo el mismo criterio asistencial. Esto también ha repercutido en mejorar la relación entre los trabajadores y los familiares del paciente.

Otro de los aspectos positivos generados a partir de la implementación de los CAD refiere a la acumulación de horas de trabajo del profesional en cada institución; los trabajadores han dejado otros trabajos o han disminuido la cantidad de horas en otros prestadores, lo que genera más compromiso con la institución en donde se toma el CAD.

Las dos horas diarias de superposición horaria del equipo longitudinal con el que realiza las guardias transversales permiten discutir los casos entre los profesionales y permite establecer una dinámica de equipo en las unidades de cuidados intensivos. En síntesis, la implementación de los CAD ha llevado a mejorar la organización del trabajo en CTI. Las principales dificultades se encuentran en que los CAD deberían tener menos carga de tareas asistenciales y más horas para investigación científica. También existen dificultades para cubrir tanto las licencias con cargos longitudinales como el servicio los fines de semana.

En el caso específico de ASSE existen problemas administrativos para cubrir las licencias. Los especialistas mencionan que tienen una sobrecarga de trabajo ya que hay problemas de dotaciones, lo que determina que no se mejore la calidad de vida de los trabajadores como en otras instituciones.

Algunos profesionales plantearon que con el CAD se tiene un mayor compromiso con el paciente, lo que visualizan como un problema y un beneficio al mismo tiempo. Si bien este compromiso genera mayor satisfacción con la tarea realizada, también existe un mayor desgaste del trabajador por las características de los pacientes con los cuales trabajan a diario.

Es necesario tener un “proyecto funcional de cada unidad de cti”, más allá de la tarea de cada médico, para poder potenciar el impacto de los CAD y que no todo dependa del trabajador. Por otra parte se considera necesario mejorar los servicios de cuidados moderados y tener una buena coordinación con los médicos internistas para optimizar la atención brindada. Para ello es importante aumentar la cantidad de CAD para medicina interna y mejorar la cantidad de personal de enfermería en estos servicios.

Intensivistas pediátricos y neonatólogos:

Los CAD para los médicos intensivistas han mejorado las condiciones de trabajo, el salario y la calidad de vida de los médicos. Se destacó en el taller que los CAD aumentan la responsabilidad que tiene el médico con la institución y con los pacientes, y mejora la gestión del servicio. Los CAD permiten mejorar el vínculo con el resto del equipo de salud, especialmente con el personal de enfermería. El trabajo longitudinal que incorporan los CAD, benefician el vínculo con los pacientes y sus familias, lo que facilita el proceso asistencial y redundan en una mejora de la calidad de atención. Se potencia la resolutivez ya que el médico tiene mayor conocimiento de cada paciente.

Con respecto a las horas institucionales en muchas de las instituciones se están incorporando actividades en las horas institucionales como ateneos o reuniones semanales, organizadas por los mismos médicos.

Por otra parte, los médicos presentan dudas con respecto al régimen de trabajo en edades avanzadas en el contexto de los CAD.

Plenario taller empresas

Avances:

Si bien existen distintas experiencias en su mayoría coinciden en la mejora de la calidad de atención con los CAD. En algunas instituciones ha disminuido la cantidad de médicos con multiempleo o la cantidad de horas que estos le dedican a otras instituciones, de alguna manera los CAD estarían evitando la propensión al multiempleo. Muchas de las instituciones están comenzando a implementar indicadores para aproximarse a una evaluación de los CAD. En aquellas instituciones donde se implementaron indicadores de monitoreo del cambio en el régimen de trabajo, se observa que en la mayoría de los casos el nuevo régimen mejora esos indicadores y cuando esto no es así lo relacionan al proceso de selección del médico para ocupar el CAD.

En el caso de las especialidades básicas, en lo funcional las instituciones en su mayoría han mejorado. Existe una mayor motivación de los médicos. Algunos indicadores que se manejaron como positivos son: disminución del número de derivaciones a especialistas, disminución del número de recetas de medicamentos por usuario referenciado y un óptimo porcentaje de ocupación de consultas.

Uno de los aspectos que se destaca es la longitudinal del cargo, lo que repercute en un cambio en la dinámica asistencial: aporta al seguimiento longitudinal que al paciente lo vea siempre el

mismo equipo, cambia el relacionamiento con la familia generando otro vínculo, evita la repetición de exámenes y de re-consultas, entre otros. Los CAD también permitieron solucionar los problemas de cobertura en algunas áreas como la puerta.

En el caso de CTI, se observa que los CAD permiten el seguimiento longitudinal del usuario, dinamizan los pases de guardia al reducir el número de médicos que integran el equipo y aumentan la presencia de los mismos profesionales en la semana. Nuevamente se destaca que existe un mejor relacionamiento con el paciente y la familia. Los CAD hacen más posible que los médicos concentren trabajo lo que repercute en un mejor proceso asistencial médico - institución- paciente.

En algunas instituciones con los CAD de CTI se logró reorganizar el servicio, mejorando en su conjunto el desempeño institucional y con ello la atención. Para el caso de las especialidades básicas se destaca como positivo la existencia de una mayor adhesión de los usuarios a los médicos con los CAD.

Problemas:

En general lo se observa por parte de las instituciones como problema está relacionado a la transición entre ambos regímenes de trabajo, lo cual ha generado inequidades salariales y rivalidad entre los distintos médicos de las instituciones. Algunas empresas afirman que no han tenido los CAD los efectos esperados en relación a la disminución del multiempleo. Los prestadores presentan desconformidad con respecto a realizar tres llamados de radio por hora e inconvenientes para cubrir este servicio.

Al igual que lo expuesto en el resto de los talleres existen problemas para aplicar el método de referenciación de los usuarios, así como generar actividades para las horas institucionales fijadas en el acuerdo. Las instituciones también manifestaron que no han implementado aún el pago variable previsto en el diseño de los CAD.

Por otra parte se hizo mención a que el sesgo en la elección de CAD les ha impedido tener una evaluación real del proceso que se ha llevado en este tiempo.

Las instituciones plantean que no tienen capacidad para seguir creando CAD ya que tienen más médicos que cantidad de cargos a crear. Existe un problema para el reemplazo de médicos contratados bajo el viejo laudo por médicos contratados como CAD, lo que podría generar desempleo en las instituciones aunque sea de manera temporal.

Propuestas:

Para las instituciones es necesario ampliar el mix de especialidades para CAD, lo que les mejoraría la posibilidad de cumplir con el cronograma de la Meta 4. Al igual que en los otros talleres manifiestan también la necesidad de implementar los cargos de avance.

VIII. En suma:

Tanto por parte de los médicos como de los directivos de las instituciones que participaron de los talleres se visualiza al nuevo régimen de trabajo como superior al viejo laudo. Existe consenso en las potencialidades que este nuevo sistema plantea tales como: la mejora en la calidad de la atención, la mejora en la organización de los servicios, y la mejora de la calidad de vida de los trabajadores médicos, así como se identifica un impacto positivo en el vínculo entre los médicos y los usuarios.

En líneas generales se observa que los principales problemas están relacionados al proceso de cambio en donde se superponen ambos regímenes de trabajo, y a la implementación de aspectos tales como el método de referenciación o las horas institucionales. La mayoría de los problemáticas existentes exceden al diseño del nuevo régimen de trabajo.

Es importante considerar en el trabajo a futuro las recomendaciones y problemáticas observadas por los distintos actores como son la necesidad de instaurar los cargos de avance o los cargos complementados entre instituciones.

Tabla 2. Resumen de las principales ventajas del nuevo régimen de trabajo

Permite brindar atención longitudinal tanto en el primer nivel de atención como en CTI
Aumenta la capacidad resolutive del médico
Logra una mayor fidelización de los médicos con las instituciones
Mejora el control entre la empresa y los médicos
Mejora el vínculo con los usuarios y sus familias
Mejora el vínculo entre el médico y el resto del equipo de salud
Mejora el acceso de los usuarios a su médico de referencia
Aumenta la motivación de los médicos
Permite organizar mejor el trabajo y los servicios
Organiza la jornada laboral de los profesionales mejorando su calidad de vida
Mejora las condiciones de trabajo de los médicos

Tabla 3. Resumen de las principales dificultades del nuevo régimen de trabajo

No se aplica el método de referenciación
Gestión de los radios que pasa de ser 100% a destajo a tener una carga horaria fija
Dificultad para cubrir suplencias
Dificultades en el equipo de salud surgidas de la coexistencia de laudos diferentes, con valores hora distintos
Sobrecarga de trabajo de los CAD en relación al resto del cuerpo médico
Cronograma de la meta 4. Posibilidad de flexibilizar la meta o agregar especialidades al nuevo régimen de trabajo

Tabla 4: Resumen de las propuestas planteadas para avanzar en los CAD

Crear los cargos de avance
Crear cargos de complementación entre prestadores
Avanzar en incorporar nuevas especialidades para poder cumplir con la meta 4
Incorporar la promoción y prevención más específicamente en el cargo
Avanzar en el trabajo en equipo del CAD y en la coordinación entre especialistas y personal de enfermería
Crear indicadores para la evaluación del impacto de los CAD en la atención
Implementar el método de referenciación acordado para mejorar el acceso de los usuarios con su médico de referencia

Tabla 5: Experiencias de "buenas prácticas" de implementación de los CAD¹

Institución	Experiencia
AMSJ	<p>Unidad departamental de medicina paliativa: experiencia de complementación entre AMSJ y ASSE. La contratación de 2 CAD de Medicina Interna por parte de AMSJ hizo posible la creación de una Unidad Departamental de Medicina Paliativa. El médico coordinador asiste al paciente internado y en el área ambulatoria, existen reuniones de equipos semanales, se realizan actividades de educación y difusión de medicina paliativa, se han realizado trabajos científicos. El equipo se crea con recursos humanos y materiales de ambas instituciones y brindan atención a toda la población del departamento.</p> <p>Los CAD han mejorado las condiciones de trabajo y la remuneración, aumentaron la motivación de los médicos, incrementaron la cantidad de horas disponibles lo que hizo posible aumentar la población asistida y mejorar la calidad asistencial. En esta experiencia se resalta el logro de la equidad en la atención de la población del departamento que necesita de cuidados paliativos, sin importar de qué prestador (AMSJ o ASSE) sean afiliados.</p>
CASMU	<p>Desarrollo de un sistema de evaluación de los CAD: Se crearon 41 CAD a julio 2014 (pediatría, medicina general, medicina familiar, medicina interna).</p> <p>En la evaluación que se está llevando a cabo se considera: el cumplimiento de la carga horaria, el cumplimiento del 100% de metas asistenciales, la productividad a través de las consultas, % quejas de su población de referencia, % de consultas en servicios de urgencia de su población de referencia, actividades no asistenciales. Es una de las pocas experiencias que existen de evaluación del nuevo régimen de trabajo a nivel institucional, junto con el CCOU y CRAMI.</p>
COMEPA	<p>Reorganización del primer nivel de atención (PNA) en base a CAD: Los CAD de Pediatría y Medicina general como médicos de referencia. Consideran la implementación de los CAD como una oportunidad para gestionar el PNA, realizaron un diagnóstico (comportamiento de la demanda del PNA, distribución de la población referenciada, debilidades de los servicios clínicos) e identificaron dónde estaban sus problemas y necesidades. Realizaron llamados internos para la contratación de Pediatras y Médicos Generales, establecieron como requisito para postularse al llamado la presentación de un plan de trabajo orientado al PNA por parte del médico que aspiraba al CAD. La selección se realizó en función de perfiles y planes de trabajo que mejor se adecuaron a las necesidades del PNA de la institución. A partir de la implementación de los primeros CAD se vieron enfrentados a muchos cambios institucionales, lo que llevó a enlentecer el proceso de contratación de nuevos CAD, en el entendido que es el camino hacia el cambio en el modelo de atención pero que era necesario hacerlo con cautela e inteligencia. En esta etapa de implementación se enfocaron en la adaptación de los servicios de la institución a los CAD que transversalizan distintos ámbitos de la atención (policlínica, domicilios, emergencia) con centro en el usuario referenciado. A su vez, la institución identificó la necesidad de explicar a los usuarios la figura del médico de referencia y su alcance.</p> <p>En Pediatría se identificó la necesidad de crear policlínicas y policlínicas de consultas espontáneas, y la re-referenciación de la población pediátrica según método de referenciación propuesto en el convenio colectivo.</p> <p>En Medicina general y Medicina interna se enfocaron en la re-referenciación de la población adolescente y adulta según el método de referenciación establecido en el convenio colectivo.</p> <p>Se reorganizó el servicio de medicina según consulta de usuarios referenciados y no referenciados. Se trabaja con un sistema para consulta preferencial con médico de referencia.</p> <p>Entienden a los CAD como perfiles de trabajadores con un concepto diferencial de la atención: abordaje integral del proceso salud-enfermedad del usuario y una nueva forma de relacionamiento a la interna de los Instituciones (en equipo y transversal).</p>
COSEM	<p>Planificación de un nuevo modelo de asistencia en salud mental: implementación de CAD de Psiquiatría de adultos para este objetivo.</p> <p>A través de la contratación de CAD de Psiquiatría se logró reestructurar el servicio, brindando mayor cantidad de horas para la atención de los pacientes, poniendo toques a la cantidad de pacientes referenciados y dando al profesional la posibilidad de gestionar su agenda, entre otras cosas. Como resultado se puede resaltar la existencia de una clara pauta asistencial en donde la atención es de mejor calidad para el paciente y de mayor eficiencia para la institución.</p> <p>El ahorro tangible fue muy significativo, representó una reducción de casi 70% de los días de internación, esto se logró centrando los esfuerzos en la atención y prevención en policlínica (descenso de descompensaciones e internaciones) El ahorro intangible es el "sufrimiento humano" que se evita.</p> <p>Impacto a nivel del profesional: tendencia al empleo en una única institución, sentido de pertenencia,</p>

¹ La tabla sobre las experiencias de "buenas prácticas" ha sido elaborada con lo aportado por los actores (médicos e instituciones) en los distintos talleres y complementada con las presentaciones realizadas por los mismos en las IV Jornadas de RRRH del SNIS realizadas en agosto de 2015.

	<p>fortalece el vínculo del profesional con otras especialidades, aumenta el conocimiento sobre el área administrativa en cuanto a pedido de estudios, derivaciones, internaciones, mayor realización a nivel personal por resultados positivos en pacientes.</p> <p>Impacto a nivel del personal: el profesional es referencia de una población importante de pacientes por lo que se conocen más sus horarios y lugares de atención, se descomprime la agenda manejada por coordinación al citar el profesional sus propios pacientes, disminuye el calor afectivo en reivindicaciones por parte de familiares y pacientes, se deposita confianza en el profesional por su compromiso con la institución.</p> <p>Impacto a nivel de los pacientes: el simple gesto de dar una nueva cita de control es terapéutico para el paciente ya que identifica que es el propio profesional el que le brinda la oportunidad de consulta, existe un mayor compromiso por asistir a los controles disminuyendo el ausentismo, mejora el conocimiento de la patología. Se identifican los síntomas que ameritan re-consulta, el profesional de referencia se encuentra a diario en la institución.</p>
CRAMI	<p><i>Incorporación de los CAD incluido en el plan estratégico de la institución</i>, con el objetivo de mejorar las condiciones en el trabajo médico y la calidad de vida del profesional, que llevará a mejorar la calidad de la atención de los usuarios. Se genera un cambio en el modelo de gestionar las consultas en policlínica y atención en domicilio. Se busca resolver problemáticas de cobertura de guardias en Pediatría vinculado a la falta de RRHH. Se crean una batería de indicadores para los CAD tanto para pediatría como para medicina general.</p> <p>Pediatría: marcado de “conurrencia/no conurrencia” del paciente en el SI, HC de alta del Recién Nacido, planilla Plan Aduana, control del niño sano, control del desarrollo en el 4° y 18° mes de vida, solicitud de control de Hemoglobina, derivación oportuna a odontólogo, hoja SIA, cumplimiento de actividades no asistenciales.</p> <p>Medicina General: marcado de “conurrencia/no conurrencia” del paciente en el SI, hoja SIA, formulario Screening, formulario del Adulto Mayor, pesquisa de Violencia Doméstica, cumplimiento de actividades no asistenciales (talleres, ateneos, etc.).</p> <p>En general las mediciones indican que los CAD cumplen mejor la carga horaria, completan si el paciente concurre o no (liquidan el pago variable), llenan mejor la historia clínica, metas asistenciales (el % es mayor en los CAD), el pago variable se aplica después del año, existencia de horas institucionales coordinadas por la institución (ateneos, seguimiento de un tema, actividades en la comunidad).</p>
MUCAM	<p><i>Nuevo sistema de trabajo en Medicina Intensiva en el CTI de adultos con CAD</i>: se realizan entrevistas por orden de antigüedad para el ofrecimiento de los CADL y CADT.</p> <p>Antes: 25 cargos = 3600 horas mensuales. Ahora: 27 cargos = 4784 horas mensuales (sin contar a las coordinadores y jefaturas). La Unidad se organiza en equipos de trabajo de 1 CADL y 3 CADT o su equivalente en Médicos de Guardia. La reunión clínica es la actividad programada más importante del día ya que en ella se define la conducta a seguir con cada paciente (diagnóstico, indicaciones, estudios a realizar, oportunidad del alta). Por este motivo y para preservar la duración de esta reunión (13 a 15) es que se extendió el horario longitudinal de los CADL de 6 a 7 horas diarias.</p> <p>Ha mejorado notoriamente la puntualidad así como la calidad del pase de guardia en la mañana. Todos los médicos, especialmente los CADL y CADT colaboran en la confección de protocolos, preparación de ateneos y tareas docentes para el personal de la Unidad cuando esto es necesario. Dado que la mayoría de las indicaciones médicas las escriben los CADL fue posible migrar sin problemas a escribirlas en la computadora, con los beneficios que este cambio acarrea: como la disminución de los errores vinculados a la prescripción y el poder disponer de dicha información en la base de datos de la Unidad. Aunque no es posible asegurar que la disminución de la estadía promedio (aprox. 20%) sea una consecuencia de la nueva organización, coincide con una percepción general entre los médicos que ocupan los CAD de que el trabajo es más eficiente. Esta opinión es compartida por los Coordinadores y la Jefatura del Servicio.</p>
UNIVERSAL	<p><i>Experiencias en educación médica continua</i>: la formación de los técnicos en el marco de la implementación de los cargos de alta de dedicación. Implementación de las actividades institucionales para los CAD de pediatría. Formación permanente a partir de la iniciativa de los propios técnicos. Instancias formativas, acreditadas por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina - UdelaR. Presentación de proyecto: el objetivo es mejorar los conocimientos sobre el manejo (evaluación, diagnóstico y tratamiento) de las urgencias y emergencias en los pacientes en edad pediátrica.</p>