



JORNADAS DE MEDICINA y ENFERMERIA RURAL



Impacto de los FADs en el Medio Rural



JORNADAS DE MEDICINA y ENFERMERIA RURAL



“Es inocultable y está altamente descripta la inequidad que existe entre la urbanidad y la ruralidad, las brechas y las dificultades que existen al intentar atender, y mucho más al intentar construir salud en el medio rural”

Ramón Soto
Presidente SOMERUY

PROCESO:

Uruguay necesita
medicina de calidad



9° Convención Médica Nacional

“La concentración del trabajo médico, una de cuyas herramientas es la creación de cargos de alta dedicación en todas las especialidades, como modelo antagónico al multi-empleo, es condición necesaria para la mejora del ejercicio profesional”

“...el desarrollo de incentivos financieros y no financieros para la radicación de profesionales, particularmente en el interior y zonas rurales, son herramientas centrales para abordar los problemas de número, distribución y formación de recursos.

Comité Convocante

- Julio Trostchansky
- Gerardo Eguren
- Jorge Torres
- Néstor Campos
- Miguel Fernández Galeano
- Álvaro Medeiros
- José Cuadro
- Marta Moraes
- Álvaro Dendi
- Lucía Araújo

PROCESO:

9° Convención Médica Nacional

Diciembre 2014 – Acuerdo FAD para ASSE y cronograma (ASSE, SMU, MEF y MSP)

Diciembre 2015 – Proyecto SOMERUY

PROPUESTA DE LAUDO CAD MEDICOS RURALES (CAD-MR) 12/2015

MARCO DE REFERENCIA ACTUAL

Un primer elemento a tener presente, es que la visión que se aporta desde este análisis surge desde la perspectiva de quienes ejerciendo, en algunos casos treinta años la profesión médica en el medio rural de nuestro país, han participado activamente en la fundación y consolidación de la Sociedad de Medicina Rural, así como en la construcción del SNIS. Sistema que por otra parte el médico rural ya venía aplicando en parte en sus etapas de complementación e integración como forma de lograr una mejor asistencia a sus vecinos.

Uno de los aspectos clave para el cambio hacia un nuevo modelo asistencial exitoso: lograr una distribución suficiente de recursos humanos capacitados y comprometidos con el cambio del modelo asistencial, dado que en el sector del primer nivel de atención, por su bajo nivel de complejidad tecnológica, el recurso humano es de relevancia definitoria.

**PROYECTO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL DEL URUGUAY (SOMERUY)
SOBRE EL TRABAJO MÉDICO EN EL ÁREA RURAL**

PROCESO:

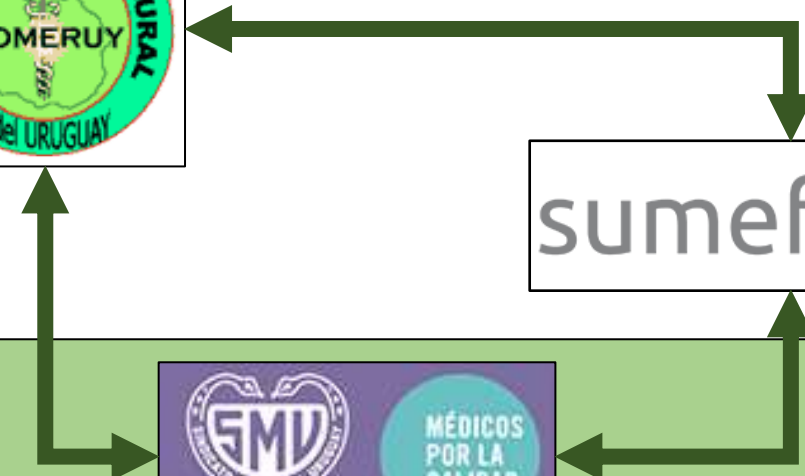
9° Convención Médica Nacional

Diciembre 2014 – Acuerdo FAD para ASSE y cronograma (ASSE. SMU, MEF y MSP)

Diciembre 2015 – Proyecto SOMERUY

Mayo 2016 – Creación de CAM/ASSE

Febrero - Mayo 2017 – Síntesis gremial



PROCESO:

9° Convención Médica Nacional

Diciembre 2014 – Acuerdo FAD para ASSE y cronograma (ASSE, SMU, MEF y MSP)

Diciembre 2015 – Proyecto SOMERUY

Mayo 2016 – Creación de CAM/ASSE para continuar proceso de trabajo en FAD

Febrero - Mayo 2017 – Síntesis gremial

Junio 2017 – Firma del acuerdo

1. Antecedentes.

- 1.1. Por Acuerdo de fecha 23 de diciembre de 2014 reunidos ASSE, el SMU, el MSP y el MEF, se firmó el Acuerdo Médico sobre las Funciones de Alta Dedicación a instaurarse en ASSE para aquellas funciones que se desempeñen en medicina general, medicina familiar y comunitaria y pediatría (numeral 3).
- 1.2. En el marco del citado Convenio, las partes se comprometieron a continuar el proceso iniciado en dicho Acuerdo firmando un cronograma de trabajo para incluir las

eral 15).

en el Acuerdo

correspondiente

do que en su

voluntad de las

ción horaria.

preexistentes.

4. Régimen de trabajo.

- 4.1. El nuevo régimen de trabajo es exclusivo para cargos titulares.

Aplica a médicos con experiencia de 5 años de trabajo clínico en el primer nivel del área rural.

Junio 2017 – Firma del acuerdo

2. Ámbito personal de aplicación

El nuevo régimen de trabajo definido en el presente acuerdo se aplicará a la Medicina Rural: médicos generales ¹ o especialistas en medicina familiar y comunitaria que residan y/o desempeñan sus funciones en centros urbanos menores a 5000 habitantes y área rural dispersa.

2.1. Cada cargo de Medicina Rural deberá definir el área geográfica específica dentro de la cual ejercerá su cargo.

2.2. A su vez se definirá un sitio específico donde el profesional centralizará la atención sanitaria (policlínica rural central) y podrán definirse policlínicas rurales secundarias.

2.3. El área geográfica no podrá exceder el radio de 30 kms desde la policlínica rural central (definido por caminería).

2.4. El límite máximo de usuarios referenciados a cada cargo será de 1000, y la atención de un mayor número de usuarios obligará a la creación un nuevo cargo en dicha área.

2.5. Podrán crearse cargos complementarios entre instituciones en áreas de 1000 usuarios o menos.

Junio 2017 – Firma del acuerdo

4. Régimen de trabajo.

4.1. El nuevo régimen de trabajo es exclusivo para cargos titulares.

4.2. Carga horaria. Los médicos comprendidos en el ámbito personal de aplicación de este convenio trabajarán, en lo que tiene que ver con su carga horaria en el siguiente régimen: 209 horas mensuales (48 horas semanales).

4.3. Para áreas donde se exceden los 1000 usuarios y la situación geográfica no justifica crear un segundo cargo completo, podrán crearse cargos de 175 horas mensuales (40hrs semanales).

4.4. Las horas que se realicen bajo este régimen de trabajo se abonarán como horas simples, siempre y cuando estén comprendidas dentro de la carga horaria del cargo.

4.5. Actividades. Las cargas horarias semanales podrán comprender horas presenciales que incluyen atención directa a pacientes en policlínica rural central y secundaria, horas de urgencia y emergencia presencial en puerta de emergencia (o a disponibilidad donde no exista puerta de emergencia) con llamados centralizados en policlínica rural central, atención domiciliaria, así como actividades dirigidas a la comunidad y horas de actividades institucionales no asistenciales de coordinación, planificación y formación.

Junio 2017 – Firma del acuerdo

- 4.6. Actividades asistenciales directas semanales: policlínica rural central y secundaria, así como las visitas domiciliarias programadas. Mínimo de 20 horas semanales.
- 4.7. Actividades dirigidas a la comunidad (educación para la salud, participación de redes, acción intersectorial, entre otras). Mínimo de 10 horas semanales.
- 4.8. Urgencia y emergencia: mínimo de 12 horas semanales.
- 4.9. En las localidades donde no existe puerta de emergencia se realizarán horas disponibles no presenciales para atención clínica de usuarios (antes llamadas retén). Máximo de 114 horas. En este caso las horas presenciales mínimas de policlínica rural central o secundaria será de 8 horas semanales y las de actividades dirigidas a la comunidad será como mínimo de 2 horas semanales.
- 4.10. A los efectos de la definición de actividades dentro del cargo, se establece en comunidades donde no existe médicos de guardia presencial, que 3 horas a disponibilidad no presencial para la atención clínica de pacientes equivalen a 1 hora presencial.
- 4.11. La carga horaria asignada podrá incluir cobertura de fines de semana o feriados de común acuerdo entre las instituciones y el profesional.
- 4.12. Los traslados no forman parte del presente cargo.

Junio 2017 – Firma del acuerdo

6. Remuneración

- 6.1. Se regirá por las condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación definidas en el Acta de Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012.
- 6.2. El valor global (fijo más variable) es \$u 172.207 para 175 horas mensuales y \$u 205.664,36 para 209 horas mensuales, que equivale a un valor hora de \$u 984,04 nominales, expresado a valores de 1 de enero de 2017 y se ajustará en las mismas oportunidades y porcentajes que el resto de los salarios generales de ASSE.
- 6.3. Este salario incluye un componente fijo de 75% y un componente variable de 25% en el caso de las horas presenciales y retén.
- 6.4. Los valores referidos en esta cláusula remuneran todos los procedimientos médicos.
- 6.5. Los valores indicados incluyen el componente variable, el llamado, el domingo y el feriado laborable. A esos valores deberá adicionarse las compensaciones que puedan corresponder por trabajo nocturno y antigüedad, la que se calculará sobre las mismas bases que en la actualidad.
- 6.6. Se pagarán los viáticos que correspondan según lo establecido en el artículo 12.4 del acta del Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012.

Impacto de los FADs en el Medio Rural

REALIDADES

- Primera disciplina que define cargos de alta dedicación en el sector público antes que en el privado → Mejor posición para el desarrollo del primer nivel.
- Primer laudo nacional de la Medicina Rural
Definen condiciones precisas de competencias además de las laborales.
- Legitimación de SOMERUY como organización médica capaz de gestionar cambios significativos en las condiciones de trabajo y de incidir en el SNIS.
- Experiencia exitosa de trabajo entre distintas formas de organización de médicos y del rol articulador del S.M.U. hacia la presentación en el consejo de salarios público.

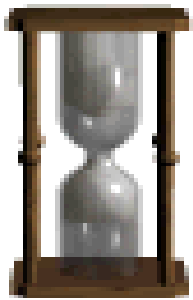
Impacto de los FADs en el Medio Rural

ASPIRACIONES

- Mejorará la calidad de vida de los médicos.
Definidas obligaciones y derechos, ámbitos, descansos y mejora de la remuneración.
- Mejorará la posición para brindar una buena calidad de atención y para desarrollar tareas propias del primer nivel – promoción, prevención, comunitarias.
- Al ser un trabajo más “atractivo” puede tener impacto en la distribución territorial de los profesionales médicos.
Si esto se cumple y se genera competencia, un argumento más para que mejore la formación profesional.
- Más médicos trabajando mejor podrían aumentar la “resolutividad” del primer nivel y con ello la salud del sistema.

Impacto de los FADs en el Medio Rural

¿ Cómo seguimos ?



- Instrumentación
- Evaluación (Definición de Indicadores)