

# **INFORME SOBRE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

**2010**

**DEPARTAMENTO MERCADO DE TRABAJO**

**DIVISIÓN DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD (DDRHS)**

**MSP**

**Cyntia Buffa**

**Cecilia Cárpena**

**Noemí Katzkowicz**

**Lic. Patricia Pereda**

**Ec. Gabriela Pradere**

**ISSN: 1688-8235**

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD .....	4
✦ Aspectos generales	
✦ Grupo de especialidades médicas	
✦ Tipos de Contratación	
✦ Multiempleo	
✦ Policlínica	
3. SISTEMAS DE REMUNERACIÓN: INCIDENCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA.....	17
✦ Principales sistemas de remuneración. Aspectos Teóricos	
✦ Modelos de remuneración mixtos	
✦ Sistemas de remuneraciones en Uruguay	
✦ Datos empíricos	
4. CONSEJOS DE SALARIOS .....	30
✦ El sector de la Salud y los Consejos de Salarios	
✦ Los Consejos de Salarios en la actualidad	
✦ Consejo de salarios 2010	
5. CONSIDERACIONES FINALES .....	35
6. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA .....	36
7. ANEXO .....	38

## **1. INTRODUCCIÓN**

---

En el presente informe se realiza una descripción de los principales aspectos vinculados a los recursos humanos en salud. Para ello se trabaja con la información del Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH) de mayo de 2010 en el caso del sector privado, y la información del Lotus Notes de ASSE correspondiente al mes de junio de 2010. Como datos complementarios se utiliza para algunos cuadros el Censo de Usuarios (2010).

En una primera instancia se analiza la dotación de recursos humanos, se describen y analizan aspectos generales vinculados a los cargos contratados, al tipo de contratación, al multiempleo existente en el sector y se pone especial énfasis en lo que respecta a la dotación de recursos humanos en policlínica.

En segunda instancia se realiza un análisis de los sistemas de remuneraciones médicas. En este apartado se describen aspectos teóricos de los principales sistemas de remuneraciones con sus ventajas y desventajas. Luego se describen los modelos de remuneraciones mixtos y el sistema de remuneraciones en Uruguay; presentándose algunos datos referentes a salarios promedio, valores hora, valores acto, entre otros.

En último lugar se presenta un capítulo sobre los Consejos de salarios firmados en noviembre de 2010, en el que se destacan las principales resoluciones tomadas.

## 2. DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

---

### Aspectos Generales

En este apartado se presentan datos correspondientes a la cantidad de cargos, de personas, de cargos cada mil usuarios y relaciones entre categorías, con la desagregación clásica entre Montevideo e Interior, ASSE y IAMC.

En lo que respecta a la cantidad de cargos contratados es pertinente aclarar la metodología utilizada para el cálculo de los mismos. Para las IAMC los cargos que se muestran a continuación fueron calculados de acuerdo a las funciones que realizan los trabajadores médicos, los Técnicos No Médicos (TNM) y las enfermeras en las distintas áreas que componen la institución<sup>1</sup>, y en el caso de la actividad médica de policlínica los cargos se definen de acuerdo al laudo en 26 horas mensuales. Por ejemplo, si un médico en una misma institución tiene horas asignadas a radio, otras horas a puerta y otras a CTI, ese médico tiene 3 cargos en dicha institución. En el caso de ASSE, los cargos fueron calculados en base a la función y a la Unidad Ejecutora (UE) donde trabaja la persona. Es decir, si la persona cumple más de una función dentro de una misma UE, tiene más de un cargo, y si trabaja en más de una UE también tiene más de un cargo. El cuadro que sigue muestra la cantidad de cargos de las diferentes categorías en cada subsector. Del mismo se desprende que los cargos de las IAMC presentan niveles más altos que en el sector público, hecho que puede deberse a que el subsector privado presenta cargos más fragmentados que los de ASSE, elemento que sobresale si nos detenemos en la cantidad de cargos médicos y de enfermería en uno y otro sector.

**Cuadro Nº 1**

#### Número de cargos contratados

	IAMC			ASSE		
	Montevideo	Interior	Total	Montevideo	Interior	Total
<b>ASO</b>	7.872	5.401	13.273	3.336	3.862	8.553
<b>Enfermería</b>	11.978	8.292	20.271	3.595	3.536	7.467
<b>Médica</b>	16.467	7.925	24.392	2.947	3.166	6.530
<b>TNM</b>	4.874	4.729	9.603	1.101	1.439	2.851
<b>Total</b>	<b>41.191</b>	<b>26.348</b>	<b>67.539</b>	<b>10.979</b>	<b>12.003</b>	<b>25.401</b>

---

<sup>1</sup> Servicios considerados para los trabajadores médicos, enfermeras y TNM: Policlínica, radio, puerta, urgencia descentralizada, retén, internación domiciliaria, guardia interna, sanatorio, CTI (pediátrico y de adultos), block.

A continuación se presentan los datos correspondientes a la cantidad de personas contratadas.<sup>2</sup> Se observa que en las IAMC el 64 % trabaja en instituciones de la capital mientras que en ASSE la situación es la inversa, casi el 53 % lo hace en Unidades Ejecutoras del Interior del país. Esta situación también podría vincularse con el papel que históricamente ha tenido el prestador público en el interior, donde presta atención a un porcentaje mayor de población que en Montevideo.

**Cuadro Nº 2**

	<b>Cantidad de personas contratadas</b>					
	<b>IAMC</b>			<b>ASSE</b>		
	<b>Montevideo</b>	<b>Interior</b>	<b>Total</b>	<b>Montevideo</b>	<b>Interior</b>	<b>Total</b>
<b>ASO</b>	8910	5422	14322	3278	3795	8388
<b>Enfermería</b>	7830	4494	12253	3501	3531	7331
<b>Médica</b>	6996	3870	9791	2757	3040	5948
<b>TNM</b>	4020	2096	5978	1074	1389	2734
<b>Total</b>	<b>27756</b>	<b>15882</b>	<b>42344</b>	<b>10610</b>	<b>11755</b>	<b>24401</b>

Con base en los cuadros 1 y 2, se puede concluir, como se menciona antes, que los cargos en el subsector privado son más fragmentados que en ASSE. Esto se ve a través de la cantidad de cargos por persona en uno y otro subsector. En el sector privado el personal de enfermería tiene en promedio 1,65 cargos por persona, mientras que en ASSE el número de cargos por persona es de 1,02. En cuanto a los médicos, se puede apreciar que los cargos por persona en promedio son 2,49 y 1,1 en el subsector privado y público respectivamente. En el caso de los Técnicos No Médicos se puede apreciar que en promedio tienen 1,61 y 1,04 cargos por persona en el subsector público y privado respectivamente<sup>3</sup>.

Si se ajustan los datos de dotación de recursos humanos por el número de usuarios, se observa que el subsector privado cuenta con mayores cargos que el público en relación a la población que atienden. Esta diferencia entre subsectores se presenta principalmente en el interior del país, y en el caso de Montevideo, en los cargos médicos y en menor medida en los TNM.

<sup>2</sup> Cabe aclarar que la suma de las personas contratadas en Montevideo e Interior es mayor a la cantidad de personas del total de las IAMC y ASSE, debido a que hay personas que trabajan en Montevideo y en algún otro departamento, por lo que al hacer el total de personas en el país, se reduce la cantidad.

<sup>3</sup> Estos cálculos se realizan, dividiendo el número de cargos entre la cantidad de personas contratadas, para cada región y cada subsector.

**Cuadro Nº 3**

	Cargos cada mil usuarios					
	IAMC			ASSE		
	Montevideo	Interior	Total	Montevideo	Interior	Total
<b>Enfermería</b>	10,3	10,6	10,4	10,0	3,8	5,8
<b>Médica</b>	14,1	10,1	12,5	8,2	3,4	5,1
<b>TNM</b>	4,2	6,0	4,9	3,1	1,6	2,2
<b>Total</b>	<b>28,5</b>	<b>26,7</b>	<b>27,8</b>	<b>21,3</b>	<b>8,8</b>	<b>13,2</b>

Para poder comparar la disponibilidad de recursos humanos en el subsector público y el privado es necesario hacerlo a través de las horas disponibles por usuario, pues, como ya fue mencionado, los regímenes de trabajo de los médicos son distintos en uno y otro caso y, por lo tanto, la cantidad de cargos por sí solos implican distintas horas de trabajo. A modo de ejemplo, en el sector privado los médicos trabajan en promedio 58,2 horas mensuales por cargos, mientras que en ASSE los médicos trabajan en promedio 121,3 horas por cargo al mes.

**Cuadro Nº 4**

	Ratio entre IAMC y ASSE, por usuario		
	Total	Montevideo	Interior
<b>Brecha en cargos por usuarios</b>			
Médica	2,45	1,71	2,95
Enfermería	1,78	1,02	2,76
TNM	2,21	1,36	3,87
Total	2,12	1,34	3,03
<b>Brecha en horas por usuarios</b>			
Médica	1,18	0,94	1,41
Enfermería	1,11	0,69	1,51
TNM	1,04	0,68	1,68
Total	1,12	0,76	1,49
<b>Horas de trabajo promedio mensuales de médicos por cargo</b>			
IAMC	58,2	51,5	71,9
ASSE	121,3	94,4	150,1

De esta manera, si se observa la relación entre cargos por usuario de IAMC y ASSE se encuentra que la brecha para el total de trabajadores es de un 112 % a favor de las IAMC.

Sin embargo, si se observa esta relación considerando las horas trabajadas<sup>4</sup> por usuario, la brecha entre un subsector y otro disminuye respecto a la observada en cargos por usuario, pasando de 112% (2,12) a 12% (1,12) más de horas por usuario en las IAMC, en el total de trabajadores. La situación cambia si se observa por categoría y por región.

La reducción de la brecha se da entonces por cargas horarias diferentes en los dos subsectores; los médicos trabajan en el sector privado 58,2 horas mensuales promedio por cargo mientras que en ASSE el promedio son 121,3 horas. Al observar el comportamiento de cada subsector por región, se encuentra que los médicos del sector privado de la capital trabajan en promedio por cargo el 70% de las horas que trabajan los médicos de instituciones del interior. En cuanto a ASSE, el número de horas promedio trabajadas es siempre mayor que en el sector privado, y la diferencia entre las horas médicas promedio del interior y la capital es a favor del interior, siendo las horas promedio por cargo de la capital un 60% de las del interior.

Las horas médicas disponibles por usuario para el total del subsector privado son un 18% más que las de ASSE. En el caso de las enfermeras la relación es de 1,11, mientras que las horas de los Técnicos No Médicos por usuario son casi iguales en ambos subsectores.

Al observar por región, se encuentra que las horas por usuario disponibles en el sector privado de Montevideo están por debajo de las de ASSE, la mayor diferencia se presenta en el caso de los TNM y Enfermería. Este resultado puede estar vinculado por un lado a la firma del acuerdo médico en el 2008, en el que existe un incentivo salarial a la concentración horaria en la institución. Por otro lado, puede estar vinculado con las horas de trabajo de ASSE correspondientes a Centros de Referencia Nacional destinados a la población de todo el país, dichos recursos humanos son asignados a Montevideo pero atienden también a la población del interior del país. Lo anterior genera que, en el sector público, se sobreestimen las horas en Montevideo y se subestimen las del interior del país.

Como se señala anteriormente, del cuadro 2 se desprende que el 53% de los trabajadores de ASSE trabaja en el interior del país, y en las IAMC ese porcentaje desciende a 36% de los trabajadores de ese subsector. Sin embargo, al ajustar la cantidad de horas contratadas por usuario, la brecha en el interior del país es a favor del subsector privado.

De la descripción del cuadro anterior se resalta la diferencia en los sistemas de trabajo y dedicación institucional entre sectores. En cuanto a la distribución geográfica de los médicos, dadas las brechas existentes en el interior del país, cabe preguntarse si el sector privado tiene

---

<sup>4</sup> En ASSE, como no se cuenta con datos ciertos de cargas horarias, ya que existe un subregistro de las mismas, se trabaja bajo el supuesto de que los médicos de los que no se cuentan con los datos de horas trabajadas, trabajan al menos el promedio de horas registradas.

mejores incentivos para la radicación en el interior que el sector público ya que hay mayor concentración horaria por usuario en dicho subsector.

Otro de los datos relevantes para el análisis de la dotación de recursos humanos refiere a la relación entre cargos médicos y de enfermería. En este sentido, se destaca la alta dotación de cargos médicos en relación a los de enfermería en el subsector privado, por oposición a ASSE que cuenta con más cargos de enfermería que médicos cada 1000 afiliados. Una posible causa puede radicar en las diferencias salariales existentes entre subsectores, donde la brecha positiva es mayor para los médicos que para los no médicos. En el siguiente cuadro se presentan los indicadores que cuantifican esta relación entre médicos y enfermeras, y la composición interna de enfermería.

**Cuadro Nº 5**

	Relación entre categorías					
	IAMC			ASSE		
	Montevideo	Interior	Total IAMC	Montevideo	Interior	Total ASSE
Enf./Médicos	0,7	1,0	0,8	1,2	1,1	1,1
Aux./Lic.						
Enfermería	5,5	6,9	6,0	5,2	7,1	6,0

Es importante señalar que la relación entre médicos y enfermeras expresada en el cuadro Nº 5 incluye tanto a los licenciados como a los auxiliares en enfermería. De acuerdo a estos datos la relación 1-1 (médico-enfermera) es superada en el caso de ASSE pero no es alcanzada por el subsector privado. Sin embargo, si tomamos en cuenta la definición de *enfermera* a la que hace referencia la OPS en las “Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015”<sup>5</sup>, en la relación de enfermeras por médico de al menos 1.1 serían consideradas únicamente las enfermeras universitarias. Por lo tanto, de acuerdo a este criterio no se estaría alcanzando dicha meta.

Por esta razón en el cuadro anterior se agrega la relación imperante entre ambas categorías, donde se destaca la alta dotación de auxiliares con respecto a las licenciadas tanto en las IAMC como en ASSE.

### Grupo de especialidades médicas

Dentro de los médicos, las especialidades que tienen una mayor participación en el total de cargos son las básicas, seguidas por las especialidades médicas. Dentro de los subsectores, se puede apreciar que en ASSE hay una tendencia mayor hacia las especialidades básicas y

<sup>5</sup> Meta 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países.



médicas, existiendo una gran brecha con respecto a los cargos Anestésico-Quirúrgicos (AQ). En el sector privado se observa una distribución de cargos más homogénea entre los distintos grupos de especialidades, sobre todo en Montevideo. En cuanto al total del sistema y a la interna de cada subsector, la principal diferencia radica entre Montevideo e Interior, donde las especialidades básicas tienen un peso mucho mayor en el Interior que en Montevideo, marcando una diferencia sustancial.

**Cuadro Nº 6**

**Cargos médicos por grupo de especialidades**

	IAMC			ASSE		
	Montevideo	Interior	Total	Montevideo	Interior	Total
<b>EB*</b>	39%	54%	44%	42%	59%	52%
<b>EM</b>	32%	24%	29%	41%	25%	32%
<b>AQ</b>	30%	22%	27%	17%	16%	16%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Horas contratadas cada mil usuarios por grupo de especialidad**

<b>EB</b>	248	336	283	289	247	270
<b>EM</b>	266	185	233	294	120	178
<b>AQ</b>	167	185	174	174	142	159
<b>Total</b>	<b>681</b>	<b>705</b>	<b>691</b>	<b>757</b>	<b>509</b>	<b>607</b>

\* EB: Ginecología, Medicina General, Pediatría y Geriatría.

Las horas disponibles por usuario en el sector privado son un 14% más que las de ASSE. Para el caso de ASSE, en todos los grupos de especialidades se observan más horas contratadas cada 1000 usuarios en Montevideo que en el Interior, salvo en las Especialidades Básicas (EB). Por último, se puede observar que las AQ son las que menos horas contratadas tienen en el sistema, de todos modos es importante aclarar que esta observación es relativa si se piensa en el tipo de función que desempeñan estos especialistas y, principalmente, que en el cálculo realizado, los actos de estas especialidades no están contabilizados en horas de trabajo.

A partir del cuadro anterior, cabe preguntarse a qué responde la diferente composición de los recursos humanos médicos entre sectores: ¿se asocia con un modelo asistencial diferente en uno y otro, o con diferencias epidemiológicas? o ¿están reflejando la existencia de dificultades en el subsector público para acceder a las especialidades quirúrgicas, y por ende la escasez relativa se transforma en dificultades asistenciales?

Como forma de especificar aun más los datos presentados se realiza un análisis de las EB discriminando las especialidades que se incluyen (Medicina General, Ginecología, Pediatría), tomando los usuarios de referencia para cada una de ellas.<sup>6</sup>

**Cuadro N° 7**

<b>EB: horas contratadas cada 1000 usuarios de referencia</b>				
	<b>ASSE</b>		<b>IAMC</b>	
	<b>Montevideo</b>	<b>Interior</b>	<b>Montevideo</b>	<b>Interior</b>
<b>Medicina Gral.</b>	237,4	170,8	189,7	283,1
<b>Ginecología</b>	72,6	103,1	72,9	138,4
<b>Pediatría</b>	303,6	219,1	322,6	299,2

En primer lugar, la especialidad que más horas contratadas tiene cada 1000 usuarios de referencia es Pediatría, la cual se diferencia por su mayor cantidad de horas tanto en ASSE como en el sector privado, así también en Montevideo como en el Interior del país. En segundo lugar se encuentra Medicina General, que para ASSE en Montevideo tiene más horas que en el Interior, mientras que en las IAMC se muestra lo contrario. La especialidad de Ginecología tiene más horas contratadas cada mil usuarios en el Interior, tanto para ASSE como para las IAMC.

En lo que respecta a la distribución de los recursos médicos por nivel asistencial, en el cuadro 8 se observa que más del 40% de las horas médicas contratadas se destinan al área ambulatoria, existiendo ciertas diferencias entre Montevideo y el Interior —53% y 30% respectivamente—. Dentro del área ambulatoria, el área que concentra la mayor proporción de recursos humanos es policlínica, tanto para Montevideo como para el Interior. Asimismo, en cuidados moderados, la mayor proporción de horas contratadas corresponde a sanatorio.

<sup>6</sup> Población de referencia: para Pediatría los usuarios menores de 15 años; para Medicina General los usuarios mayores de 14 años y para Ginecología las mujeres mayores de 14 años.

Cuadro Nº 8

Distribución de horas contratadas médicas por nivel asistencial- IAMC

	Montevideo	Interior	Total
<b>Ambulatorio</b>			
Policlínica	37%	51%	41%
Radio	14%	8%	12%
Urgencia descentralizada	24%	20%	23%
Puerta	25%	21%	24%
<b>Subtotal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Cuidados moderados</b>			
Internación domiciliaria	5%	13%	8%
Sanatorio	53%	63%	56%
Guardia Interna	42%	24%	36%
<b>Subtotal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>CTI- CI</b>			
CTI adultos	86%	83%	85%
CTI pediátrico	14%	17%	15%
<b>Subtotal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Distribución total</b>			
Policlínica	20%	15%	18%
Resto Ambulatorio	33%	14%	26%
Cuidados moderados	16%	12%	14%
CTI-CI	6%	4%	5%
Retén	25%	55%	38%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

En los datos presentados en la distribución total se desagrega el peso de las horas contratadas de policlínica, lo cual es una variable a tener en cuenta a la hora de pensar el cambio en el modelo de atención. Se entiende que presenta un peso menor al necesario para dicho cambio.

Otro dato relevante a considerar es la concentración horaria que se presenta en los retenes. Este dato se refuerza al analizar el interior del país, en donde dichos cargos concentran el 55% del total de horas contratadas. Los cargos de retenes son cargos que tienen una dedicación total con la institución, estando disponibles las veinticuatro horas del día para desempeñar las tareas que se requieran, sin cumplir una función determinada en ninguna de las áreas específicas. Esto puede presentar ventajas y desventajas. Dentro de las ventajas se destaca la importancia de estos cargos, ya que están disponibles para lo que la institución y los usuarios requieran. En cuanto a las desventajas, se observa que el hecho de concentrar muchos cargos

de este tipo puede ir en detrimento de la asignación de recursos en otras áreas de actividad, que sobre todo en el interior del país pueden escasear. Por otro lado, la concentración reflejada en el cuadro anterior puede estar implicando un uso ineficiente de los recursos, al no tener en cuenta una posible complementación entre sectores y entre instituciones para contratar lo realmente óptimo en cada región del país.

### **Tipos de Contratación**

Otra de las variables que se analiza es la relación de dependencia que se mantiene con las instituciones prestadoras. Para esta variable se trabajó solamente con el subsector privado, ya que para ASSE no se cuenta con la misma desagregación de los tipos de contratación. Dentro de esta variable tenemos trabajadores independientes, suplentes, suplentes fijos y titulares. A la vez, se debe aclarar que los cargos se han calculado sumando las distintas funciones que realiza un trabajador dentro de la institución. O sea, que si un trabajador se desempeña en dos áreas diferentes, esto corresponde a dos cargos, tanto sea como independiente, suplente o titular.

**Cuadro Nº 9**

**Cargos según tipo de contratación en IAMC**

	<b>Montevideo</b>				<b>Interior</b>			
	<b>Médica</b>	<b>Enfermería</b>	<b>TNM</b>	<b>ASO</b>	<b>Médica</b>	<b>Enfermería</b>	<b>TNM</b>	<b>ASO</b>
<b>Independiente</b>	5.7%	0.1%	2.3%	0.1%	10.2%	0.1%	1.9%	0.2%
<b>Suplente</b>	28.8%	15.2%	26.4%	14.8%	5.4%	14.8%	10.6%	14.8%
<b>Suplente Fijo</b>	13.4%	7.1%	11.1%	4.5%	13.0%	6.2%	5.3%	5.6%
<b>Titular</b>	52.1%	77.6%	60.1%	80.6%	71.3%	79.0%	82.1%	79.4%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Dado que la categoría de médicos es la que presenta la menor cantidad de cargos titulares, ya sea en Montevideo como en el interior del país, se realiza a continuación una discriminación de las formas de contratación de los médicos según grupo de especialidad.

Si se comparan los resultados anteriores con los datos del mismo mes considerado —mayo— del 2009, se puede ver que se mantiene una tendencia bastante similar, en donde las formas de contratación no presentan casi variaciones.

Cuadro Nº 10

Cargos médicos según formas de contratación en IAMC			
	EB	EM	AQ
Independiente	7,3%	6,2%	8,5%
Suplente	17,2%	22,1%	22,6%
Suplente Fijo	18,3%	10,8%	8,5%
Titular	57,2%	61,0%	60,3%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

El cuadro muestra que dentro de las formas de contratación que tienen las IAMC no existen grandes diferencias en el tipo de contratación por el grupo de especialidades considerado. Cabe resaltar la importancia que tiene el gran porcentaje de contrataciones titulares y suplentes fijos, ya que las mismas implican cierto grado de estabilidad laboral para los diversos trabajadores. Igualmente, es importante tratar de que dichos valores se incrementen de forma de generar regímenes laborales acordes a los requerimientos sanitarios del sistema, beneficiando tanto a trabajadores, usuarios e instituciones prestadoras.

### Multiempleo

Otro aspecto relevante a tener en cuenta a la hora de analizar la dotación de RRHH es el multiempleo existente. En este caso se analiza el multiempleo que se da por el desempeño de tareas en diferentes instituciones, integrando al subsector privado y al público.<sup>7</sup>

Cuadro Nº 11

Multiempleo IAMC - ASSE					
Nº de instituciones	Médica	Enfermería	TNM	ASO	Total
1	44,6%	84,9%	79,5%	97,6%	81,1%
2	33,1%	14,8%	16,6%	2,4%	14,0%
3	13,0%	0,3%	3,0%	0,0%	3,0%
4	5,3%	0,0%	0,8%	0,0%	1,1%
5	2,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%
6 y más	1,7%	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tal como muestra el cuadro 11, la cantidad de trabajadores que se desempeña en más de una institución dentro de este subconjunto de instituciones es casi el 20%. Este porcentaje se

<sup>7</sup> La forma de determinación de los cargos imputa un cargo por cada IAMC donde el trabajador se desempeñe y dentro de ASSE se realiza de forma análoga en función de las unidades ejecutoras.

incrementa cuando se trata de los médicos, de los cuales un 55% cumple tareas en dos o más instituciones, el 22% trabaja en tres o más y el 9%, aproximadamente, trabaja en cuatro o más instituciones. En el caso de los Técnicos No Médicos y personal de enfermería, los porcentajes son menores, el 20% y el 15% respectivamente trabajan en 2 o más instituciones.

El multiempleo es un grave problema que padece el sistema de salud uruguayo, que opera en detrimento de la calidad del empleo de sus trabajadores y por ende en la calidad de la atención, impidiendo el desarrollo de un modelo de atención basado en el seguimiento longitudinal de la salud de sus usuarios. Para la elaboración de políticas que intenten minimizar este problema es importante identificar las diferentes formas en que el mismo se manifiesta y las diferentes causalidades, respondiendo en el caso de los médicos a cargos de baja dedicación horaria y en el caso de los no médicos a bajos salarios en relación a profesiones que tienen niveles similares de educación formal.

### **Policlínica**

En el cuadro a continuación se presenta el número de cargos de especialidades básicas en policlínica para las IAMC según la región. Cabe aclarar que, para calcular los datos presentados se realizó un ajuste de cargos de 26 horas mensuales (establecido por el laudo), lo que implica que si un médico trabaja 52 horas en policlínica se computan 2 cargos, por el contrario, si trabaja 13 horas se registra como medio cargo en policlínica.

Los siguientes cuadros contienen datos solo del sector privado, debido a que no se cuenta con información sobre los cargos de policlínica de ASSE.

**Cuadro Nº 12**

<b>EB y Enfermería en policlínica: Cargos- IAMC</b>		
	<b>Montevideo</b>	<b>Interior</b>
<b>Enfermería</b>	4508	4463
<b>Ginecología</b>	420	248
<b>Medicina Gral.</b>	1347	993
<b>Pediatría</b>	440	386

A continuación se presenta la cantidad de personas por especialidades básicas que desempeñan su función en policlínica.

**Cuadro Nº 13**

<b>EB en policlínica: personas contratadas en IAMC</b>		
	<b>Montevideo</b>	<b>Interior</b>
<b>Enfermería</b>	819	825
<b>Ginecología</b>	266	200
<b>Medicina Gral.</b>	1199	808
<b>Pediatría</b>	408	309

Si bien en términos absolutos Montevideo concentra más cargos y personas que el Interior, la relación por especialidad cada 1000 usuarios es mayor en el Interior que en Montevideo.

**Cuadro Nº 14**

<b>EB de policlínica, cargos cada 1000 usuarios de referencia en IAMC</b>			
	<b>Montevideo</b>	<b>Interior</b>	<b>Total</b>
<b>Enfermería</b>	3,86	5,70	4,60
<b>Medicina Gral.</b>	1,43	1,64	1,51
<b>Pediatría</b>	1,93	2,19	2,04
<b>Ginecología</b>	0,85	0,90	0,87

**Cuadro Nº 15**

<b>Horas mensuales EB, contratadas en policlínica por persona, IAMC+ASSE</b>			
	<b>Promedio hs. Policlínica</b>	<b>Prom hs. totales</b>	<b>Relación hs pol./hs. totales</b>
<b>Medicina Gral.</b>			
Montevideo	48,39	157,32	0,31
Interior	69,68	221,86	0,31
<b>Total</b>	<b>58,06</b>	<b>184,59</b>	<b>0,31</b>
<b>Pediatría</b>			
Montevideo	46,86	173,38	0,27
Interior	67,47	232,99	0,29
<b>Total</b>	<b>55,99</b>	<b>196,46</b>	<b>0,29</b>
<b>Ginecología</b>			
Montevideo	57,58	145,88	0,39
Interior	72,75	324,78	0,22
<b>Total</b>	<b>64,29</b>	<b>224,57</b>	<b>0,29</b>
<b>Total</b>			
Montevideo	49,36	159,82	0,31
Interior	69,53	262,63	0,26
<b>Total</b>	<b>58,53</b>	<b>204,00</b>	<b>0,29</b>

La relación entre horas de policlínica y horas totales es similar en todos los casos considerados, ya sea tomando en cuenta las especialidades como las regiones.

Tomando en cuenta la dedicación horaria dentro del resto de las áreas consideradas, se observa que la mayor concentración<sup>8</sup> de horas se presenta en el área ambulatoria, seguida por cuidados moderados y, por último, cuidados intermedios e intensivos.

Es necesario implementar políticas para lograr una mayor concentración de horas en el primer nivel de atención, determinante fundamental para el cambio de modelo. Lo que se observa es que estas especialidades trabajan mensualmente un número muy elevado de horas, cerca de 50 horas semanales en promedio, pero en general no se especializan en el primer nivel de atención. Las necesidades de policlínica se cubren entonces con un número elevado de médicos que tienen extremadamente fragmentado su trabajo en muchos cargos y diferentes instituciones.

#### *Multiempleo en policlínica*

Es importante destacar el nivel de multiempleo dentro de las especialidades básicas, para ello se considera el multiempleo observado por el desempeño de tareas en diferentes instituciones de aquellos médicos que tienen al menos un cargo en policlínica, integrando a las IAMC y a ASSE.<sup>9</sup> Tal como muestra el cuadro 16, la cantidad de trabajadores en especialidades básicas que se desempeña en más de una institución dentro de este subconjunto de instituciones es el 53%.

**Cuadro Nº 16**

#### **Multiempleo en Policlínica 2010 - IAMC - ASSE**

<b>Nº de instituciones</b>	<b>Medicina General</b>	<b>Pediatría</b>	<b>Ginecología</b>	<b>Total</b>
<b>1</b>	49,0%	37,5%	36,2%	46,2%
<b>2</b>	38,4%	42,4%	40,6%	38,9%
<b>3 y más</b>	12,7%	20,1%	23,3%	14,9%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Si se observa por especialidad, los ginecólogos son los que presentan mayor multiempleo, casi el 64% trabaja en dos o más instituciones. Para el caso de Pediatría, el 62% trabaja en dos o más instituciones. Estas dos especialidades presentan entonces un multiempleo mayor que el promedio de los médicos (55%). Medicina General es la especialidad que presenta menor multiempleo, el 51% trabaja como médico general en dos o más instituciones.

<sup>8</sup> Dejando de lado policlínica.

<sup>9</sup> La forma de determinación de los cargos imputa un cargo por cada IAMC donde el trabajador (que tiene al menos un cargo en policlínica) se desempeña y dentro de ASSE se realiza de forma análoga en función de las unidades ejecutoras.



### 3. SISTEMAS DE REMUNERACIÓN: INCIDENCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

---

“Por sistema de pago (o fórmulas de remuneración) entendemos la forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un prestador sanitario por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes.”<sup>10</sup>

El objetivo de este capítulo es analizar las principales formas de remuneraciones médicas. Este tema se encuentra en discusión y en proceso de cambio en nuestro país, discutiéndose en los diferentes ámbitos de negociación colectiva. La importancia de estudiar las formas de pago médico radica en que estos influyen en las condiciones de trabajo así como en el tipo de atención prestada.

Los trabajadores médicos son los que presentan formas de pago más diversificadas, mientras que los trabajadores no médicos presentan formas de pago más homogéneas (básicamente por salario). Por esta razón, el presente capítulo se centra solo en los sistemas de remuneraciones médicas, con el objetivo de analizar las ventajas y desventajas de cada forma de pago en vista de colaborar con los cambios que se vienen procesando en pro de los lineamientos que la Reforma del Sistema de Salud pretende instaurar.

Los modelos de pago son poderosas herramientas de gestión que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas. Son los incentivos más poderosos con que cuentan los gestores de salud y “se denomina incentivo a todo elemento introducido por un agente del sistema para modificar la conducta de otro agente”<sup>11</sup>.

Los sistemas de pago son especialmente importantes para la eficiencia de los sistemas de salud porque las decisiones sobre gasto y nivel de producción dependen, fundamentalmente, de los profesionales sanitarios, y las fórmulas de pago e incentivos influyen sobre ellos. Tienen relevancia en la calidad de la atención y en el ejercicio de la medicina. Cada modelo de pago tiene ventajas y desventajas que varían según el contexto en que se los utilice.

“... los sistemas de pago plantean una cuestión básicamente macroeconómica, que afecta al comportamiento de los agentes económicos a nivel individual y configura sus incentivos económicos y el riesgo al que se ven sometidos en el ejercicio de su actividad.”<sup>12</sup> Se plantea

---

<sup>10</sup> ÁLVAREZ, Begoña, Laura PELLISÉ y Félix LOBO, *Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE*, Seminario de Estudios Sociales de la Salud y los Medicamentos, Instituto Flores de Lemus, Universidad Carlos III, Madrid, España, p. 56.

<sup>11</sup> TOBAR, Federico, Nicolás ROSENFELD y Armando REALE, “Modelos de pago en servicios de Salud”, en *Cuadernos Médicos Sociales*, n.º 74, 1998, p. 1, 7.

<sup>12</sup> ÁLVAREZ, Begoña, Laura PELLISÉ y Félix LOBO, *Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE*, Seminario de Estudios Sociales de la Salud y los Medicamentos, Instituto Flores de Lemus, Universidad Carlos III, Madrid, España, p. 55-56.

cuál es la forma adecuada para distribuir los riesgos que involucran los distintos modelos de pago de la actividad económica que consiste en brindar cobertura médica a las personas.

Las distintas formas de remuneración de los trabajadores de la salud son determinantes del modelo sanitario y pueden ser un objeto de diferenciación salarial, tanto entre sectores como entre los trabajadores de un mismo sector. Existen mayores diferencias dentro de las remuneraciones médicas porque “los trabajadores no médicos tienen menos variantes en sus formas de contratación ya que predomina una remuneración bajo la forma de salario fijo y son pocos los casos en que existe otro régimen de pago.”<sup>13</sup>

### Principales sistemas de remuneración: Aspectos Teóricos

Los principales sistemas de remuneración médica son: el *pago por capitación*, el *salario fijo* y el *pago de acto* o por unidad o servicio (*fee for service*):

- 1) **Pago por capitación:** es un pago que se realiza de forma prospectiva y consiste en la asignación previa, al médico, de un monto de dinero por paciente o grupo de pacientes. La asignación por usuario se denomina cápita y es un sistema muy utilizado dentro de la atención primaria. Se paga por “estar disponible para tratar” más que por “tratar” propiamente. La tarifa se percibe independientemente de que los pacientes utilicen o no los servicios del médico, y de la frecuencia de sus visitas.

El pago por capitación puede ser total o parcial. En este último caso las tarifas y presupuesto determinados por capitación en forma prospectiva solo se aplican a algunos servicios entregados por un profesional, equipo de salud, establecimiento médico, o una red de establecimientos contratados.

“El pago por capitación permite combinar un componente fijo de retribución con un factor variable que puede asociarse a la calidad de la atención que el EBS [equipo básico de salud] brinda al conjunto de personas sobre las que tiene responsabilidad sanitaria. La capitación prospectiva es un método de financiamiento mediante el cual los proveedores de atención de salud reciben un pago predeterminado por cada paciente que se registra con ellos. *A su vez, los proveedores acuerdan entregar servicios específicos a cada miembro de la población definida, según se requiera, durante un período estipulado contractualmente.*”<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> CARRASCO, Paula y TENENBAUM, Victoria, *El Mercado de Trabajo en el Sector Salud, Diferencias salariales entre el subsector público y privado*, Trabajo de investigación monográfico para la obtención del título de Licenciado en Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Administración, UdelaR, 2008, p. 34.

<sup>14</sup> PRADERE, Gabriela et al., *Reestructura del Primer Nivel de Atención, Mercado de trabajo del sector salud*, Documentos de Trabajo de Economía de la Salud N° 3/06, Trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud Pública y el Sindicato Médico del Uruguay, 2006, p. 9.

*Principales características:* El médico es quien asume el riesgo financiero (es un gasto estimado mediante características demográficas que puede alejarse del gasto real). La capitación prospectiva expone a los proveedores a los riesgos y consecuencias de gastar más que el presupuesto predefinido y pagado por anticipado. Para manejar estos riesgos, los proveedores buscan las formas clínicamente eficaces y eficientes en función de los costos, fortaleciendo la prevención y otras atenciones primarias.

*Comportamiento esperado:* maximización del número de pacientes, minimizando los costos o la actividad.

*Ventajas:*

Este sistema de pago presenta los siguientes incentivos:

1. Genera cercanía entre médico y usuario. Permite (no garantiza) dar continuidad en la relación médico-paciente que repercute positivamente en la calidad de la atención.
2. La participación de los médicos generales en la determinación de estrategias clínicas, patrones de referencia y asignación de recursos.
3. Mayor coordinación entre los distintos niveles de atención (primario, secundario y terciario). Se nombra un responsable de brindar los servicios definidos por contrato.
4. El acceso a la atención y la libre elección del proveedor de parte del usuario, restringiendo el cambio indiscriminado de médicos, lo que facilita el seguimiento del paciente por un solo médico.
5. La eficiencia de los costos.
6. Sencillez administrativa.
7. Menor competencia que en pago por actos.

*Desventajas:*

Este mecanismo de pago tiene también efectos no deseados, incentivando a mantener los costos por debajo del precio per cápita como forma de maximizar la renta. Una forma de contrarrestar este efecto es corregir el pago por alguna unidad de medida del riesgo, como ser edad y sexo. Este sistema presenta como principales desventajas:

1. Ausencia de incentivos para hacer más que lo mínimo.
2. Sin incentivos explícitos para prestar servicios preventivos.
3. Puede estimular la “selección adversa” de beneficiarios y el “cream-skimming”.
4. Se incentiva a aceptar más pacientes de los que se puede atender.
5. Proporciona estímulos para “derivar” la actividad a otras áreas del sistema.

Como forma de paliar una de las principales desventajas de este tipo de pago (Cream-skimming), muchas veces se realizan ajustes por edad y combinaciones con otros mecanismos de pago (sistemas “mixtos”).

- 2) **Salario fijo:** este tipo de remuneración se realiza de forma prospectiva. “En este sistema el profesional recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeñe en un período de tiempo dado. En otros términos, el profesional alquila su tiempo (cuando se trata de contratos de dedicación parcial) o alquila su título (cuando se trata de contratos de dedicación total)”<sup>15</sup>. No genera ningún tipo de incentivo económico para mejorar la calidad o cantidad de los servicios brindados, por ser la remuneración del trabajador independiente de la cantidad de pacientes que reciban atención; por el contrario genera incentivos a disminuir los servicios prestados.

*Principales características:* Las variables que determinan el volumen de ingresos son la carga horaria y el rango jerárquico asumido dentro de la organización. Se trata de un modelo de remuneración centrado en la oferta, el paciente no afecta directamente el pago del médico porque recibe su sueldo aunque ningún paciente concurra al servicio.

*Comportamiento esperado:* el profesional buscará maximizar el tiempo no asistencial y minimizar las cargas de trabajo.

*Ventajas:*

1. Se reduce la competencia entre médicos porque la mayor cantidad de pacientes no significa mayores beneficios económicos y esto podría generar una mayor dedicación por paciente.
2. Alta previsibilidad (facilita la administración y el control de costos).
3. No obstaculiza la cooperación “horizontal” (entre colegas).
4. No estimula la sobreprestación.
5. Ya que el resto de los trabajadores de la salud básicamente trabajan a través del pago por salario, este tipo de pago para los médicos permitiría homogeneizar la forma de remuneración entre trabajadores médicos y no médicos.

*Desventajas:*

1. Puede derivar en peor calidad de la atención porque la remuneración no se asocia al rendimiento.

---

<sup>15</sup> TOBAR, Federico, Nicolás ROSENFELD y Armando REALE, “Modelos de pago en servicios de Salud”, en *Cuadernos Médicos Sociales*, n.º 74, 1998, p. 12.

2. Reducción del número de consultas para minimizar el esfuerzo por parte del médico.
3. Se genera una relación poco fluida entre el médico y el paciente.
4. Selección de pacientes de bajo riesgo por conveniencia para el médico.
5. No incentiva la mejora en la productividad.
6. Introduce presiones para el incremento del personal (de la planta, de las cargas horarias o la jerarquización). Por lo tanto, mantiene los ingresos y reduce las cargas de trabajo individuales.
7. Independiza la cantidad y calidad de los servicios de las remuneraciones, lo que puede insensibilizar al prestador respecto a las preferencias de los pacientes.
8. Aumenta el peso relativo de los costos fijos.

3) **Pago por acto médico o unidad de servicio o procedimiento (fee for service):** esta forma de pago es de tipo retrospectiva, se realiza luego de realizada la actividad. En este sistema existe competencia entre los médicos por la captación de pacientes y puede existir inducción de demanda generada por un aumento innecesario de la cantidad de servicios. Constituye la forma más desagregada ya que la base de cálculo de la remuneración es cada servicio individual que el médico le brinda al paciente.

*Principales características:* El paciente deposita confianza en el médico sobre la cantidad óptima de consultas y los médicos pueden tener como objetivo alcanzar un determinado nivel de ingresos que es independiente de dichas necesidades. Esta forma de remuneración responde a un modelo de atención basado en lo curativo y no en la prevención. El nivel de actividad o prestaciones realizadas determinan el ingreso.

*Comportamiento esperado:* el número de actos producidos dependerá del precio (ingreso marginal) y de los costos marginales de cada procedimiento específico. El efector tendrá incentivos a aumentar el número de actos siempre que el ingreso marginal supere el costo marginal.

*Ventajas:*

1. Mejora en la productividad, tanto en términos de pacientes atendidos como de servicios brindados.
2. El médico maximiza su esfuerzo de atención y quiere atender pacientes de mayor complejidad y realizar tratamientos de superior dificultad, la buena atención permite que el paciente retorne o recomiende sus servicios.
3. Se genera poca derivación de consultas porque el interés está en la concentración de los servicios y tratamientos.

4. Alta satisfacción de los médicos (dependiendo de la tarifa fijada a los actos: nomenclador) por el incremento de las remuneraciones.
5. Amplio control del precio: el cálculo de la remuneración es simple.

*Desventajas:*

1. La inducción de demanda generada por los médicos puede llevar al sobre-tratamiento o a la concentración de servicios en las actividades que son más rentables.
2. Mayores costos para la empresa aseguradora (pago médico, cantidad de servicios, costos administrativos) cuando el paciente percibe que tiene mejor calidad de atención con mayor cantidad de servicios y tecnología más avanzada; tendrá mayor disposición a aceptar mayor demanda cuando el pago lo efectúa la empresa aseguradora.<sup>16</sup>
3. No permite controlar la cantidad de la producción y provee un escaso control sobre el gasto total (funciona como un “cheque en blanco”).
4. Tiende a aumentar el número de consultas y a disminuir su duración. Aumento de pacientes con relación al tiempo de atención, provocando peor calidad de la atención.
5. Incentiva la sobrefacturación.
6. Desincentiva prácticas más costo-efectivas como la prevención. Tiene poca visión integral sobre el proceso salud-enfermedad (es una cadena de montaje) e induce al médico a despreocuparse por la causa u origen del problema detectado.
7. Requiere numerosos controles para su gestión.

### Modelos de remuneración mixtos

“La verificación de que cada modelo de pago presenta ventajas y desventajas condujo a la búsqueda de modelos híbridos o mixtos, en los que se utilizan dos o más bases de pago. La premisa es que combinando sistemas de pago se pueden anular los efectos negativos que cada uno de ellos poseen, y al mismo tiempo potenciar las características benéficas de los mismos.”<sup>17</sup>

En la actualidad, existen otras formas de remuneraciones: *remuneraciones mixtas*. Las tres formas de remuneración analizadas anteriormente (por salario, por acto y por capitación) son las más utilizadas en los sistemas de salud pero existen posibles combinaciones entre ellas.

---

<sup>16</sup> Existen casos en que la empresa puede generar mecanismos de control como establecer un tope de remuneración por encima del cual no se pagan los actos realizados. (Carrasco-Tenenbaum, p. 36.)

<sup>17</sup> TOBAR, Federico, Nicolás ROSENFELD y Armando REALE, “Modelos de pago en servicios de Salud”, en *Cuadernos Médicos Sociales*, n.º 74, 1998, p. 15.

Se proponen como formas de remuneraciones mixtas para los médicos de atención primaria<sup>18</sup>:

1. El pago por *salario fijo* combinado con el *pago por acto*.

La opción por una remuneración compuesta en la cual parte es salario y parte por acto estimularía a los médicos que dedican una gran cantidad de tiempo a cada uno de sus pacientes. Este tipo de retribución permite además incentivar la oferta de profesionales en áreas en la cuales hay escasos recursos humanos. El pago por prestación estimula la oferta de determinadas prácticas y el pago por salario presenta la ventaja de la estabilidad de ingresos. En algunos sistemas se combinan para garantizar un modelo en el que se desestime la sobre prestación de prácticas caras o poco efectivas mientras se estimula la prestación de prácticas altamente efectivas.

*Ventajas:*

- Previsibilidad del gasto (mayor que en el pago por acto y menor que en el pago por salario).
- Mayor productividad y motivación de los recursos humanos en un marco laboral más estable y cooperativo.
- Alta capacidad de focalizar el gasto en acciones efectivas.

*Desventajas:*

- Incorpora nuevas exigencias en el control de gestión.
- Puede estimular fraudes.

2. El *pago por capitación* combinado con el *pago por acto*.

### **Sistemas de remuneración en Uruguay**

En la actualidad, los sistemas de remuneración médica existentes en Uruguay son el *pago por salario*, el *pago por acto* y el *pago mixto* (compuesto por *pagos por salario y por acto*).

En ASSE y en el subsector privado del interior el sistema de remuneración que predomina es el *salario*, mientras que en el resto del subsector privado se realiza un pago puro por acto o un *pago mixto* (salario fijo-acto).

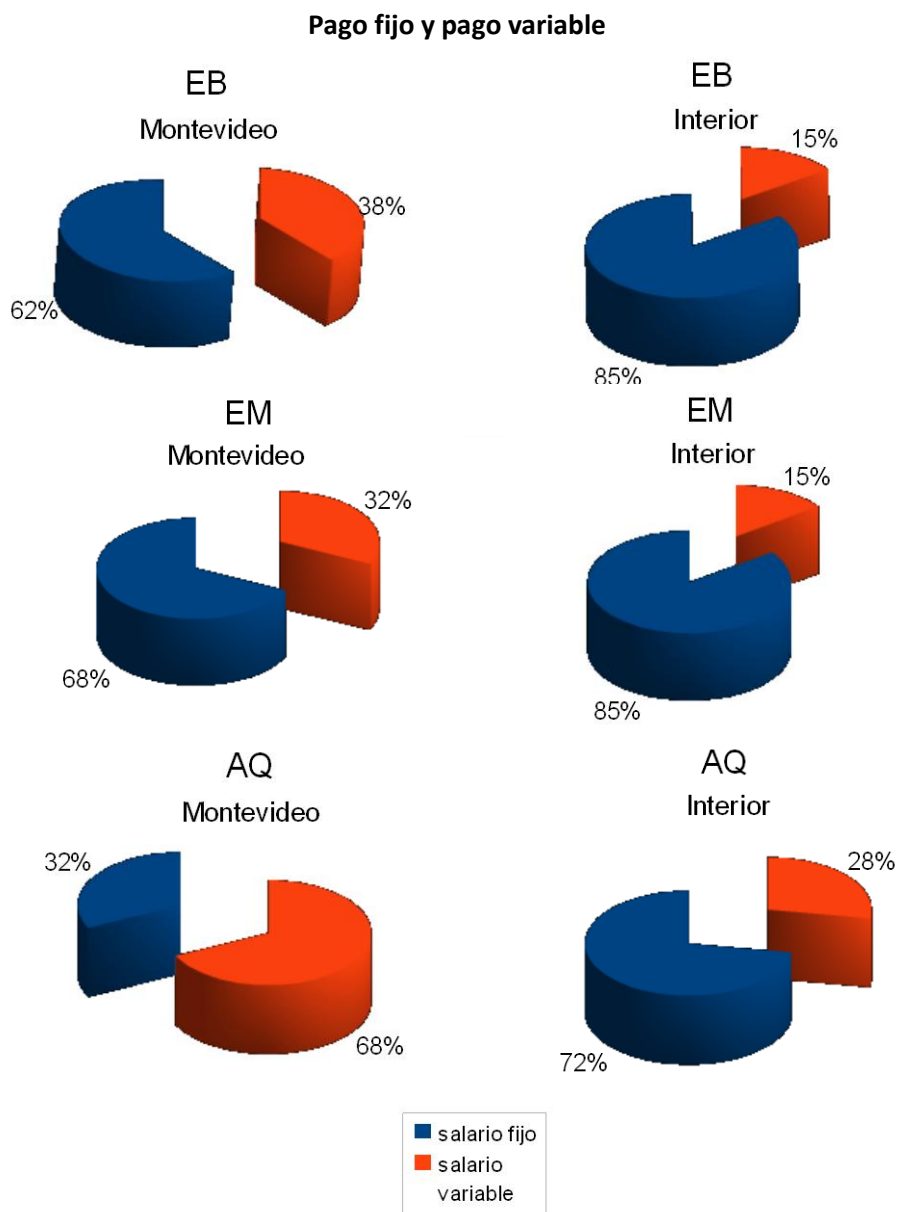
Está en discusión, actualmente, la realización de *pagos mixtos* con indicadores de desempeño sobre una población de referencia.

---

<sup>18</sup> LEAL CHERCHIGLIA, Mariángela et al., *Sistemas de pago y práctica médica: teoría y evidencias empíricas*, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud ops/oms, 2002, p.6.

Las siguientes gráficas muestran cómo se distribuyen los ingresos percibidos por los grupos de especialidades médicas en el sector privado, entre pago fijo y pago variable.

Gráfica N° 1



Con respecto a Montevideo, para las especialidades básicas y las médicas, el porcentaje de salario fijo es superior al de salario variable, situación que se revierte para las anestésico-quirúrgicos, dentro de las cuales sus ingresos variables representan el 68% del total.

En el interior del país, para las especialidades básicas y médicas, el salario fijo percibido asciende al 85% del total, siendo menor el porcentaje para los anestésicos-quirúrgicos (72%).

Si se comparan los datos por región, se puede apreciar que en el Interior el pago variable es considerablemente menor para los tres grupos de especialidades. Esto se explica porque el pago por acto en las instituciones del Interior no está tan generalizado como en Montevideo.



### Datos empíricos

Para el análisis de la dimensión salarial se realizan comparaciones para los distintos subsectores, diferenciando por región geográfica así como por categoría de ocupación. Es necesario, antes de comenzar, explicar las limitaciones que se presentan. En el caso de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) se cuenta con escasa información sobre las horas trabajadas, por lo que es importante tener en cuenta que las comparaciones realizadas sobre el salario promedio no son rigurosas en la medida que lo correcto sería comparar el valor hora.

**Cuadro Nº 17**

Salario promedio por institución		
	ASSE	IAMC
Médica	22,937	38,016
Enfermería	20,128	20,081
TNM	21,897	20,701
ASO	18,346	20,546

En primer lugar se realiza la comparación del salario promedio según categoría de ocupación para ambos subsectores, en donde en la mayoría de los casos el subsector privado supera los niveles salariales del sector público.

Si se realiza el análisis desagregando por región, se observa que los salarios de los médicos en el Interior son superiores a los de Montevideo, sobre todo en el caso del sector privado. A su vez, para las demás categorías de ocupación se da el caso inverso, el salario es mayor en Montevideo que en el Interior. De la comparación entre subsectores se puede concluir que, en la actualidad, el subsector público es un fuerte competidor por los recursos no médicos, ofreciendo salarios superiores a los del subsector privado en su conjunto. En lo que respecta a los trabajadores médicos, se encuentra en una clara desventaja, lo que seguramente explique los desequilibrios en las dotaciones presentadas precedentemente.

**Cuadro Nº 18**

Salario promedio por persona por subsector				
	ASSE		IAMC	
	Montevideo	Interior	Montevideo	Interior
Médica	29,245	29,774	51,503	66,812
Enfermería	27,918	20,124	22,296	18,235
TNM	29,242	22,785	22,882	21,760
ASO	22,163	19,239	21,973	18,674

A continuación se muestran las diferencias salariales para los distintos grupos de especialidades (Especialidades Básicas, Especialidades Médicas y Anestésico-Quirúrgicas).

**Cuadro Nº 19**

**Salario promedio por persona por grupo de especialidad**

	ASSE		IAMC	
	Montevideo	Interior	Montevideo	Interior
<b>EB</b>	28.240	27.954	38.887	52.776
<b>EM</b>	30.340	30.877	41.574	58.972
<b>AQ</b>	30.925	42.065	78.601	85.444

Se observa que en su globalidad los salarios promedio del sector privado exceden en gran medida a los de ASSE. La mayor diferencia se da en el sector anestésico-quirúrgico. Si se observa cada subsector por separado, se puede ver que en el subsector público no existen diferencias significativas entre las categorías. En cambio, si nos referimos al subsector privado, los salarios promedio del sector anestésico-quirúrgico exceden en gran proporción al resto de los grupos.

Analizando por región, se ve que en el Interior se pagan salarios, en promedio, mayores que en Montevideo. Esto puede atribuirse, en parte, a la menor oferta de médicos que existe en el Interior del país respecto a Montevideo.

Si se observan los grupos de especialidades, se ve que para ambos subsectores el salario de las especialidades básicas es menor en comparación con el resto de los grupos. En el sistema sanitario uruguayo, que basa su modelo de atención en el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), deben incentivarse con mayor énfasis aquellas especialidades que se basan en la promoción y prevención de la salud.

Es necesario, asimismo, analizar las diferencias que se dan en los valores hora de este grupo de especialidades, de modo de detectar si efectivamente existen desigualdades salariales entre los subsectores del sistema. Al no contar con suficiente información sobre las horas realizadas en los distintos subsectores no se exponen dichos resultados.

Asimismo, se debe apuntar a que los salarios del sector público y privado converjan, de modo que no se concentren los trabajadores en el sector privado en detrimento del sector público. Por otro lado, es necesario trabajar para revertir la desigual distribución salarial, sobre todo en el sector privado, tanto en lo que respecta a la distribución entre funciones como dentro de las mismas.

Debe pensarse en mecanismos que contribuyan a la disminución de la brecha mencionada, de forma de aportar a la equidad entre los subsectores. De esta forma, uno de los elementos que

puede aportar en este sentido es un cambio en el sistema de remuneraciones del sector salud, tendiendo a una homogeneización entre sector público y privado.

Actualmente, existe un sistema en el que los médicos de las IAMC —de Montevideo— reciben un salario que está compuesto por un componente fijo y un componente variable. En cambio, los médicos de ASSE reciben un salario fijo. Este factor, además de generar incentivos disímiles en la asistencia entre uno y otro prestador, genera la divergencia mencionada, con sus efectos indirectos sobre la equidad en el acceso de la población usuaria.

Si se ordena a los trabajadores médicos de acuerdo al ingreso que reciben y luego se los divide en 5 partes iguales (quintiles), se presenta una distribución como la que se muestra en el siguiente cuadro, la cual está calculada para cada grupo de especialidades, integrando los datos del subsector privado y de ASSE.

**Cuadro Nº 20**

Quintiles	Masa salarial	EB		EM		AQ	
	total	Masa salarial	Personas	Masa salarial	Personas	Masa salarial	Personas
1	3%	3%	18%	3%	19%	1%	12%
2	8%	10%	21%	7%	17%	2%	8%
3	14%	17%	23%	16%	23%	5%	12%
4	24%	28%	22%	27%	22%	12%	17%
5	51%	42%	16%	47%	19%	81%	51%

Como se puede apreciar, existe una importante concentración del ingreso, ya que el 20% de los trabajadores médicos concentran el 51% de la masa salarial del total de médicos. En el cuadro también se analiza la participación de la masa salarial de cada grupo de especialidad y de las personas integrantes de cada grupo dentro de la distribución general de médicos. Por ejemplo, se puede constatar que el 18% de los médicos con EB, pertenecen al primer quintil de ingresos, lo que significa que les corresponde un 3% de la masa salarial del total de los médicos con EB.

Distinguiendo por grupos de especialidad, se observa que en el 20% de los médicos de mayores ingresos del sector se encuentra un 16% de las EB, 19% de las EM y 51% de los AQ. Asimismo, se destaca la alta participación de los AQ en el 20% de los médicos de mayores ingresos. Adicionalmente, en el 51% de la masa salarial total que concentra el 20% de los médicos de mayores ingresos, 42% le corresponde a las EB, 47% a las EM y 81% a los AQ.

**Cuadro Nº 21**

<b>Salarios promedios por quintiles</b>			
<b>Quintiles</b>	<b>EB</b>	<b>EM</b>	<b>AQ</b>
1	10681	10388	9908
2	21675	21386	20957
3	36631	36267	37370
4	62252	63050	65430
5	122734	127895	154992

De acuerdo al cuadro anterior, se observa una gran brecha dentro de los distintos grupos de especialidades considerando el primer y quinto quintil. En este sentido, el 20% de los médicos con EB de mayores ingresos presentan un salario promedio 11 veces mayor que el 20% de menores ingresos. En el caso de las EM y AQ, la brecha mencionada pasa a 12 y 16 respectivamente.

*Tipos de pago*

Uno de los tipos de remuneraciones que reciben los médicos es el pago por acto médico, es importante analizar su valor para las distintas especialidades. Para esta variable se trabaja solo con el sector privado, ya que ASSE no utiliza prácticamente este tipo de pago.

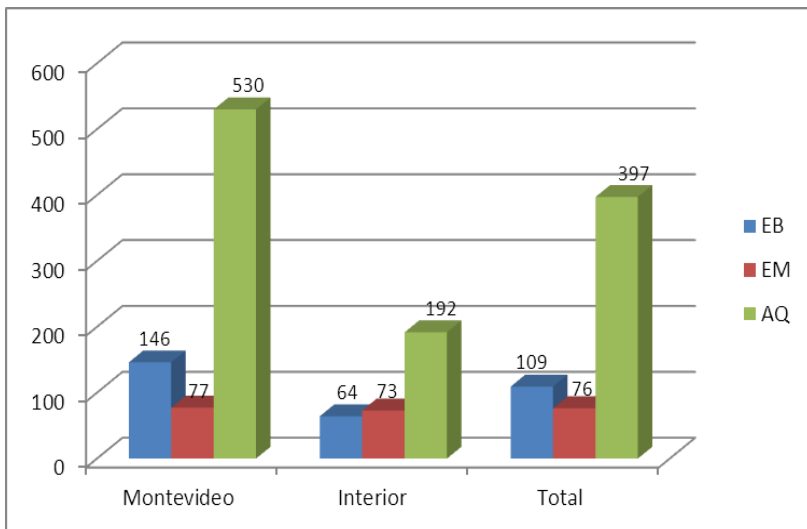
En el siguiente gráfico se muestra el valor del acto médico en el sector privado, discriminando entre Montevideo e Interior y por grupo de especialidades.<sup>19</sup> Si tomamos el total para cada grupo de especialidad sin discriminar entre Montevideo e Interior, se observa que el grupo de los AQ es el que cuenta con el valor más alto, tres veces mayor que el valor de los actos de las EB, y es mayor aun la diferencia con las EM. A su vez, el valor del acto para las tres especialidades es menor en el Interior que en Montevideo. En donde se presenta el valor más alto y destacado es en Montevideo para los AQ, donde el valor del acto médico es en promedio 530 pesos. Esta realidad refleja directamente los laudos existentes, que establecen una incidencia mayor del pago por acto en Montevideo, y un valor unitario sustantivamente mayor en la actividad quirúrgica en relación al resto de la actividad.

---

<sup>19</sup> Estos valores se obtuvieron de dividir el total de pagos por acto en cada especialidad entre el total de actos realizados.

Gráfico N° 2

Valor acto médico por grupo de especialidad en IAMC



#### 4. CONSEJOS DE SALARIOS

---

Los Consejos de Salarios, creados por la ley 10.449 el 12 de noviembre de 1943, constituyen ámbitos de negociación tripartita en los que participan el Estado, los representantes de los empleadores y los delegados de los trabajadores de cada sector de actividad, en conformidad con una lógica de acuerdos sociales que atribuye al gobierno un papel arbitral. El primer gobierno de izquierda restableció los Consejos de Salarios modificando sus características de acuerdo a las transformaciones que ha experimentado el trabajo, y poniendo fin a la desregulación del mercado laboral. En este sentido, el retorno a la negociación colectiva no es la mera actualización de una institución clásica del Estado uruguayo, sino que implica una inversión de las relaciones del trabajo con el Estado y el capital.

##### *La negociación colectiva*

La negociación mediante Consejos de Salarios se realiza en función de grupos y subgrupos previamente definidos. Durante las décadas del 50 y 60 se caracterizaba por el funcionamiento autónomo de 20 grupos de actividades económicas. Actualmente, existen 24 grupos entre el sector público y privado.

Los Consejos de Salarios tienen la facultad de fijar el Salario Mínimo Nacional (SMN), aplicable por rama de actividad y por categoría de trabajo, actualizar las remuneraciones de los trabajadores, fijar las categorías laborales, crear los subgrupos en cada rama de actividad y establecer condiciones laborales.

##### **El sector de la Salud y los Consejos de Salarios**

“El Estado promoverá y garantizará el libre ejercicio de la negociación colectiva en todos los niveles. A tales efectos adoptará las medidas adecuadas a fin de facilitar y fomentar la negociación entre empleadores y trabajadores.”<sup>20</sup>

A modo de ejemplo se describe a continuación la forma en que se ha desarrollado la negociación colectiva en el sector de la salud pública, tomando la experiencia reciente de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), su evolución e impacto.

---

<sup>20</sup> Art. 3º Ley 18.566

### *Acuerdos salariales en ASSE: impacto y evolución*<sup>21</sup>

El acuerdo médico (tomado a modo de ejemplo de los acuerdos firmados con todos los profesionales de la salud) firmado entre ASSE y las gremiales médicas SMU, SAQ y FEMI (suscrito el 30/5/2008) prevé el proceso de adecuación salarial para el sector médico de ASSE tendiente a la equiparación en las retribuciones.

El compromiso funcional tiene como objetivo conocer la disponibilidad real del profesional que trabaja en la organización, la dotación médica en las distintas Unidades Ejecutoras y la distribución de estas. Se llevan firmados 5.706 compromisos funcionales por los profesionales del Acuerdo.

Con respecto a los sistemas de remuneraciones médicas el convenio firmado plantea crear cambios en las formas de pago en vista de lograr cargos de mayor cantidad de horas. Para ello se planteó aplicar el pago variable tanto a los anestésicos quirúrgicos como a los no anestésicos quirúrgicos, y se discutió la ampliación horaria para crear cargos de alta dedicación, reduciendo el multiempleo y concentrando trabajo en el sector público, ya que la mayoría de los médicos de ASSE trabajan también en el sector privado.

Con respecto al pago variable el convenio plantea un sistema de pago a través del cumplimiento de metas de gestión y productividad.

Al día de hoy dichos convenios se encuentran nuevamente en discusión y algunos de los cambios allí firmados no pudieron implementarse tanto por falta de información disponible como por temas administrativos.

De todas formas, en la actualidad, ASSE compite, desde el punto de vista de las retribuciones de sus trabajadores, con el sector privado. En muchos casos supera el laudo previsto en los Consejos de Salarios para la actividad privada y se encamina hacia una racionalización en sus retribuciones, lo que repercute positivamente en la calidad de la atención.

### **Los Consejos de Salarios en la actualidad**

Las negociaciones para el nuevo período de gobierno comenzaron con un escenario esencialmente diferente al que predominó en la administración pasada. El 28 de mayo de 2010 se inauguró la ronda del Consejo Superior Tripartito que dio lugar a la discusión que se viene dando entre trabajadores, empresarios y gobierno para la fijación de nuevas pautas salariales. El crecimiento de la economía y las estimaciones realizadas para los próximos cinco años plantean una nueva forma de definir los salarios. El gobierno aspira a establecer acuerdos de

---

<sup>21</sup> ASSE: *Acuerdos salariales: Unidad de Negociación y Conciliación de Conflictos*, presentación de Power Point.

largo plazo como señal de estabilidad pero surgen controversias respecto al incremento del salario mínimo, los criterios para definir aumentos diferentes según el crecimiento de los distintos sectores, y la resistencia de las cámaras empresariales a considerar otro tipo de mejoras.

Los nuevos criterios del gobierno y la búsqueda de convenios a largo plazo modifican el esquema imperante y los contenidos de la negociación de la administración anterior. Hasta ahora los incrementos salariales se regían por la variable de la inflación, teniendo como referencia el índice de precios al consumo (IPC); ahora el gobierno propone definir la política salarial en función de tres variables: la inflación, la evolución del producto bruto interno (PBI) y productividad de cada sector.<sup>22</sup>

El Consejo de Salarios para el sector de la salud vigente hasta el 30 de junio de 2010 fue firmado el 1º de setiembre de 2008. A la fecha entrará en vigencia lo acordado en el último Consejo de Salarios, que tuvo lugar entre junio y noviembre de 2010, cerrándose las negociaciones el día 3. El presente convenio tendrá vigencia desde el 1º de junio de 2010 al 30 de junio de 2015 en el caso de los trabajadores médicos.

### **Consejo de salarios 2010<sup>23</sup>**

#### *Grupo N° 15, Servicios de Salud y Anexos*

En este apartado se describen las principales características del acuerdo firmado con los trabajadores médicos en los consejos de salarios 2010. La importancia de trabajar con el convenio médico radica en que es en este acuerdo en donde se plantean cambios más profundos que hacen referencia a las condiciones de trabajo, cargas horarias y funciones, más allá de las cuestiones salariales. Por lo tanto, estos temas son una innovación y una necesidad para la implantación del nuevo modelo de atención.

El Consejo de Salarios del Grupo N° 15, Servicios de Salud y Anexos, comprende cinco ajustes (anuales) dentro del período 2010-2015 (1º de julio de 2010, 1º julio de 2011, 1º de julio de 2012, 1º de julio de 2013 y 1º de julio de 2014). Durante el presente convenio se revisan los laudos médicos actuales y los salarios resultantes de lo acordado en el Consejo de Salarios que comenzarán a aplicarse a partir del mes de julio de 2011. Los incrementos del salario real se realizarán tomando en consideración un componente macro y uno sectorial. “En todos los casos, el diseño de las propuestas de cambio deberán contemplar una imagen objetivo y un proceso de transición, por especialidades, niveles de atención y modalidades de trabajo.”<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> [http://www.mef.gub.uy/documentos/20100528\\_lineamientos\\_consejo\\_salarios.pdf](http://www.mef.gub.uy/documentos/20100528_lineamientos_consejo_salarios.pdf)

<sup>23</sup> ACTA CONSEJO DE SALARIOS para los Trabajadores médicos, Montevideo, 3 de noviembre de 2010, reunido el Consejo de Salarios Grupo N° 15, Servicios de Salud y Anexos.

<sup>24</sup> *Ibidem*.



Es la primera vez que existe acuerdo en que las actuales condiciones de trabajo no favorecen el desarrollo del proceso asistencial, contemplando como principales factores de incidencia en la conflictividad del sector el *ingreso de las cajas de auxilio y los profesionales al FONASA*.

El acuerdo incluye un marco conceptual que va en la línea del cambio en el modelo asistencial planteado por el MSP y fue refrendado por todas las partes. La efectividad de los cambios propuestos queda sujeta a las decisiones acordadas por las comisiones. No obstante, se fijan plazos perentorios que garantizan que dichos cambios se hagan efectivos dentro de este período de gobierno.

El cambio en las condiciones del trabajo médico tiene como marco conceptual:

“Se pone un fuerte acento en mejorar la calidad de vida de la población a través de las condiciones en que el médico desarrolla su actividad profesional en la esfera laboral, impulsando estrategias de cambio orientadas a agregar valor al proceso asistencial y racionalizar la labor médica durante su ‘ciclo vital’ en aras del bienestar general.”

Sobre la base de este objetivo se pautó como punto de partida que las propuestas de cambio deben incluir un período de transición por especialidades, niveles de atención y modalidades de trabajo; diseñando diferentes alternativas donde las instituciones, en acuerdo con las gremiales médicas, “puedan seleccionar las que resulten funcionales a su tamaño, naturaleza, gestión asistencial y capacidad para alcanzar los necesarios equilibrios institucionales y laborales.”

En el marco de este acuerdo y de sus lineamientos se destacan las siguientes modificaciones en las condiciones de trabajo médico:

- Ampliación o adecuación de la carga horaria para mejorar la calidad asistencial, concentrando el empleo. A partir del 1º de julio de 2011 se extiende la carga horaria gradualmente, en algunos cargos a 44 horas mensuales y en otros a 88 horas, contemplando como plazo máximo para su cumplimiento hasta el 30 de junio de 2014.
- Redimensionamiento de la actividad médica con la finalidad de exceder la atención directa al paciente. Se establece un incremento del tiempo disponible por consulta, determinando un máximo de pacientes atendidos por hora en Policlínica, comenzando por un máximo de cinco pacientes por hora en 2011, alcanzando cuatro pacientes por hora en 2013 y tres por hora para algunas especialidades.
- Consideración de una modificación legal que establece una transición en los aportes al FONASA de los médicos amparados por Cajas de Auxilio. Quedando a consideración de las partes involucradas (empleadores y trabajadores) la última decisión respecto a este planteamiento.

- Cambio en la forma de pago, combinando una proporción de salario fijo con otro variable. Para el primer nivel de atención el pago variable se realizará a través del cumplimiento de indicadores con respecto a una población de referencia.

Se constituye una Comisión de Trabajo Médico que forma parte del Consejo de Salarios del grupo 15, integrada en forma tripartita, con representación del MSP, MTySS, trabajadores médicos y empresas del sector. El Ministerio de Salud Pública se compromete, para la efectiva ejecución del presente convenio, a la redefinición de las metas asistenciales y la integración de una comisión técnica con participación de las empresas, que pueda analizar los contenidos, implementación y avances de las metas. Se crea, además, una Comisión de Seguimiento, con el fin de realizar la evaluación y cumplimiento del convenio que pudiera suscribirse a partir de este acuerdo.

Queda planteado como desafío: “Ley de negociación colectiva: cambio en las condiciones de trabajo requiere acuerdo entre las delegaciones de trabajadores y empleadores.”

## 5. CONSIDERACIONES FINALES

---

- A partir de los datos elaborados para el informe se puede concluir en una primera instancia que en los sectores médicos, a diferencia del resto de los trabajadores, existe una mayor dotación relativa en Montevideo en relación al Interior del país. Esta relación a la vez, se revierte en el caso de la actividad de policlínica, que se refuerza en la medida que las especialidades básicas tienen un peso mayor en el Interior.
- Con relación a los aspectos salariales, el salario promedio es más alto en el Interior que en Montevideo, lo que puede darse por la necesidad de incrementar la oferta en determinadas zonas.
- Se puede afirmar que aún persiste una brecha salarial entre el sector público y privado, que puede explicarse por la composición de los médicos por especialidad en relación con la escasez de AQ en ASSE.
- En síntesis, existen 3 tipos de diferencias salariales: público-privado, Montevideo-Interior, especialidades médicas-quirúrgicas. Esto muestra la necesidad de reducir al mínimo estas diferencias de modo de mejorar la equidad en el acceso al sistema de salud. Los cambios en las remuneraciones deben dar prioridad a las especialidades requeridas por el nuevo modelo de atención. Los 3 tipos de diferencias salariales que existen actualmente responden a un modelo asistencial hospitalocéntrico y macrocefálico. Estas diferencias repercuten en la calidad asistencial y son una de las principales causas de las diferencias en las dotaciones de recursos médicos presentadas.
- Existe la necesidad de igualar los laudos entre el Sector Público y el Privado, y cambiar las condiciones de trabajo para que sean funcionales a la política sanitaria.
- Los consejos de salarios médicos de 2010 marcan el punto de partida de acciones que se tienen que focalizar: cambios en la forma de pago, cambios en las cargas horarias, funciones, definiciones de cargos, contenido de la jornada laboral, etc.
- La importancia de la firma del acuerdo médico radica en que es la primera vez que existe acuerdo en que las actuales condiciones de trabajo no favorecen el desarrollo del proceso asistencial. El acuerdo incluye un marco conceptual que va en la línea del cambio en el modelo asistencial planteado por el MSP y fue refrendado por todas las partes.
- Más allá de que la redefinición de los laudos no quedó laudada y se traslada la discusión a la comisión, se fijan plazos perentorios que intentan garantizar que los cambios se concreten en este período de gobierno.
- El cumplimiento cabal del acuerdo nos garantiza que se revise el laudo íntegramente.

## 6. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

---

ACTA CONSEJO DE SALARIOS para los Trabajadores médicos, Montevideo, 3 de noviembre de 2010, reunido el Consejo de Salarios Grupo Nº 15, Servicios de Salud y Anexos.

ÁLVAREZ, Begoña, Laura PELLISÉ y Félix LOBO, *Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE*, Seminario de Estudios Sociales de la Salud y los Medicamentos, Instituto Flores de Lemus, Universidad Carlos III, Madrid, España.

BOGORJA, Roberto, Consejos de Salarios, qué son, cómo funcionan y sus repercusiones, www...

CARRASCO, Paula y TENENBAUM, Victoria (2008), *El Mercado de Trabajo en el Sector Salud, Diferencias salariales entre el subsector público y privado*, Trabajo de investigación monográfico para la obtención del título de Licenciado en Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Universidad de la República.

Circular Informativa Nº 584: *Los Consejos de Salarios*, KPMG, 2005.

DOGLIO, Natalia y SENATORE, Luis, *Relaciones Laborales en el Uruguay progresista*, Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Presentación en Power Point.

El País digital, “Cinco claves de la negociación salarial”, [www.elpais.com.uy/formatos/iphone/seccion.asp?s=economia&n=498137&t=2&p=/10/06/27/](http://www.elpais.com.uy/formatos/iphone/seccion.asp?s=economia&n=498137&t=2&p=/10/06/27/)

ERMIDA URIARTE (2006), “La nueva legislación laboral uruguaya”, *IUSILabor* Nº 4, Derecho del trabajo y de la Seguridad Social, Universidad de la República.

IBARRA, Luis (2008), “Los Consejos de Salarios en Uruguay con el gobierno de la izquierda”, en Revista *Enfoques*, segundo semestre, año/vol. vi, número 009, Universidad Central de Chile, Santiago de Chile, pp.187-201.

LEAL CHERCHIGLIA, Mariángela et al., *Sistemas de pago y práctica médica: teoría y evidencias empíricas*, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS, 2002.

MEF, [http://www.mef.gub.uy/documentos/20100528\\_lineamientos\\_consejo\\_salarios.pdf](http://www.mef.gub.uy/documentos/20100528_lineamientos_consejo_salarios.pdf)

NOTARO, Jorge (2007), *Los Consejos de Salarios en el Uruguay 2005-2006*, Montevideo: Instituto de Economía (Serie de Documentos de Trabajo DT 04/07).

PRADERE, Gabriela et al., *Reestructura del Primer Nivel de Atención, Mercado de trabajo del sector salud*, Documentos de Trabajo de Economía de la Salud Nº 3/06, Trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud Pública y el Sindicato Médico del Uruguay, 2006.

SENATORE CAMEROTA, Luis Alberto, *Los cambios institucionales y normativos de la política laboral y su impacto sobre el sujeto sindical: el caso de Uruguay en el período 2005-2007*, Mestre em Sociología pelo Instituto de Ciencia Política de la facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República-Uruguay.

TOBAR, Federico, Nicolás ROSENFELD y Armando REALE, "Modelos de pago en servicios de Salud", en *Cuadernos Médicos Sociales*, nº 74, 1998.

7. ANEXO - SISTEMAS DE REMUNERACIÓN

SISTEMAS	Principales características	Ventajas	Desventajas	Conclusiones
<p><b>PAGO PO CAPITACIÓN</b></p>	<p>Pago que se realiza de forma prospectiva y consiste en la asignación previa, al médico, de un monto de dinero por paciente o grupo de pacientes.</p> <p><i>Principales características:</i> El médico asume el riesgo financiero (gasto estimado mediante características demográficas). Es utilizado principalmente en el primer nivel de atención.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Genera cercanía entre médico y usuario. Permite (no garantiza) dar continuidad en la relación médico-paciente que repercute positivamente en la calidad de la atención.</li> <li>2. La participación de los médicos generales en la determinación de estrategias clínicas, patrones de referencia y asignación de recursos.</li> <li>3. Mayor coordinación entre los distintos niveles de atención, hay un responsable de brindar los servicios definidos por contrato.</li> <li>4. El acceso a la atención y la libre elección del proveedor de parte del usuario, restringiendo el cambio indiscriminado de médicos, lo que facilita el seguimiento del paciente por un solo médico.</li> <li>5. La eficiencia de los costos.</li> <li>6. Sencillez administrativa.</li> <li>7. Menor competencia que en el pago por acto.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausencia de incentivos para hacer más que lo mínimo.</li> <li>2. Sin incentivos explícitos para prestar servicios preventivos.</li> <li>3. Puede estimular la “selección adversa” de beneficiarios y el “cream-skimming”.</li> <li>4. Se incentiva a aceptar más pacientes de los que se puede atender.</li> <li>5. Proporciona estímulos para “derivar” la actividad a otras áreas del sistema.</li> </ol>	<p><i>Elementos del pago prospectivo entusiasman a los médicos a desarrollar una práctica con conciencia de costo.</i></p> <p><i>Pago de carácter prospectivo puede generar problemas de subtratamiento o menor calidad en la atención.</i></p> <p><i>Comportamiento esperado: se maximiza el número de pacientes, minimizando los actos propios.</i></p>

SISTEMAS	Principales características	Ventajas	Desventajas	Conclusiones
<b>SALARIO FIJO</b>	<p>Pago que se realiza de forma prospectiva. No genera ningún tipo de incentivo económico que altere la calidad o cantidad de servicios brindados, por ser independiente de la cantidad de pacientes atendidos.</p> <p><i>Principales características:</i> El médico es quien asume el riesgo financiero (es un gasto estimado mediante características demográficas).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se reduce la competencia entre médicos porque la mayor cantidad de pacientes no significa mayores beneficios económicos y esto podría generar una mayor dedicación por paciente.</li> <li>2. Alta previsibilidad (facilita la administración y el control de costos).</li> <li>3. No obstaculiza la cooperación "horizontal" (entre colegas).</li> <li>4. No estimula la sobrestimación.</li> <li>5. Ya que el resto de los trabajadores de la salud básicamente trabajan a través del pago por salario, este tipo de pago para los médicos permitiría homogeneizar la forma de remuneración entre trabajadores médicos y no médicos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Puede derivar en peor calidad de la atención porque la remuneración no se asocia al rendimiento.</li> <li>2. Reducción del número de consultas para minimizar el esfuerzo por parte del médico.</li> <li>3. Se genera una relación poco fluida entre el médico y el paciente.</li> <li>4. Selección de pacientes de bajo riesgo por conveniencia para el médico.</li> <li>5. No incentiva la productividad.</li> <li>6. Introduce presiones para el incremento de personal (cargas horarias o jerarquización). Por lo tanto mantiene los ingresos y reduce las cargas de trabajo individuales.</li> <li>7. Independiza la cantidad y calidad de los servicios de las remuneraciones, lo que puede insensibilizar al prestador respecto a las preferencias de los pacientes.</li> <li>8. Aumenta el peso relativo de los costos fijos.</li> </ol>	<p><i>Elementos del pago prospectivo entusiasman a los médicos a desarrollar una práctica con conciencia de costo.</i></p> <p><i>Pago de carácter prospectivo que puede generar problemas de subtratamiento o menor calidad en la atención.</i></p> <p><i>Comportamiento esperado: el profesional buscará maximizar el tiempo no asistencial y minimizar las cargas de trabajo.</i></p>

SISTEMAS	Principales características	Ventajas	Desventajas	Conclusiones
AGO POR ACTO	<p>Pago por servicio o procedimiento (fee for service): forma de pago retrospectiva (se realiza luego de realizada la actividad). En este sistema existe competencia entre los médicos por la captación de pacientes y puede existir inducción de demanda innecesaria de la cantidad de servicios.</p> <p><i>Principales características:</i> El paciente deposita confianza en el médico sobre la cantidad óptima de consultas y los médicos pueden tener como objetivo alcanzar un nivel de ingresos que es independiente de dichas necesidades. Forma de remuneración que responde a un modelo de atención basado en lo curativo y no en la prevención.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejora en la productividad, tanto en términos de pacientes atendidos como de servicios brindados.</li> <li>2. El médico maximiza su esfuerzo de atención y quiere atender pacientes de mayor complejidad y realizar tratamientos de superior dificultad, la buena atención permite que el paciente retorne o recomiende sus servicios.</li> <li>3. Se genera poca derivación de consultas porque el interés está en la concentración de los servicios y tratamientos.</li> <li>4. Alta satisfacción de los médicos (dependiendo de la tarifa fijada por acto) por el incremento de las remuneraciones.</li> <li>5. Amplio control del precio: el cálculo de la remuneración es simple.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inducción de demanda generada por los médicos puede llevar al sobretratamiento o a la concentración de servicios en las actividades que son más rentables.</li> <li>2. Mayores costos para la empresa aseguradora (pago médico, servicios, costos administrativos). Si el paciente percibe mejor atención tendrá mayor disposición a mayor demanda cuando el pago lo efectúa la empresa aseguradora.<sup>25</sup></li> <li>3. No permite controlar la cantidad de la producción y el gasto total (funciona como un “cheque en blanco”).</li> <li>4. Aumento de pacientes con relación al tiempo de atención, provocando peor calidad de la atención.</li> <li>5. Incentiva la sobrefacturación.</li> <li>6. Desincentiva prácticas más costo-efectivas como la prevención. Tiene poca visión integral sobre el proceso salud-enfermedad e induce al médico a despreocuparse por la causa u origen del problema detectado.</li> <li>7. Requiere numerosos controles para su gestión.</li> </ol>	<p><i>Elementos del pago retrospectivo incentivan a los médicos a aceptar pacientes de riesgo y a mantener una práctica de propósitos más amplios.</i></p> <p><i>Pago retrospectivo que puede generar sobretratamiento o inducción de demanda (fenómeno opuesto a las anteriores).</i></p> <p><i>Comportamiento esperado: el número de actos producidos dependerá del precio (ingreso marginal) y de los costos marginales de cada procedimiento específico. El efector tendrá incentivos a aumentar el número de actos siempre que el ingreso marginal supere el costo marginal.</i></p>

<sup>25</sup> Existen casos en que la empresa puede generar mecanismos de control como establecer un tope de remuneración por encima del cual no se pagan los actos realizados. (CARRASCO-TENENBAUM)



SISTEMAS	Principales características	Ventajas	Desventajas	Conclusiones
REMUNERACIONES IXTAS	<p>Existen posibles combinaciones entre las tres formas de remuneración analizadas. Los diferentes sistemas mixtos intentan combinar formas de remuneración fijas con variables:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El pago por <i>salario fijo</i> combinado con el <i>pago por acto</i>.</li> <li>2. El <i>pago por capitación</i> combinado con el <i>pago por acto</i>.</li> </ol> <p>El <i>pago por presupuesto</i> combinado con el <i>pago por acto</i> (para pago de médicos especialistas).<sup>26</sup></p>	<p><i>Salario fijo combinado con pago por acto</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Previsibilidad del gasto (mayor que en el pago por acto y menor que en el pago por salario).</li> <li>2. Mayor productividad y motivación de los recursos humanos en un marco laboral más estable y cooperativo.</li> <li>3. Alta capacidad de focalizar el gasto en acciones efectivas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incorpora nuevas exigencias en el control de gestión.</li> <li>2. Puede estimular fraudes.</li> </ol>	<p><i>Las remuneraciones mixtas intentan mitigar algunos de los problemas señalados en las tres formas de pago descritas.</i></p> <p><i>La eficiencia técnica que se logre dependerá de la definición de producto y de las formas de medición que se adopten. Si el producto es una combinación de aspectos cuantitativos y cualitativos los resultados pueden ser favorables.</i></p>

<sup>26</sup> LEAL CHERCHIGLIA, Mariángela et al., *Sistemas de pago y práctica médica: teoría y evidencias empíricas*, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS, 2002.