

8ª Convención Médica Nacional
Entre todos, un Uruguay saludable

MERCADO DE TRABAJO MÉDICO

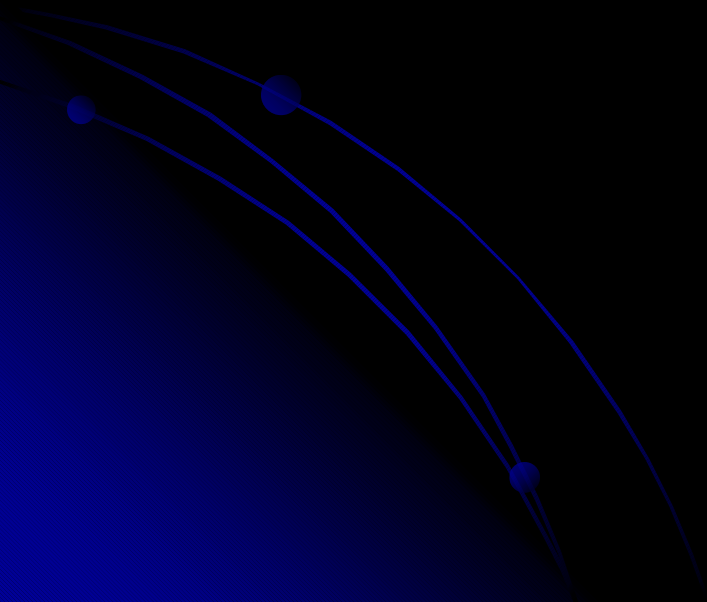


EC. LUIS LAZAROV

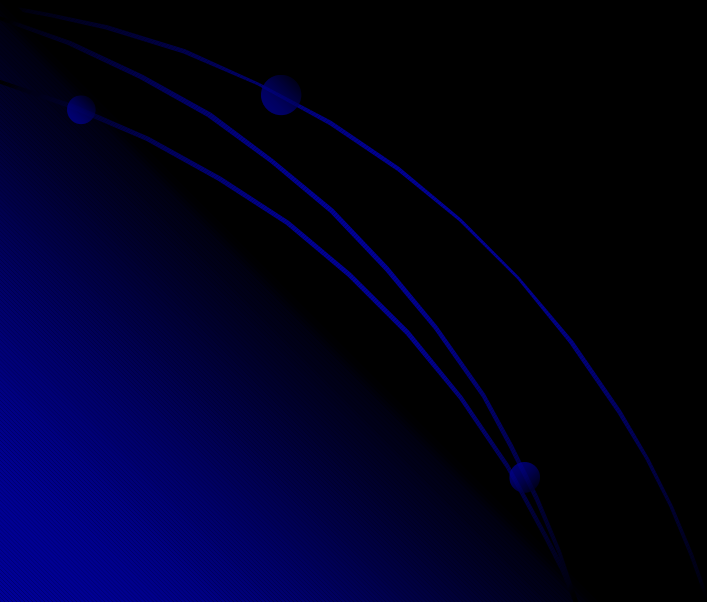
ASESOR SMU

15 de julio de 2004

I. EMPLEO



CARGOS ASSE



CARGOS EN ASSE: MÉDICOS Y NO MÉDICOS

2. PERSONAL DEL MSP/ASSE SEGÚN MODO DE RETRIBUCIÓN

Concepto	Nº	%
1. Personal sólo con sueldo MSP/ASSE	11.899	62,7
2. Personal incentivado CON sueldo MSP/ASSE	4.666	24,6
3. Personal Incentivado SIN Sueldo MSP/ASSE	2.399	12,7
Total clasificado	18.964	100,0
Total planilla	18.991	
Diferencia no identificada para clasificar	27	

1. **MÉDICOS:** 4.034 en un total 18.991 funcionarios => **21%**

2. **NO MÉDICOS:** Representan el restante => **79%**

PREGUNTA

¿Cuál debería ser la relación adecuada entre cargos **MÉDICOS** y **NO MÉDICOS** en **ASSE**?

CARGOS MÉDICOS DE ASSE

MÉDICOS SEGÚN MODO DE RETRIBUCIÓN	Nº MÉDICOS			
	ASSE sin Incentivo	Incentivo CON ASSE	Incentivo SIN ASSE	Total
TOTALES	1.983	1.490	557	4.030
%	49,2	37,0	13,8	100,0

La distribución entre los médicos incentivados en ASSE y los médicos que sólo cobran su salario, es:

50% incentivados.

50% sin incentivos.

En el **PROGRAMA DE INCENTIVOS**, dos funcionarios del mismo servicio, cumpliendo igual función: uno puede estar incentivado y el otro no

PREGUNTA

¿Debería eliminarse el **PROGRAMA DE INCENTIVOS** en **ASSE**?

* Con respuesta **AFIRMATIVA**:

¿Cuál debería ser el régimen que lo **SUSTITUYA** a futuro?

CARGOS MÉDICOS DE ASSE

CONCEPTO	Nº MÉDICOS						NIVEL
	TOTAL	GRADO				%	
		8	9	Otros	Total		
TOTALES	4.034	2.101	448	598	3.147	78	129
%	21	67	14	19	100		

El **GRADO 8 (de ingreso) DEL ESCALAFÓN A** concentra el **70%** de los cargos médicos, lo que demuestra claramente la inexistencia de la carrera funcional.

PREGUNTA

¿La forma más adecuada de **INGRESAR** y **ASCENDER** en la **CARRERA FUNCIONAL** de **ASSE** sigue siendo la que estipula la normativa?

* Con respuesta **NEGATIVA**:

¿Cuál debería ser el criterio **SUSTITUTIVO** en un proceso de cambio futuro?

CARGOS MÉDICOS DE ASSE

CONCEPTO	NÚMERO DE MÉDICOS - VÍNCULO LABORAL											
	Comisión de apoyo		Contratado		Presupuestado				Suplente	Otros	Total	
	Local	068	Patronato	410	Anual	Simple	Concurso	Interino				Titular
TOTALES	37	488	43	533	328	668	27	1.045	133	662	70	4.034
%	1	12	1	13	8	17	1	26	3	16	2	100

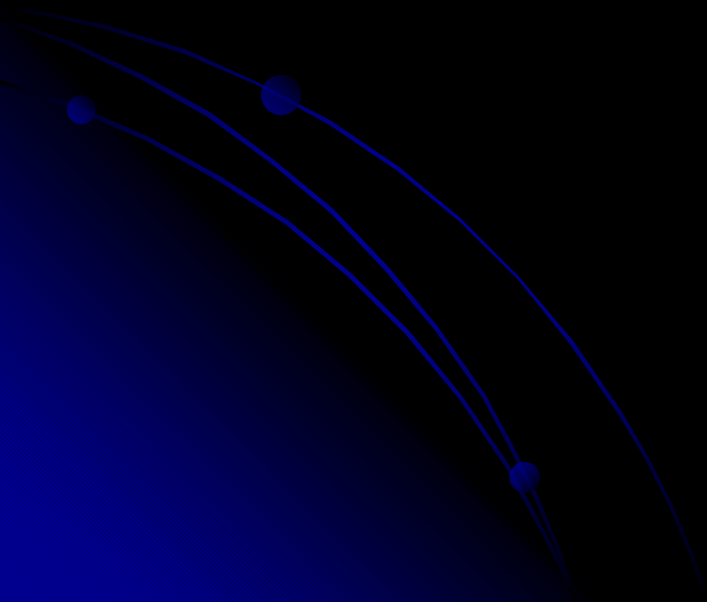
La **MULTIPLICIDAD DE FORMAS DE VINCULACIÓN JURÍDICA Y LABORAL DEL MÉDICO CON ASSE**, no contribuye a flexibilizar la gestión ni a alcanzar mejores resultados; complica el sistema, su control, la ejecución de una política de RRHH razonable.

PREGUNTA

La diversidad de formas jurídicas de contratación:

¿Tiene que ver con la **RIGIDEZ** que impone la **ADMINISTRACIÓN CENTRAL** para **PRODUCIR SERVICIOS** o es responsabilidad de quienes **DIRIGEN** el MSP/ASSE?

CARGOS IAMC



RELACIÓN DE DEPENDENCIA: ACTIVIDAD EN PLANILLA

RELACIÓN: MÉDICOS – NO MÉDICOS. MONTEVIDEO

Nº CARGOS Y PESO RELATIVO POR CATEGORÍA LABORAL. 16 IAMC MONTEVIDEO. 6/00				
Categoría laboral	Total cargos	% sobre Total	Func. p/médico	RRHH c/mil afiliados
1. Médicos	9.574	35	1	10
2. No médicos	17.214	64	1,8	18
2.1. Enfermería	6.189	23		6
2.2. Técnicos No Médicos	2.998	11		3
2.3. Administrativos	3.675	14		4
2.4. Otros	4.352	16		5
3. Gerentes y Asesores	193	1	0,02	0
Nº funcionarios total	26.981	100		28
Nº Afiliados	967.063			

1. MÉDICOS: => 35%

2. NO MÉDICOS: => 64%

PREGUNTA

¿Cuál debería ser la relación adecuada entre cargos **MÉDICOS** y **NO MÉDICOS** en las **IAMC**?

CARGOS PERDIDOS Y EN RIESGO DE PERDERSE...

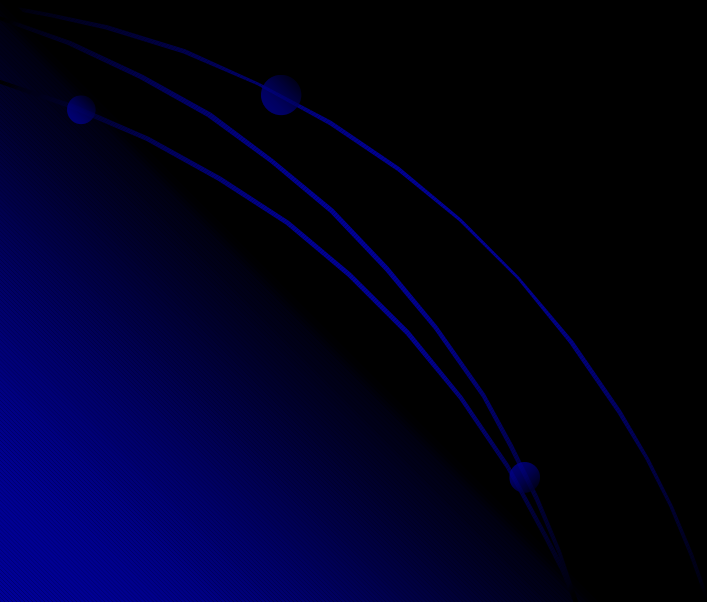
SITUACIÓN MÉDICOS EN ACTIVIDAD EN IAMC MONTEVIDEO. 2003	
IAMC MONTEVIDEO 2001	Nº Médicos
Grupo 1: Cerradas 2001 (MIDU – COMAEC)	344
Grupo 2: Cerradas 2002 (OCA Larghero-CCM)	318
Grupo 3: Cerrada 2004 (CIMA)	377
Sub-Total	1.039
Grupo 4: Riesgo de cierre (tres IAMC)	1.661
Total	2.700
Total cargos Médicos IAMC Montevideo	9.574
Total cargos Médicos IAMC Montevideo - (Grupo 1 + Grupo 2 + Grupo 3)	8.535
Porcentaje en riesgo:	19%
$(\text{Grupo 4}) / [(\text{Total Médicos IAMC Mvdeo.} - (\text{Grupo 1} + \text{Grupo 2} + \text{Grupo 3})]$	
Fuente: Informes de MSP de marzo de 2001	

En la actual Administración (2000-2004), **1.440 MÉDICOS** han perdido cargos en las IAMC, y un **19%** corre riesgo de perderlos

PREGUNTA

¿Debería modificarse el rumbo **REFORMANDO EL SISTEMA** y el **MERCADO DE TRABAJO** en el proceso de cambio, o dejar que los **ACTORES** y el **MERCADO** continúen procesando el ajuste?

PRECARIZACIÓN DEL TRABAJO MÉDICO



PRECARIZACIÓN DEL TRABAJO MÉDICO

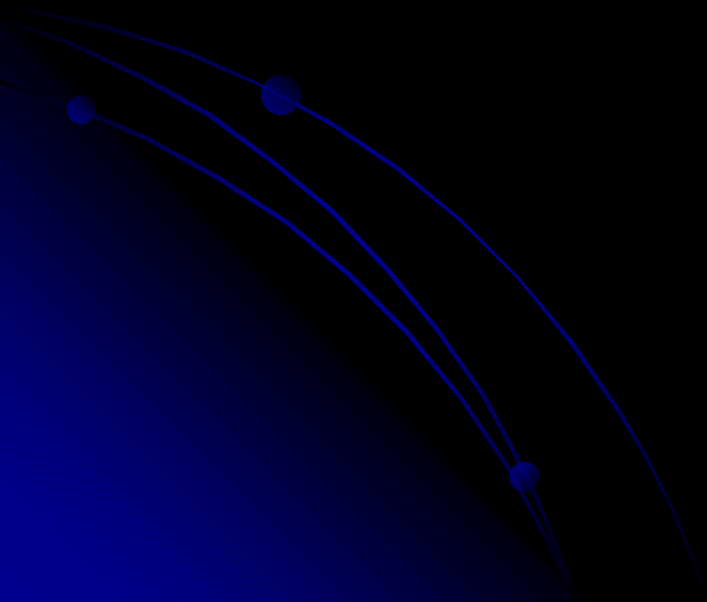
La **PRECARIZACIÓN** del trabajo (ejemplo: tercerizaciones) es un fenómeno que crece en el actual escenario, a partir de la contratación fuera de la relación de dependencia.

PREGUNTAS

La **TERCERIZACIÓN**: ¿Debería **COMBATIRSE** aunque se pierdan oportunidades de empleo, o se debería **DEFINIR UNA ESTRATEGIA COMÚN** para maximizar la cobertura de riesgos del médico y asegurar un nivel de ingresos comparable con lo que se percibiría por igual actividad en relación de dependencia?

A propósito: ¿No debería analizarse el actual **SISTEMA DE COBERTURA GENERAL DE RIESGOS DE LOS MÉDICOS**, para racionalizarlo y/o simplificarlo tendiendo a aliviar los aportes actuales?

MULTIEMPLEO



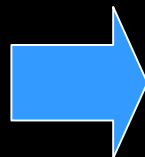
DIVERSAS FUENTES Y CÁLCULOS DE MULTIEMPLEO

Según el **MSP**, el **MULTIEMPLEO DENTRO DEL SISTEMA IAMC**, para el año 2000 en 12 IAMC de Montevideo (sin el cierre de las 8 IAMC), era:

En resúmen	SMU	SAQ	Total
Cargos por persona	1,43	1,93	1,56

Según el **SMU**, Encuesta 1998, el **MULTIEMPLEO GLOBAL** era:

MÉDICOS IAMC PAÍS	
Nº Cargos	% entrevistados
1	16
2	33
3	28
4	14
5	6
6	1
7	0
8	1
No trabaja	1
Total	100
Promedio cargos	2,6



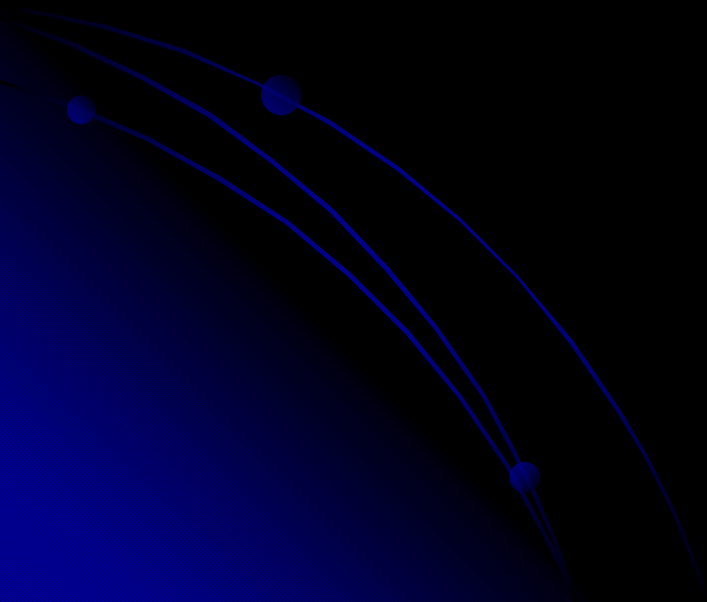
PREGUNTA

¿Cuál debería ser la característica predominante del **TRABAJO**

MÉDICO: el **MULTIEMPLEO** o el **MONOEMPLEO** con determinadas condiciones para su consolidación?

UNA RESPUESTA POSIBLE SE ESBOZARÁ EN LA 2ª PARTE DE LA EXPOSICIÓN

ESPECIALIZACIÓN



TÍTULOS DE POST-GRADO

Según el **SMU** (Encuesta de '98), un **66%** de los médicos tiene al menos un título de post-grado, y el **12%** cuenta con dos especialidades.

En el total de médicos activos, la **MITAD** son **MÉDICOS GENERALES** y la otra **MITAD** son **ESPECIALISTAS** (cuadro)

DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS: GENERALES Y ESPECIALISTAS

Año	Medicina general		Especialidades		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
98	6526	52	5968	48	12.494	100
99	6730	52	6091	48	12.821	100
00	6781	53	6080	47	12.861	100
01	6969	53	6110	47	13.079	100
02	7104	54	6151	46	13.255	100

Nota: se incluyen hasta tres especialidades por médico

PREGUNTA

¿Debería determinarse un **NIVEL DE ESPECIALISTAS ADECUADO** para el futuro?

1.a. Con **RESPUESTA NEGATIVA**:

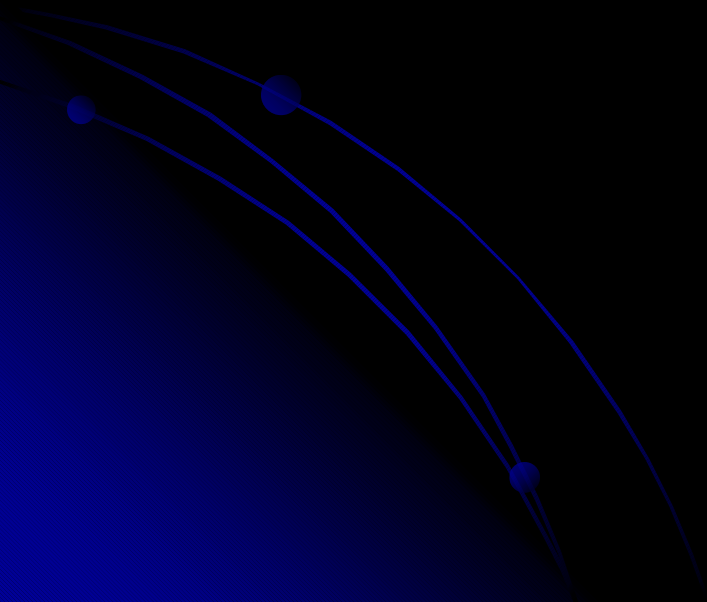
¿Cómo reorientar el modelo asistencial con énfasis en el primer nivel?

1.b. Con **RESPUESTA AFIRMATIVA**:

¿Cuál debería ser el **CRITERIO PARA DETERMINAR** el nivel y grado de especialización adecuado para mantener el equilibrio a futuro?

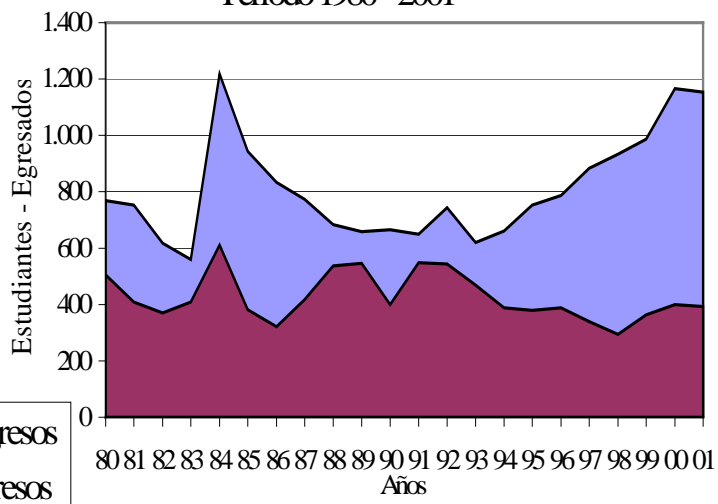
¿**QUIÉN** debería hacerlo?

OFERTA MÉDICA



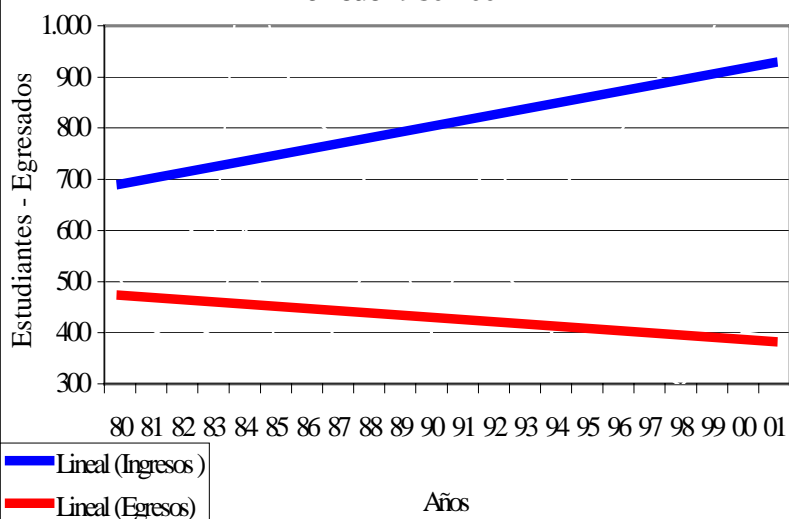
PASADO Y FUTURO DE LA OFERTA MÉDICA

Ingresos - Egresos Facultad de Medicina.
Período 1980 - 2001

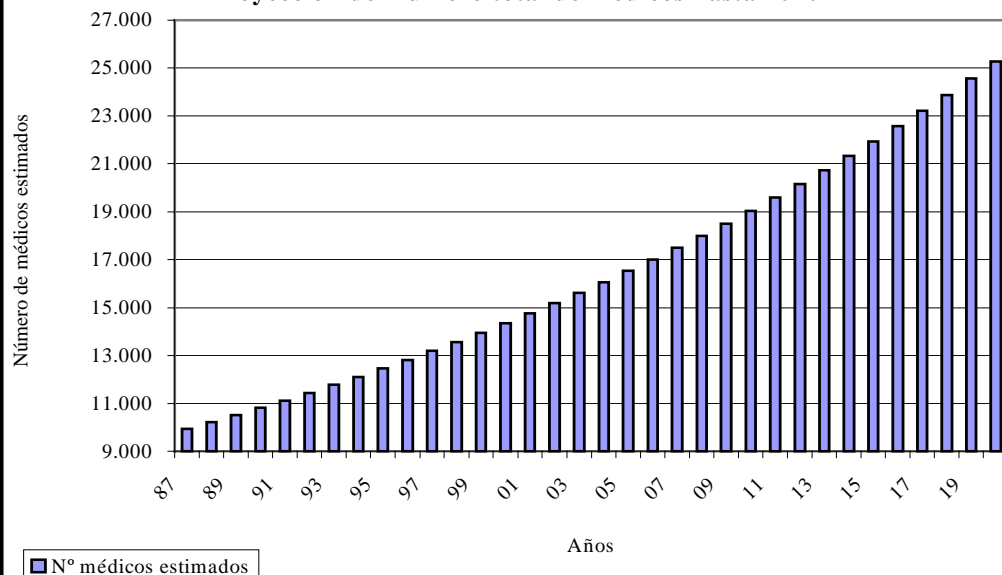


El **NÚMERO DE MÉDICOS** total crece a un promedio anual proyectado de un **2,8%**; de mantenerse los mismos factores críticos que explican este crecimiento en el pasado, para el año **2020** se excederían los **25.000 MÉDICOS**: un **AUMENTO del 66%** con relación a la actualidad

Tendencias ingreso y egreso Facultad de Medicina
Período 1980-2001



Proyección del número total de médicos hasta 2020



OFERTA MÉDICA CADA 10 MIL HABITANTES COMPARADA

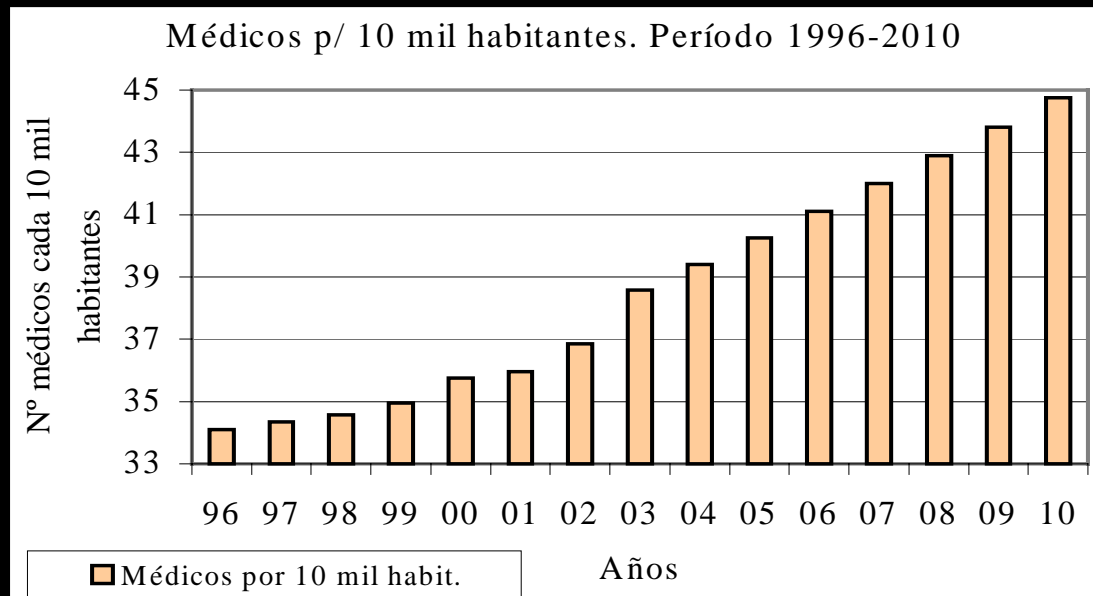
NÚMERO DE MÉDICOS POR HABITANTES

Nº de médicos por cada 10 mil habitantes	1992	1997
Cuba	43,34	53,04
Uruguay	36,84	37,03
Argentina	26,83	26,84
EEUU	24,52	27,9

Fuente: OPS, "La salud de las Américas", ediciones: 98 y 99

De los cuatro países que cuentan con una mayor cantidad de médicos por habitantes en la región, nuestro país se ubica en **SEGUNDO LUGAR**

OFERTA MÉDICA CADA 10 MIL HABITANTES PROYECTADA



La proyección del número de médicos por habitante no altera la percepción del **CRECIMIENTO SOSTENIDO** de la oferta médica con relación a la demanda.

RELACIÓN: OFERTA MÉDICA- PERSONAL DE ENFERMERÍA

RELACIÓN MÉDICOS-ENFERMEROS. Año 1999			
Profesionales de la salud cada 10.000 habitantes			
País	Médicos	Enfermeros	Relación: Médicos por enfermero
Cuba	58	17	3,4
Uruguay	37	7	5,3
EEUU	28	97	0,3
Argentina	27	5	5,4
Canadá	23	90	0,3
México	16	11	1,5
Costa Rica	15	11	1,4
Brasil	14	5	2,8
Chile	13	10	1,3
Colombia	9	4	2,3
Paraguay	5	1	5,0

URUGUAY encabeza el número de médicos por enfermero, mientras que países como **EEUU** y **CANADÁ** están en el otro extremo de la relación.

PREGUNTA

¿Debería determinarse un **NÚMERO DE MÉDICOS ADECUADO** para el futuro?

1.a. Con **RESPUESTA NEGATIVA**:

¿Cómo reabsorber la desocupación médica futura?

1.b. Con **RESPUESTA AFIRMATIVA**:

¿Cuál debería ser el **CRITERIO PARA DETERMINAR** el número de médicos adecuado para mantener el equilibrio a futuro?

¿**QUIÉN** debería hacerlo?

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFERTA MÉDICA

Ubicación geográfica de médicos en actividad

Año	Montevideo			Interior			Total			Médicos por 10.000 habit. Relac. Mvdeo-Interior
	Médicos		Médicos por 10.000 habit.	Médicos		Médicos por 10.000 habit.	Médicos		Médicos por 10.000 habit.	
	Nº	%		Nº	%		Nº	%		
96	8.853	80	64	2.197	20	12	11.050	100	34	5,45
97	8.935	80	65	2.274	20	12	11.209	100	34	5,37
98	8.980	79	65	2.373	21	12	11.353	100	35	5,22
99	9.050	78	66	2.490	22	13	11.540	100	35	5,06
00	9.267	78	67	2.611	22	13	11.878	100	36	4,99
01	9.266	77	67	2.745	23	14	12.011	100	36	4,79
02	9.544	77	69	2.844	23	14	12.388	100	37	4,80

Fuente: Padrón médico nacional.

Es notoria la **CONCENTRACIÓN** de médicos en la Capital =>
 Por **CADA MÉDICO** del **INTERIOR** hay **5** en **MONTEVIDEO**...

PREGUNTA

¿Debería existir una **POLÍTICA PÚBLICA** orientada a la distribución regional de los médicos?

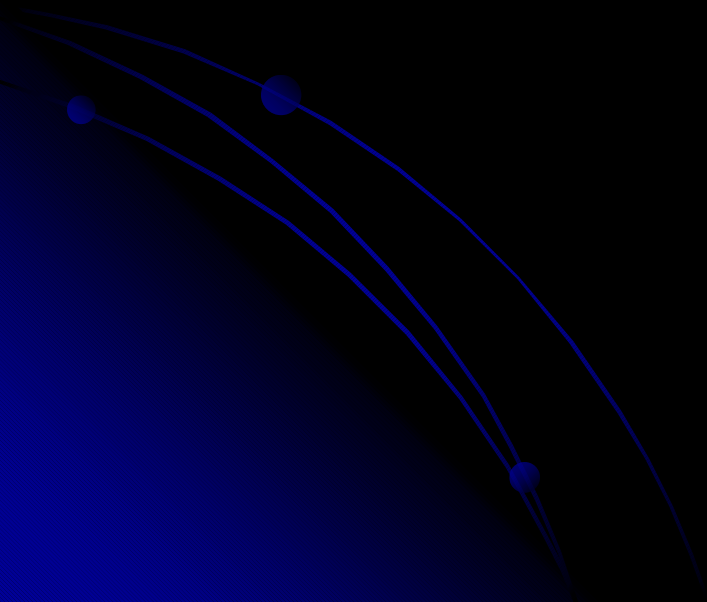
Con **RESPUESTA AFIRMATIVA**: ¿Cuál debería ser **ESA POLÍTICA** y cómo debería ejecutarse?

CONCLUSIÓN SOBRE EMPLEO

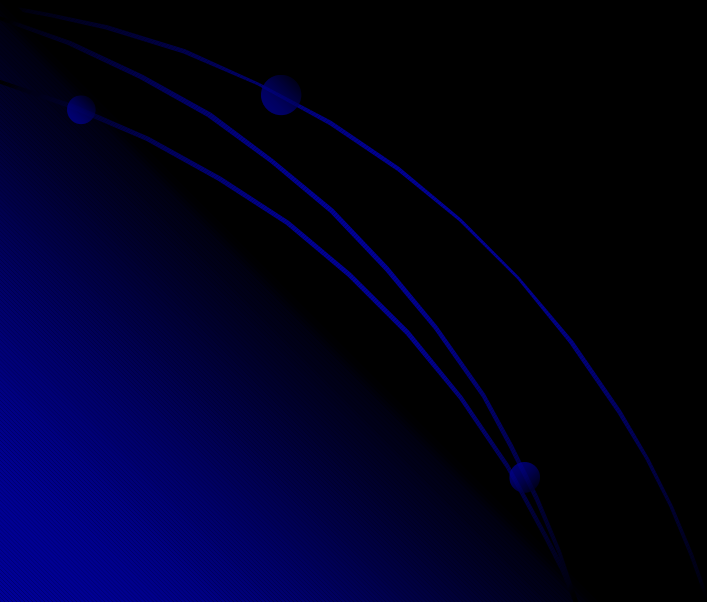
Existe una tendencia creciente del número de médicos para la próxima década y media, lo que provocará una mayor desocupación médica (con similares condiciones epidemiológicas y modelo asistencial).

En la actualidad se evidencian síntomas de creciente subocupación y desocupación médica, a partir del cierre de instituciones (IAMC), conflictos en empresas que concluyen con pérdidas de fuentes de trabajo y entidades cuya estabilidad de corto plazo es dudosa, sin que se vislumbren opciones que “generen” nuevas posibilidades de empleo sustentables a mediano y largo plazo.

II. REMUNERACIÓN



ASSE



ESTRUCTURA: PARTICIPACIÓN REMUNERACIONES EN EL GASTO. 2002

GASTO ASSE 2002

OBJETOS	TOTAL	
	Millones \$	%
Insumos (medicamentos, materiales, etc.)	621	18
Otros gastos de funcionamiento	965	28
Remuneraciones globales	1.796	51
Inversiones	108	3
Total general	3.491	100

Fuente: Sub-secretaría de ASSE

PREGUNTA

¿Cuál es el **PORCENTAJE** de sus gastos que debería destinar ASSE a **REMUNERACIONES**?

ESTRUCTURA SALARIAL ASSE. JUNIO 2002

GLOBAL

MONTOS DE REMUNERACIÓN SEGÚN ENTIDAD DE ORIGEN		
Conceptos monetarios	Monto (miles de \$)	%
1. MSP / ASSE	73.768	66
2. Programas incentivados	37.911	34
2.1 Comisión de Apoyo 068	27.821	25
2.2 Comisión de Apoyo Local	4.420	4
2.3 Patronato del Psicópata	5.670	5
Total según acumulación por rubros	111.679	100

MÉDICA

MONTOS DE REMUNERACIÓN MÉDICA SEGÚN ENTIDAD DE ORIGEN		
Conceptos monetarios	Monto (miles de \$)	%
1. MSP / ASSE	14.577	49
2. Programas incentivados	15.282	51
2.1 Comisión de Apoyo 068	11.983	40
2.2 Comisión de Apoyo Local	1.702	6
2.3 Patronato del Psicópata	1.598	5
Total según acumulación por rubros	29.859	100

1. **MÉDICOS:** \$ 30 millones en \$ 112 millones => **27%**

2. **NO MÉDICOS:** Representan el restante => **73%**



ESTRUCTURA SALARIAL MÉDICA ASSE. JUNIO 2002

CONCEPTOS	MÉDICOS SEGÚN MODO DE RETRIBUCIÓN			
	ASSE sin Incentivo	Incentivo CON ASSE	Incentivo SIN ASSE	Total
Montos globales (miles de \$)	8.709	16.268	4.881	29.859
%	29,2	54,5	16,3	100,0
Promedio por médico (miles de \$)	4	11	9	

PREGUNTAS

¿Cuál debería ser la **PARTICIPACIÓN** de la actividad **MÉDICA** y la **NO MÉDICA** en el total de las retribuciones de ASSE?

¿Cuál debería ser el **MODO DE REMUNERAR** a los RRHH de ASSE?

¿Tiene sentido el pago a través de **COMISIONES de APOYO**?

¿Siguen siendo válidos los fundamentos que dieron lugar a la creación de los **PROGRAMAS INCENTIVADOS** dada su aplicación actual?

* Teniendo en cuenta la rigidez presupuestal de ASSE como parte de la Administración Central: ¿Cómo **UNIFICAR** los mecanismos de remuneración a nivel sistémico en el marco de una reforma de sanitaria?

SALARIO MÉDICO ASSE. 2003-2004

SUELDO MÉDICO ASSE (sin incentivo). 6.03		
Conceptos	\$	U\$S
1. Sueldo Base	1.338	50
2. Art.50 Presupuesto 85. (creciente con el grado)	363	14
3. Asiduidad	-	-
4. Compensación adicional	47	2
5. Compensación MSP	256	10
6. Compensación tabla (inversa al grado)	460	17
7. Aumento especial	96	4
8. Productividad médica	485	18
9. Aumento 6,95 %	132	5
10. Aumento 1 / 94: 3,87 %	99	4
11. Compensación p/reforma D	115	4
Total	3.390	127

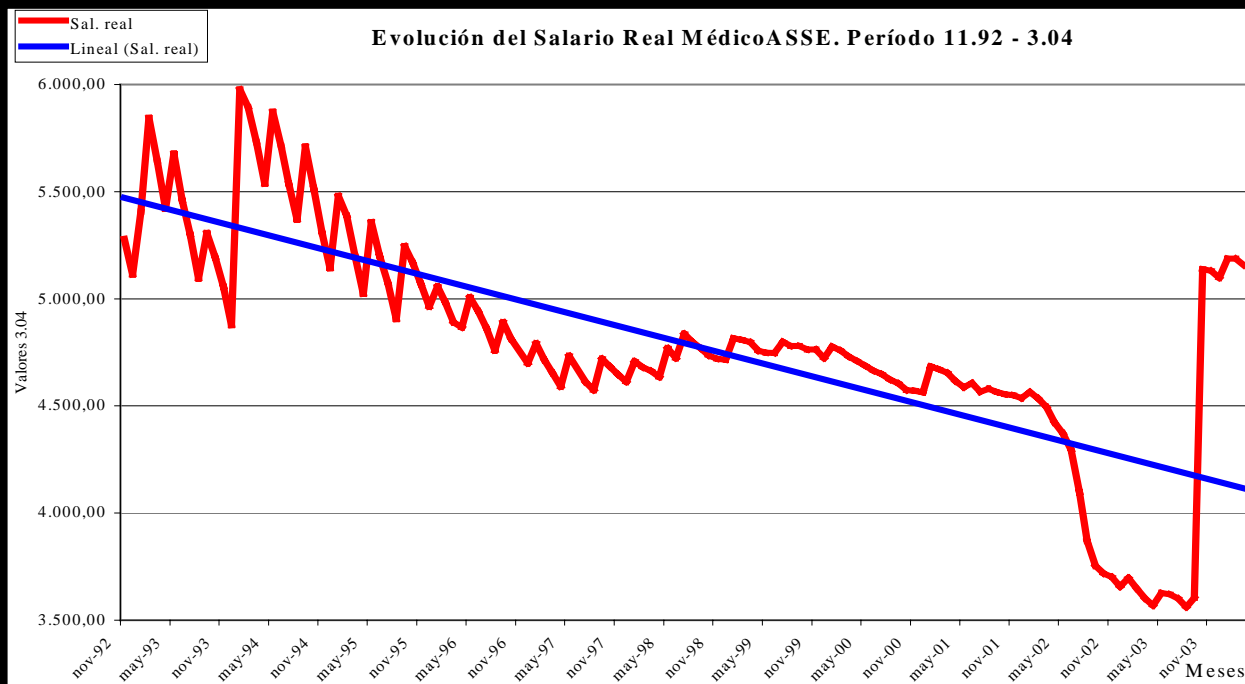
SUELDO MÉDICO ASSE (sin incentivo). 4.04		
Conceptos	\$	U\$S
1. Sueldo Base	1.419	47
2. Art.50 Presupuesto 85. (creciente con el grado)	385	13
3. Asiduidad	-	-
4. Compensación adicional	50	2
5. Compensación MSP	271	9
6. Compensación tabla (inversa al grado)	488	16
7. Aumento especial	102	3
8. Productividad médica	514	17
9. Aumento 6,95 %	140	5
10. Aumento 1 / 94: 3,87 %	105	4
11. Compensación p/reforma D	122	4
12. Partida por reestructura primer nivel de atención	1.560	52
Total	5.157	172

PREGUNTA

¿Cuál es la **RACIONALIDAD** de la composición y el nivel de la remuneración de ASSE?

¿ Es posible su **READECUACIÓN** en una eventual reforma del sistema?

EVOLUCIÓN SALARIAL MÉDICA EN ASSE. 1992 - 2004

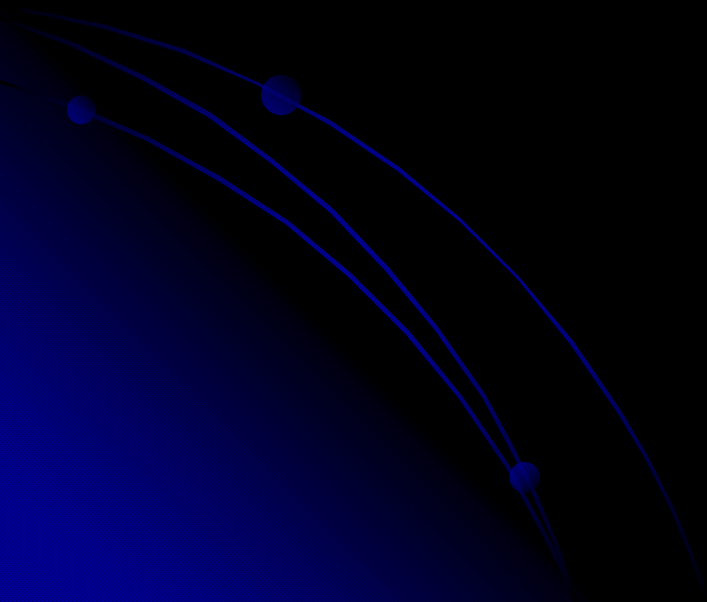


Se verifica una **FUERTE CAÍDA EN EL VALOR REAL DEL SALARIO MÉDICO**, sin considerar los cargos que cobran partidas por Comisiones de Apoyo.

PREGUNTA:

¿Es razonable continuar **AJUSTANDO EL SALARIO DE ASSE** de acuerdo a las pautas que fija el Poder Ejecutivo para la Administración Central, teniendo en cuenta la caída persistente del salario real?

SECTOR PÚBLICO



COMPARACIÓN: SALARIO MÉDICO DEL SECTOR PÚBLICO

Tabla comparativa: valor hora de actividad médica en consultorios

Institución	(\$) Hora			Relación: salario MSP		
	1994	1997	1998	1994	1997	1998
Años						
1. M.S.P.	17,15	30,80	33,95	1,00	1,00	1,00
2. B.P.S.	48,50	65,39	84,41	2,83	2,12	2,49
3. A.N.C.A.P	31,45	91,08	98,30	1,83	2,96	2,90
4. I.M.M.	38,30	144,78	108,41	2,23	4,70	3,19
5. I.A.M.C.	91,25	234,23	259,91	5,32	7,60	7,66
6. BANCA ESTATAL:						
a. Banco República	74,00	190,39	220,11	4,31	6,18	6,48
b. Banco Hipotecario	74,00	190,39	220,11	4,31	6,18	6,48
c. Banco de Seguros	87,00	255,47	295,35	5,07	8,29	8,70

Notas: Sueldos con vigencia mayo 1998.-

1. MSP: Escalafón A, Grado 8 (de ingreso). 80 hs. Mes.

2. BPS: Escalafón Profesional; Grado 17, Sueldo Básico, grado de ingreso. 140 hs. Mes.

3. ANCAP: Escalafón L médico, Categoría 1, Medicina General, grado de ingreso; 80 hs. Mes.

4. IMM: 1994,1997: Profesional A II, Gdo. 1; 1998: Gdo. 15,

Sistema Integrado de Remuneraciones (SIR). 120 hs. Mes

5. IAMC: Sueldo Base Médico + Total Actos Médicos Policl. Medic. Gral. (26 hs. mes / 156 pactes.)

6. Banca Estatal (BHU, BROU): Gepu 46 (Grado Escala Patrón Unica). 130 hs. Mes.

6. Banca Estatal (BSE): Gepu 37,4. Corresponde a 72 hs. Mes.

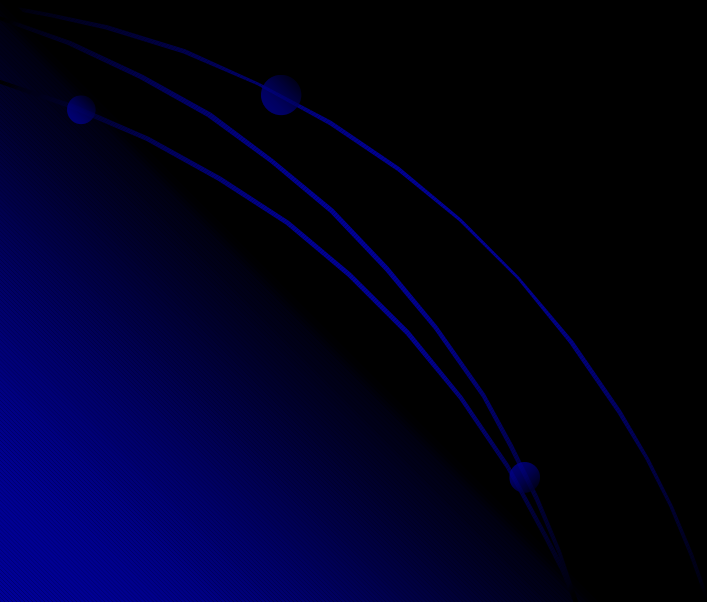
PREGUNTAS:

¿Cuál debería ser el valor de la hora médica en el **SECTOR PÚBLICO**?

¿Debería **EQUIPARARSE** entre los distintos efectores?

Teniendo en cuenta que la Administración Central –MSP/ASSE- se debe ajustar a las exigencias del **RUBRO 0** ¿Es posible la **EQUIPARACIÓN**?

IAMC



ESTRUCTURA: PARTICIPACIÓN SALARIO GLOBAL EN INGRESOS. 90-02

Participación relativa sobre ingresos. Según ubicación regional. En %

REMUNERACIONES PERSONALES (Relación de dependencia)

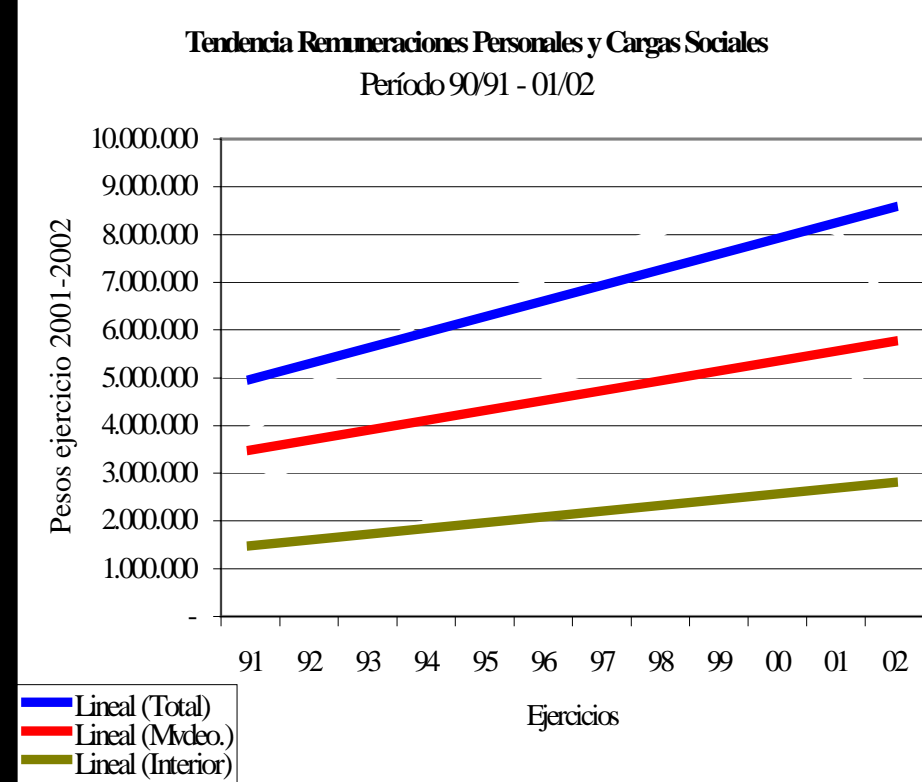
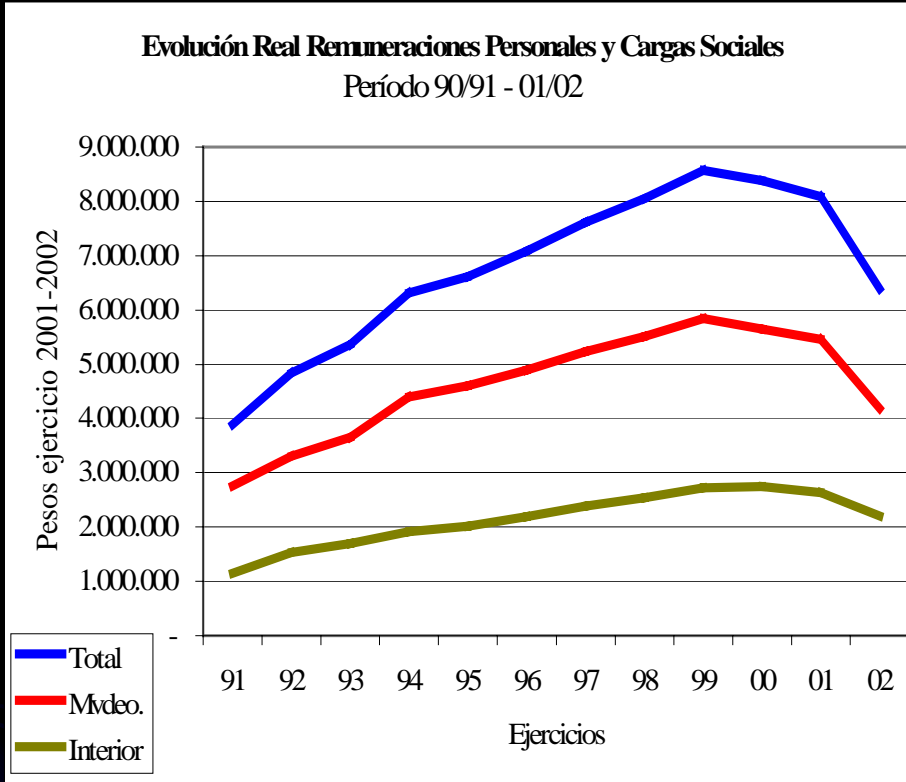
Ejercicio	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02
País	51,3	54,6	55,6	59,2	59,1	56,1	55,7	54,8	55,4	54,6	53,0	49,9
Montevideo	51,4	54,4	55,2	59,9	60,2	56,7	56,6	55,9	56,8	55,4	53,6	51,4
Interior	51,2	54,9	56,7	57,8	56,8	54,9	53,8	52,4	52,5	53,1	51,9	47,2

En el ejercicio 2001 – 2002 se da la **MENOR PARTICIPACIÓN** de las **REMUNERACIONES PERSONALES GLOBALES** en el total de los **INGRESOS IAMC** en los últimos 12 años: **50%**

PREGUNTA

¿Cuál es el **PORCENTAJE** de sus ingresos que deberían destinar estas instituciones de cobertura sanitaria a **REMUNERACIONES?**

EVOLUCIÓN DEL SALARIO REAL GLOBAL EN LAS IAMC. 90-02



Los SALARIOS REALES GLOBALES EN IAMC:

- CAEN entre 2000 y 2002 (1º gráfico)

PAÍS => 24% ; MONTEVIDEO => 26% ; INTERIOR => 19%

- CRECEN entre 1990 y 2002 (2º gráfico):

PAÍS => 64% ; MONTEVIDEO => 52% ; INTERIOR => 93%

EVOLUCIÓN DE LAS RETRIBUCIONES GLOBALES IAMC. 90-02

CUADRO RESUMEN: REMUNERACIONES (Dependencia + Contrataciones)

Peso relativo sobre Ingresos. %

Ejercicio	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02
País	67,1	71,0	72,2	76,4	75,4	71,4	70,8	69,1	69,3	68,1	66,5	62,9
Montevideo	67,4	70,8	71,1	76,9	75,9	71,3	70,6	69,0	69,2	67,3	65,6	63,3
Interior	66,2	71,5	74,7	75,2	74,3	71,7	71,1	69,4	69,6	69,7	68,5	62,3

En el ejercicio 2001 – 2002 también se da la **MENOR PARTICIPACIÓN** de las **REMUNERACIONES GLOBALES** de **RELACIÓN DE DEPENDENCIA MÁS LAS CONTRATACIONES A TERCEROS** (que incluyen costos de equipamiento) en el total de los **INGRESOS** para los últimos 12 años:

ALGO MÁS DE 60%

PARTICIPACIÓN DEL SALARIO MÉDICO - NO MÉDICO. 90-02

REMUNERACIONES Y CARGAS SOCIALES (%) EN LAS IAMC. 1990-2002

Categoría Laboral	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02
PAÍS												
MÉDICOS	43	44	46	47	47	46	44	44	43	41	48	43
NO MÉDICOS	57	56	54	53	53	54	56	56	57	59	52	57
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
MONTEVIDEO												
MÉDICOS	39	39	41	43	43	42	40	41	40	37	41	40
NO MÉDICOS	61	61	59	57	57	58	60	59	60	63	59	60
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
INTERIOR												
MÉDICOS	54	57	56	56	55	55	54	52	49	50	62	48
NO MÉDICOS	46	43	44	44	45	45	46	48	51	50	38	52
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

PAÍS ⇒ 43% MÉDICOS y 57% NO MÉDICOS

MONTEVIDEO ⇒ 40% MÉDICOS y 60% NO MÉDICOS

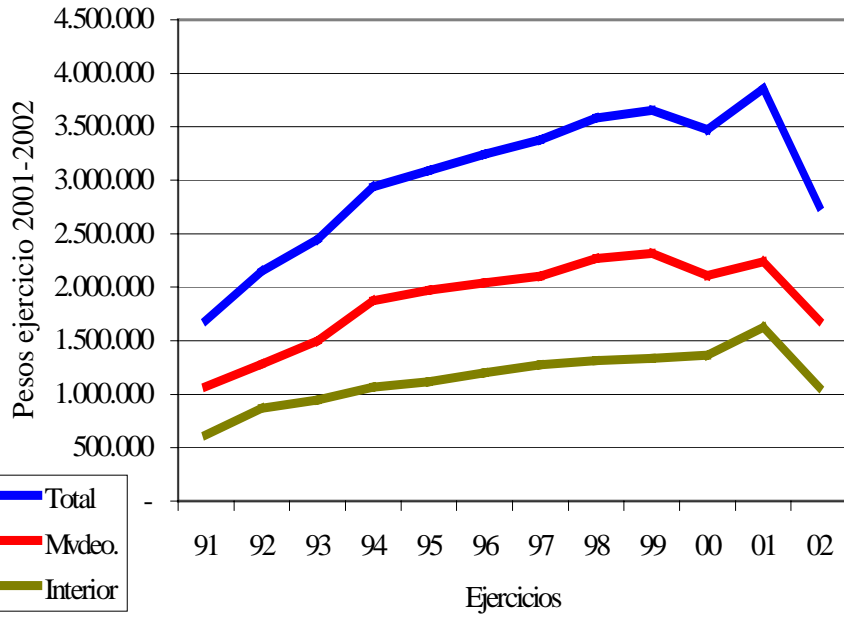
INTERIOR ⇒ 50% MÉDICOS y 50% NO MÉDICOS

PREGUNTA

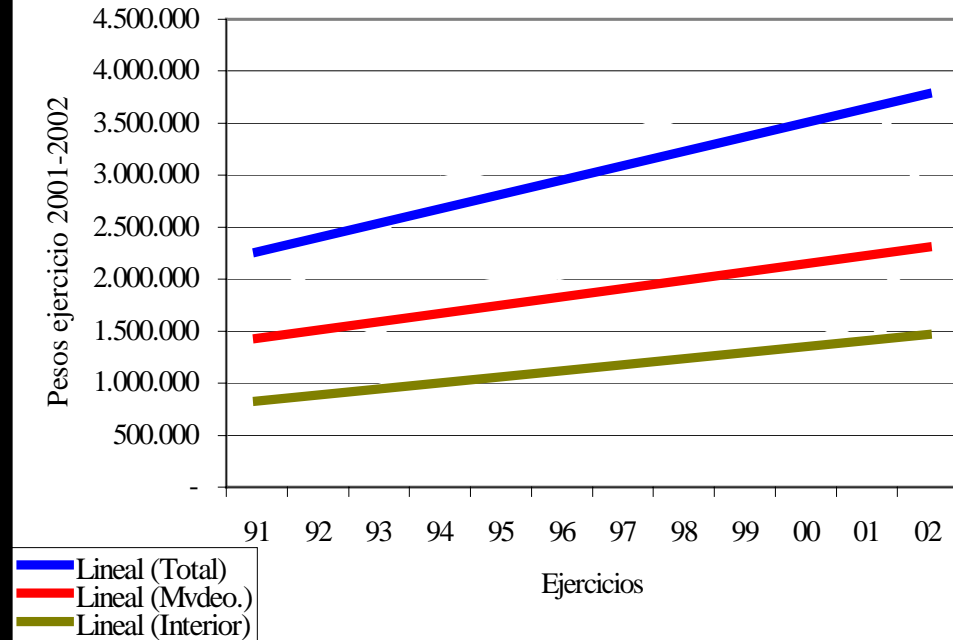
¿Cuál debería ser la PARTICIPACIÓN de la actividad MÉDICA y la NO MÉDICA en el total de las retribuciones del sector IAMC?

EVOLUCIÓN DEL SALARIO REAL MÉDICO EN LAS IAMC. 90-02

MÉDICOS. Evolución Real
Remuneraciones Personales y Cargas Sociales
Período 90/91 - 01/02



MÉDICOS. Tendencia
Remuneraciones Personales y Cargas Sociales
Período 90/91 - 01/02



Los **SALARIOS REALES MÉDICOS EN IAMC:**

- **CAEN** entre 2000 y 2002 (1º gráfico)

PAÍS => 21% ; **MONTEVIDEO** => 20% ; **INTERIOR** => 22%

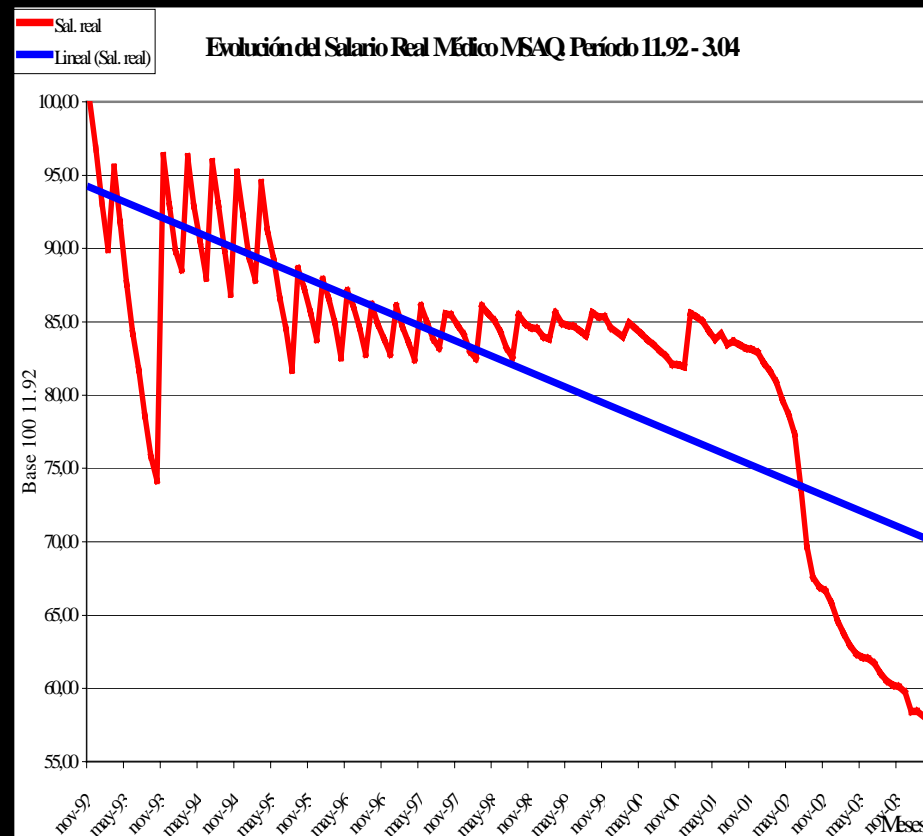
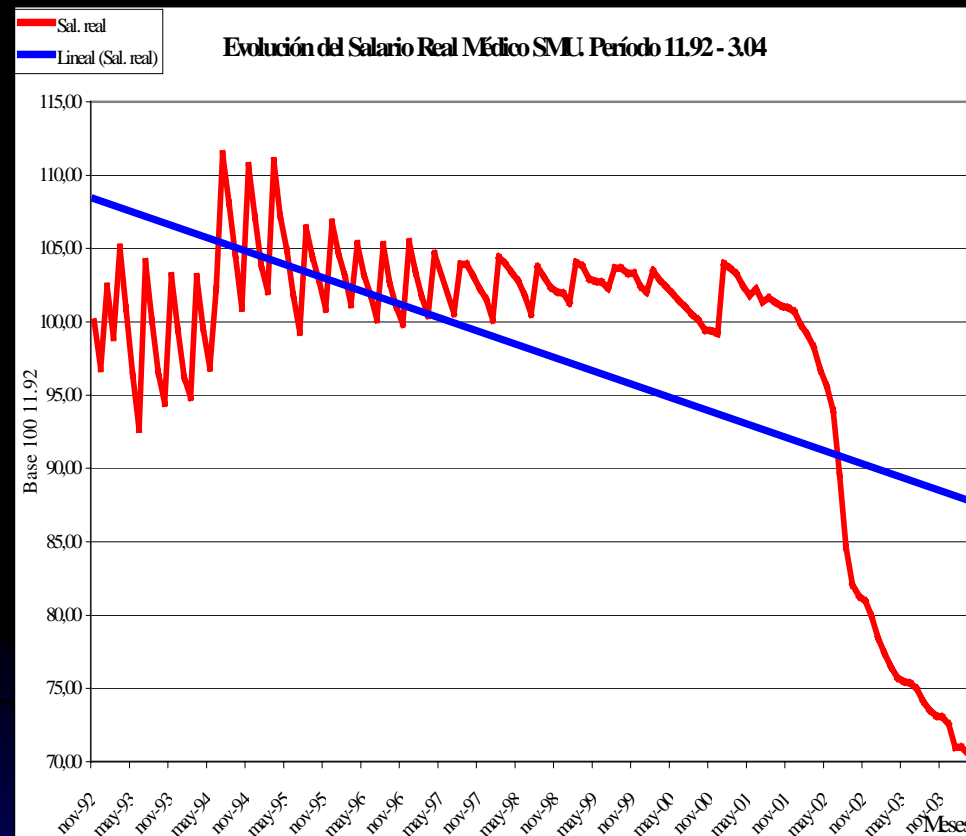
CRECEN entre 1990 y 2002 (2º gráfico):

PAÍS => 63% ; **MONTEVIDEO** => 58% ; **INTERIOR** => 73%

EVOLUCIÓN SALARIO REAL MÉDICO 1992 – 2004. MONTEVIDEO

SMU

MSAQ



El SALARIO REAL MÉDICO CAE MÁS DE 30% desde fin de 2000 hasta el presente. Semejante ajuste, y la caída de puestos de trabajo por cierre de instituciones, incluso con rebajas del salario nominal en algunas instituciones, no fueron suficientes para corregir el déficit del sistema...

ESTRUCTURA SALARIO MÉDICO: FIJO - VARIABLE

C O N C E P T O S	E J E R C I C I O 2 0 0 1 - 2 0 0 2		
	P a í s	M o n t e v i d e o	I n t e r i o r
	%	%	%
Partidas Fijas	6 1	5 4	7 2
Partidas Variables	3 9	4 6	2 8
T o t a l	1 0 0	1 0 0	1 0 0

El peso del **ACTO MÉDICO** es **MAYOR** en **MONTEVIDEO** que en el Interior, a partir del énfasis que los **CONVENIOS DE 1993** introducen en la forma de pago variable.

PREGUNTAS:

1. ¿Qué **FORMAS DE PAGO** deberían aplicarse a las diferentes modalidades de trabajo médico –y no médico?
2. En particular: ¿Cuál debería ser el peso del **SALARIO** y cual el del **ACTO MÉDICO** en el total de los recursos destinados a la asistencia médica?

UNA RESPUESTA

POSIBLE SE

ESBOZARÁ EN LA

2ª PARTE DE LA

EXPOSICIÓN

FORMA DE PAGO ACTIVIDAD POLICLINICA MÉDICA EN MONTEVIDEO

Componente FIJO \Rightarrow salario, antigüedad, etc.

Componente VARIABLE \Rightarrow acto médico

EJEMPLO IAMC MONTEVIDEO (CONVENIOS '93)

* Cargo médico, actividad policlínica:

* Carga horaria: 26 horas *mensuales*, 6 horas semanales

* Contrato: 6 pacientes por hora \rightarrow 156 pacientes mes

Remuneración fija (salario) = \$ 3.808 SBM \Rightarrow mayo /04

Remuneración variable (acto médico) = \$ 26,03 \Rightarrow mayo / 04

FRANJAS

$0 < \text{actos} \leq 52 \rightarrow$ Valor acto = 0 \Rightarrow Combatir la capacidad ociosa

$52 < \text{actos} \leq 104 \rightarrow$ Valor acto = doble \Rightarrow Aumentar el N° actos en la franja

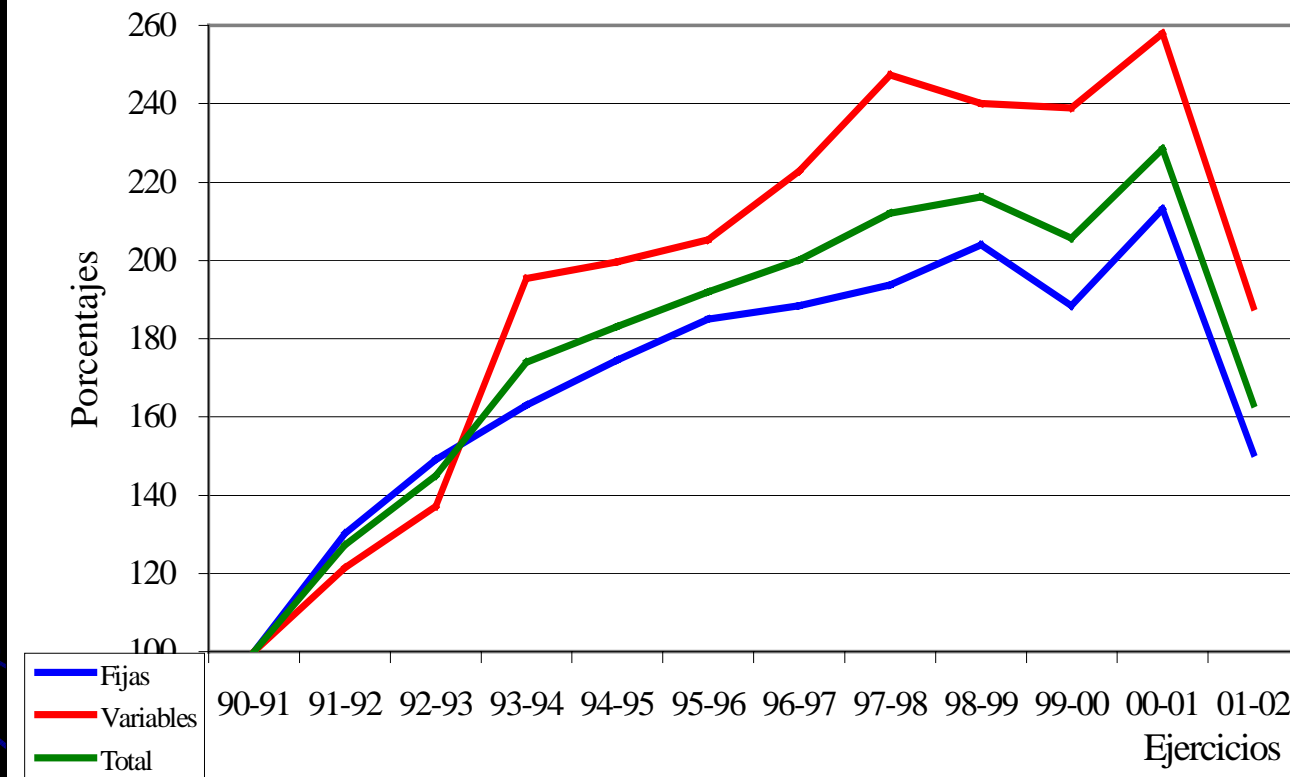
$104 < \text{actos} \leq 156 \rightarrow$ Valor acto = simple \Rightarrow Completar los actos contratados

$156 < \text{actos} \rightarrow$ Valor acto = 0 \Rightarrow Desestimulo al exceso de actos

ESTÍMULOS

EVOLUCIÓN DEL SALARIO MÉDICO FIJO – VARIABLE: PAÍS

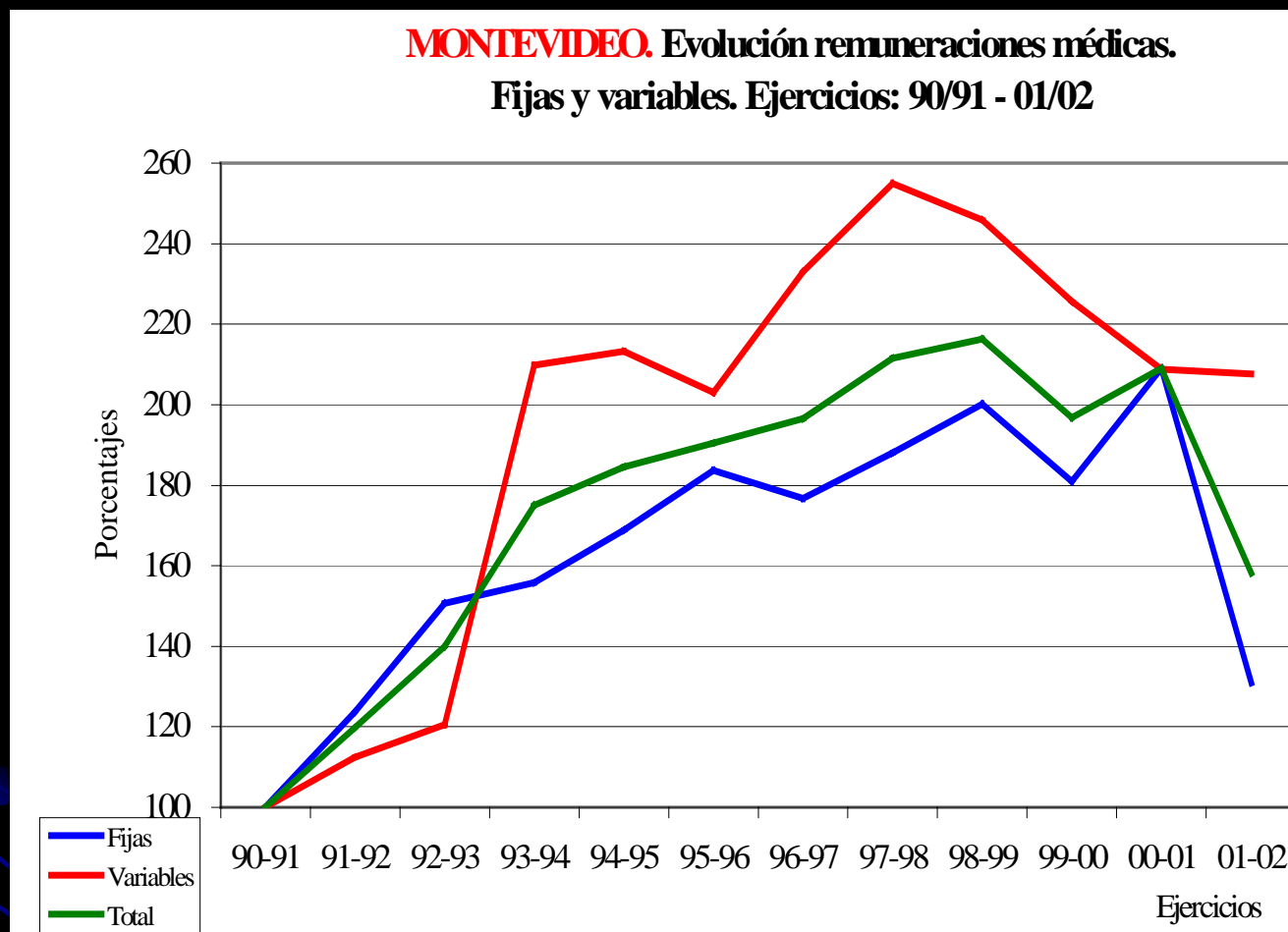
PAÍS. Evolución remuneraciones médicas.
Fijas y variables. Ejercicios: 90/91 - 01/02



Evolución real. Base 100: 90-91

CONCEPTOS	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02
FIJAS	100	130	149	163	175	185	188	194	204	188	213	151
VARIABLES	100	121	137	195	200	205	223	247	240	239	258	188
TOTAL	100	127	145	174	183	192	200	212	216	206	228	163

EVOLUCIÓN DEL SALARIO MÉDICO FIJO – VARIABLE: MONTEVIDEO



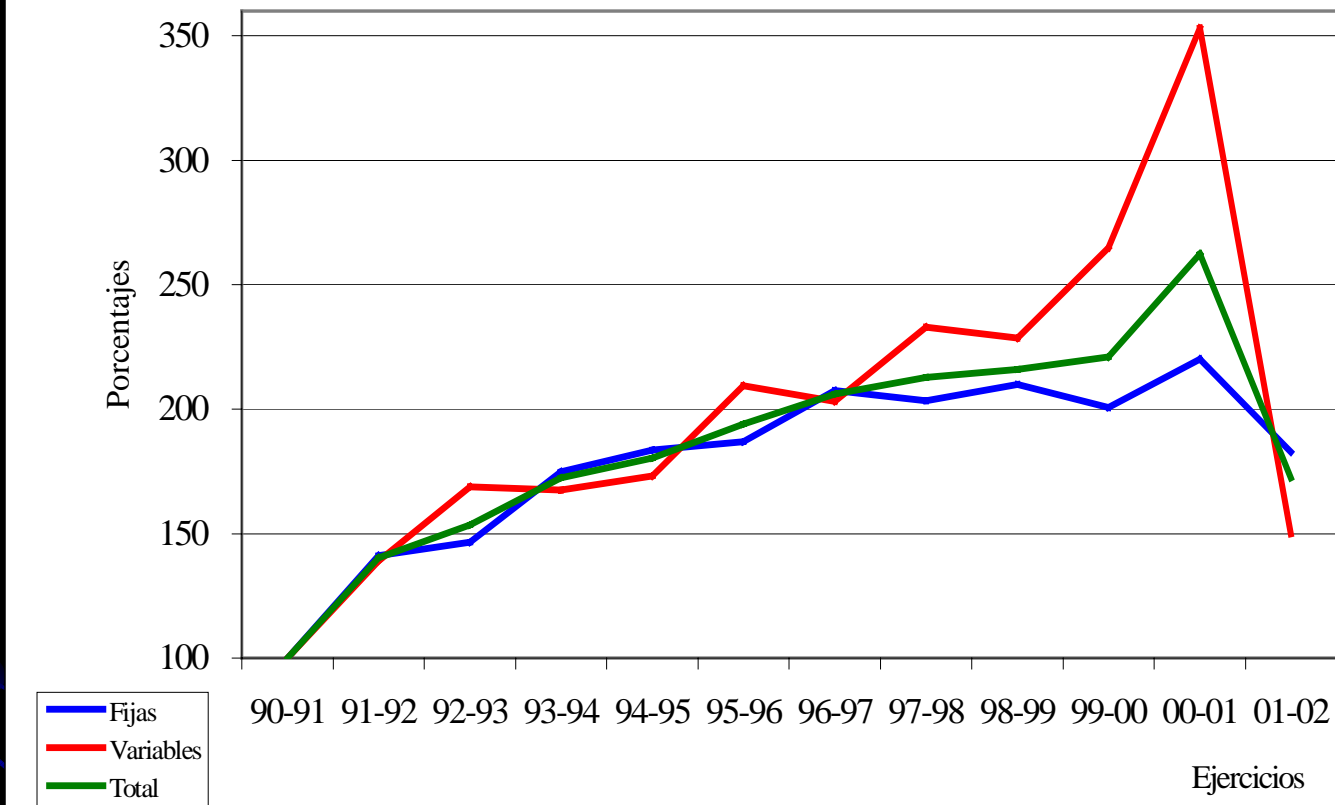
Evolución real. Base 100: 90-91

CONCEPTOS	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02
FIJAS	100	124	151	156	169	184	177	188	200	181	209	131
VARIABLES	100	112	121	210	213	203	233	255	246	226	209	208
TOTAL	100	120	140	175	185	191	197	212	216	197	209	158

EVOLUCIÓN DEL SALARIO MÉDICO FIJO – VARIABLE: INTERIOR

INTERIOR. Evolución remuneraciones médicas.

Fijas y variables. Ejercicios: 90/91 - 01/02



Evolución real. Base 100: 90-91

CONCEPTOS	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02
FIJAS	100	141	147	175	184	187	208	203	210	201	220	183
VARIABLES	100	139	169	168	173	210	203	233	229	265	353	150
TOTAL	100	140	154	173	180	194	206	213	216	221	262	173

REMUNERACIÓN VARIABLE EN MONTEVIDEO: MÉDICO-QUIRÚRGICO

TOTAL PAIS			
ESTADO DE RESULTADOS	Total Ejecutado: % s/Ingresos		
EJERCICIO	96-97	97-98	98-99
Técnicos SIN Anest.-Quirúrg.	18	18	19
Técnicos Anest.-Quirúrg.	8	8	7
Total	26	26	26

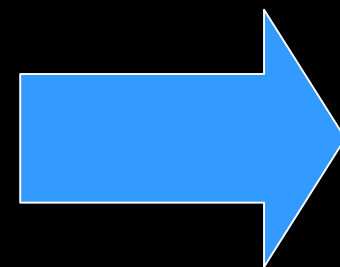
Fuente: Sistema Nacional de Información (SINADI) – MSP.

MONTEVIDEO			
ESTADO DE RESULTADOS	Total Ejecutado: % s/Ingresos		
EJERCICIO	96-97	97-98	98-99
Técnicos SIN Anest.-Quirúrg.	15	13	15
Técnicos Anest.-Quirúrg.	10	11	10
Total	25	24	25

Fuente: Sistema Nacional de Información (SINADI) – MSP.

INTERIOR			
ESTADO DE RESULTADOS	Total Ejecutado: % s/Ingresos		
EJERCICIO	96-97	97-98	98-99
Técnicos SIN Anest.-Quirúrg.	27	27	26
Técnicos Anest.-Quirúrg.	3	3	3
Total	30	30	29

Fuente: Sistema Nacional de Información (SINADI) – MSP.



PREGUNTA:

¿Cuál debería ser el **EQUILIBRIO** en el peso de la **ACTIVIDAD MÉDICA** y la **ACTIVIDAD QUIRÚRGICA** en el total de los recursos destinados a la asistencia médica?

PREGUNTA:

¿Cual debería ser el **PESO** de la actividad **MÉDICO-QUIRÚRGICA** entre los distintos niveles de atención ?

UNA **RESPUESTA** POSIBLE SE
ESBOZARÁ EN LA 2ª PARTE DE LA
EXPOSICIÓN

REMUNERACIÓN PROMEDIO: 12 IAMC DE MONTEVIDEO => 80% 6.00

SALARIO PROMEDIO MENSUAL POR CARGO.						
RELACIÓN DEPENDENCIA. 12 IAMC MONTEVIDEO. 6.00.						
Concepto	MÉDICOS					
	SMU		SAQ		Promedio	
	Nominal \$ 6.00	U\$S	Nominal \$ 6.00	U\$S	Nominal \$ 6.00	U\$S
Titulares	16.780	1.391	20.926	1.735	18.071	1.498
Suplentes	6.078	504	8.989	745	6.926	574
Total	12.029	997	15.905	1.318	13.203	1.094

FUENTE: MSP / DICOCA. NOTA: TC 6.00:\$ 12,064

SALARIO PROMEDIO MENSUAL POR CARGO.								
RELACIÓN DEPENDENCIA. 12 IAMC MONTEVIDEO. 6.00.								
Concepto	No Médicos		Gerentes		Practicantes		Total	
	Nominal \$ 6.00	U\$S	Nominal \$ 6.00	U\$S	Nominal \$ 6.00	U\$S	Nominal \$ 6.00	U\$S
Titulares	11.854	983	26.445	2.192	12.257	1.016	13.742	1.139
Suplentes	6.679	554	6.958	577	4.716	391	6.700	555
Total	10.552	875	23.061	1.912	7.622	632	11.501	953

FUENTE: MSP / DICOCA. NOTA: TC 6.00:\$ 12,064

PREGUNTAS

¿Debe existir una **REMUNERACIÓN MÍNIMA** para la actividad médica?

* Con respuesta **AFIRMATIVA**:

¿Cuál debería ser **ESA REMUNERACIÓN MÍNIMA PROMEDIO**?

¿Debería establecerse una **RELACIÓN OBJETIVA Y EXPLÍCITA DE REFERENCIA** entre las **DISTINTAS ESPECIALIDADES** médicas y quirúrgicas?

* Con respuesta **AFIRMATIVA**:

¿Cuál debería ser **ESA RELACIÓN**?

¿**QUIENES** deberían establecerla?

CONCENTRACIÓN DE INGRESO EN IAMC POR CATEGORÍA LABORAL

PERSONAL TITULAR Y SUPLENTE, SEGÚN CATEGORÍA LABORAL Y RANGO DE INGRESOS

RELACIÓN DEPENDENCIA PARA 12 IAMC MONTEVIDEO. JUNIO 2000. EN %

RANGO (\$)		MÉDICOS		No médicos	Gerentes	Practicantes
\$	U\$S	SMU	SAQ			
0-10.000	0 - 850	37	25	55	46	70
10.001-20.000	850 - 1.700	24	16	37	19	18
20.001-30.000	1.700 - 2.500	16	13	5	9	7
30.001-40.000	2.500 - 3.400	9	12	2	8	2
40.001-50.000	3.400 - 4.200	6	9	1	4	1
50.001-MÁS	4.200 - MÁS	7	26	0	14	1
TOTAL		100	100	100	100	100

FUENTE: MSP / DICOCA.

PERSONAL (SUELDOS + HONORARIO), POR CATEGORÍA LABORAL Y RANGO DE INGRESO

PARA 12 IAMC MONTEVIDEO. JUNIO 2000. EN %

RANGO (\$)		MÉDICOS		No médicos	Gerentes	Practicantes
\$	U\$S	SMU	SAQ			
0-10.000	0 - 850	37	24	55	46	70
10.001-20.000	850 - 1.700	24	16	37	19	18
20.001-30.000	1.700 - 2.500	16	13	5	9	7
30.001-40.000	2.500 - 3.400	9	11	2	8	2
40.001-50.000	3.400 - 4.200	6	8	1	4	1
50.001-MÁS	4.200 - MÁS	9	29	0	14	1
TOTAL		100	100	100	100	100

FUENTE: MSP / DICOCA.

PREGUNTAS

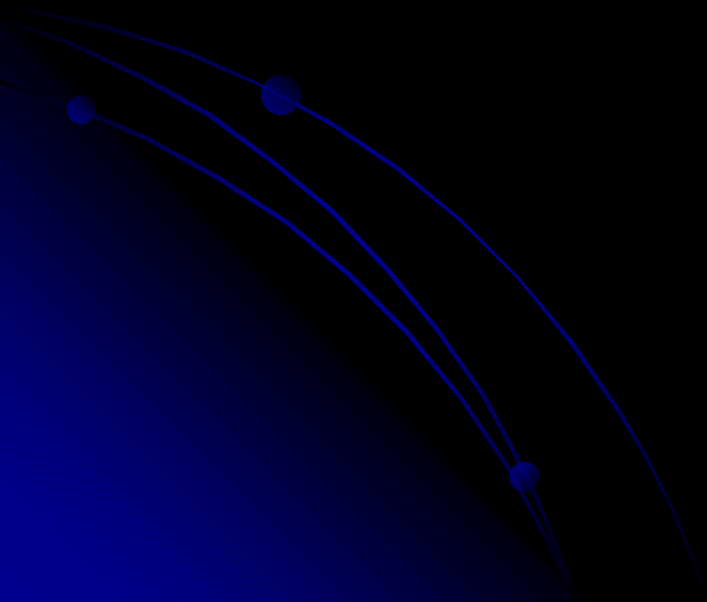
¿**QUIÉN** debería dirimir el criterio de distribución del ingreso médico?

¿Es el **MERCADO** el medio más idóneo para procesar dicha distribución o podría combinarse con criterios de aplicación basados en **ACUERDOS** entre las propias especialidades médicas?

* Si la respuesta **AFIRMATIVA** se orientara a la combinación:

¿Quién debería **LIDERAR** o **ARBITRAR** el proceso de negociación que permitiera articular los acuerdos entre las diferentes expresiones de la actividad médica?

LAUDO Y CONVENIOS



REMUNERACIÓN MÉDICO SMU MONTEVIDEO. 5.04

POLICLÍNICA Y RADIO (CONVENIO 93)

CONCEPTO	SB	Actos	Sub-total Policlínica	Radio	Viáticos	Total Ambulatorio
Medicina General	3.808	4.060	7.868	5.878	7.171	20.917
Pediatría	4.569	4.060	8.629	5.878	7.171	21.678
Especialidades Médicas	4.569	4.060	8.629			8.629

Notas

Precio del viático (\$) => 137,91 (3.04)

Número de actos

Policlínica => 156

Radio => 52

REMUNERACIÓN MÉDICO SAQ MONTEVIDEO (CONVENIO 93)

CON REMUNERACIÓN FIJA MÁS VARIABLE

ANÁLISIS COMPARATIVO RETRIBUCIÓN Sociedades Anestésico Quirúrgicas (SAQ)	
Supuesto: el cirujano realiza policlínica, guardia de retén, cirugía de coordinación y urgente:	
Tipo y número de cirugías (coord. y urttes.)	Corriente 1, Mayor 1 y Alta 1
Concepto	Convenio Vigente (\$)
1. <i>Policlínica (*) 26 hs. mes</i>	9.108
2. <i>Guardia de Retén</i>	5.231
3. <i>Activ. quirúrgica (coordinación)</i>	
a. Corriente 1	862
b. Mayor 1	2.174
c. Alta 1	3.976
4. <i>Activ. quirúrgica (urgente)</i>	
a. Corriente 1	1.118
b. Mayor 1	2.825
c. Alta 1	5.169
Total	30.463

Nota. (*) incluye remuneración fija y variable por paciente para especialidades con 6 pacientes / hora.

REMUNERACIÓN MÉDICO SAQ MONTEVIDEO (CONVENIO 93)

CON REMUNERACIÓN FIJA MÁS VARIABLE

ANÁLISIS COMPARATIVO RETRIBUCIÓN Sociedades Anestésico Quirúrgicas (SAQ)	
Supuesto: el cirujano realiza actividad de policlínica, guardia de retén y cirugía de coordinación:	
Tipo y número de cirugías	Corriente 4, Mayor 5 y Alta 1
Concepto	Convenio Vigente (\$)
1. Policlínica (*) 26 hs. mes	9.108
2. Guardia de Retén	5.231
3. Activ. quirúrgica (coordinación)	
a. Corriente 4	3.446
b. Mayor 5	10.872
c. Alta 1	3.976
Total	32.633
Nota. (*) incluye remuneración fija y variable por paciente para especialidades con 6 pacientes / hora.	

FINAL...

