



CONTRATACIÓN Y PAGO TRABAJADORES DE LA SALUD

Contrato



- Acto jurídico bilateral
- Escrito o consensual
- Para
 - ▣ modificar, transferir o extinguir derechos patrimoniales
 - reales, personales o intelectuales
 - ▣ Ex art. 1137 C. C.
 - ▣ Prevé eventos que afecten la transacción
 - ▣ Remunerar los servicios
 - ▣ Distribuir los riesgos derivados del acuerdo
- Regidos por la ley o los usos y costumbres

Modalidades contractuales privadas

- Locaciones de servicio o de obra
 - Arts 1623 a 1628 del CC
 - Monotributo o responsables no inscriptos
 - empleo no registrado en sector salud

- Importan la identidad de los contratantes

- Son poco flexibles entre ellos

- El modelo de contratación y pago incide en
 - Los costos (transacción o administración)
 - Eficiencia y calidad
 - Definición sobre la contraprestación
 - que, como, cuando y donde

- Multiempleo

Honorarios

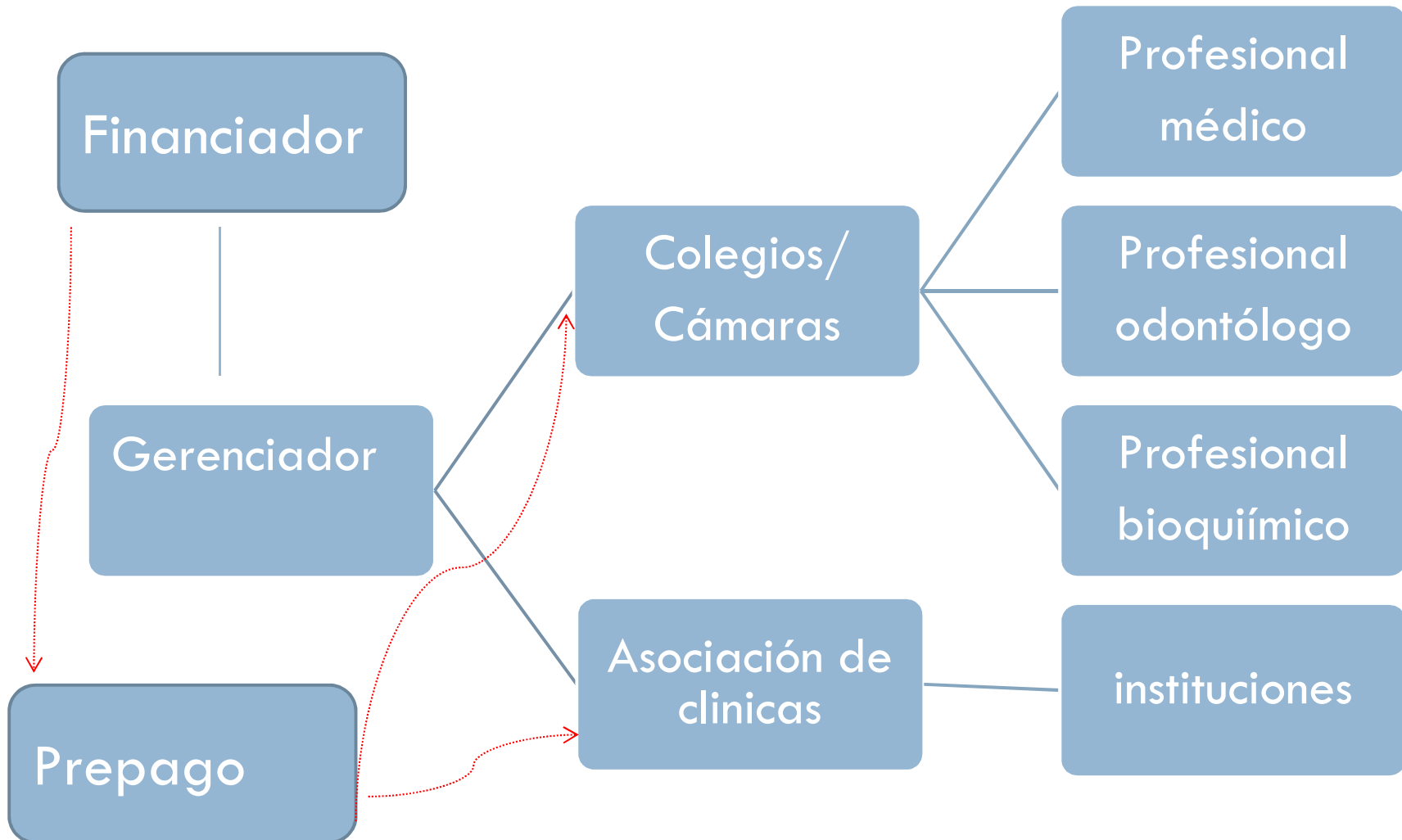


- Retribuye a quienes no tienen relación de dependencia en instituciones:
 - Médicos de guardia
 - Especialistas
 - Demanda espontánea
 - Personal técnico, administrativo y enfermería.

Casuística jurisprudencial

- Si es relación laboral
 - Director jefe de un departamento médico de hospital privado
 - Médico laboral de planta
 - Pardini Armando Alfredo c/ Disal S.A. y otro —ordinario-despido— Expte. n° 78200/37 , sentencia n° 49— 10.08.2010), Sala 2da Cámara del Trabajo
 - Médico de obra social pago por acto
 - Sala 1ª de la Cámara del Trabajo, autos “Toselli Mirtha Gloria c/ Daspu (Obra Social Universitaria)— ordinario— despido— expte. n° 74023/37 , sentencia n° 96, del 30.06.2009
 - Contrario. Sala 4ª de la Cámara del Trabajo, autos “Fernández José Francisco c/ Daspu— Obra Social Universitaria— ordinario-despido— expte. n° 73160/37 , sentencia n° 174 del 26.10.2010
 - Médico de una empresa de emergencias privadas
 - Profesional de la salud que pertenece al departamento médico interno de una empresa
 - Cardiólogo de urgencias en clínica privada:
- No es relación Laboral sino locación de servicios
 - El Médico que atiende consultas domiciliarias
 - Médico que cubre guardias en instituciones de quienes no pueden hacerlas
 - Médico de servicio tercerizado

CONEXIDAD CONTRACTUAL- SALUD



Nuevo Código Civil y Comercial

Artículos 1073 a 1075

▣ Contratos conexos

- 2 o más contratos autónomos vinculados entre sí por una finalidad económica común previamente establecida, de modo que uno de ellos resultó determinante del otro para el logro del resultado perseguido.
- **ARTICULO 1074.**-Interpretación. ...los unos por medio de los otros, atribuyéndoles el sentido...que surge del **grupo** de contratos, su **función económica y el resultado perseguido**.
- **ARTICULO 1075.** Efectos. ...probada la conexidad, un contratante puede **oponer las excepciones de incumplimiento total, parcial o defectuoso...**

▣ Contrato de agencia

- **ARTICULO 1479**
- El agente es **un intermediario independiente**, no asume el riesgo de las operaciones ni representa al preponente

Contratos asociativos



- Unión Transitoria y Consorcio de Cooperación
 - dos o más empresas se pueden asociar para realizar una actividad económica determinada y celebrar contratos en nombre de esa asociación.
- Pueden contratar trabajadores de la asociación
 - para su actividad económica específica
 - Sin responsabilidad solidaria de las empresas integrantes por la totalidad de las deudas laborales
 - Siguen distribución de responsabilidad pactada por las empresas en el contrato asociativo
 - No siempre con patrimonio suficiente

Sociedad unipersonal de responsabilidad limitada

- Empleador - persona física no comercial-
 - ▣ responde con todo su patrimonio por las deudas laborales con sus trabajadores.
 - ▣ CCyC permite crear sociedades anónimas o de responsabilidad limitada con un solo socio.
 - Empleador -persona física- puede registrar a sus trabajadores como empleados de la sociedad unipersonal que él solo integra
 - Trabajadores sólo podrán ir contra el patrimonio de la sociedad unipersonal, y no contra el patrimonio de la persona física.

Responsabilidad del Estado frente a trabajadores estatales

- Nuevo Código Civil y Comercial
 - ▣ No aplica
 - ▣ Solo las reglas y principios del derecho administrativo.
 - ▣ Si aplica a trabajadores estatales por los accidentes de trabajo que sufren en sus lugares de trabajo.

- Art. 10 de Ley 26.944 sobre “Régimen de Responsabilidad del Estado” de 2014,
 - ▣ excluye su aplicación al Estado en su carácter de empleador.
 - ▣ No aplica régimen de responsabilidad por daños del Código Civil ni el previsto en la ley 26.944,

Limitación de responsabilidad estatal

- Trabajadores estatales ante accidentes de trabajo o enfermedades profesionales
 - ▣ Sólo régimen tarifado de la ley 24.557 (Ley de Riesgos del Trabajo)
 - ▣ No pueden reclamar reparación integral al como fuera reconocido por la Corte Suprema a partir del fallo “Aquino”.

- Ante reclamos laborales de trabajadores estatales laborales o de tutela sindical afecta
 - ▣ No responde los daños ocasionados por los concesionarios y contratistas de servicios públicos
 - ▣ Prohíbe aplicar sanciones al Estado y a los funcionarios para obligarlos a cumplir con las órdenes judiciales
 - ▣ Pueden favorecer incompetencia de la Justicia Nacional del Trabajo



Los actores



Argentina 

Asociación de Economía de la Salud

Actores



Los pagadores

- Obras sociales
- Empresas de Medicina Prepaga
- Mutuales
- Aseguradores
- ART s

Los prestadores

- Profesionales
- Instituciones
- Instituciones Intermedias (colegios y asociaciones profesionales) reclutan y pagan – se les paga a ellas por capita
- Gerenciadores

Los pacientes o usuarios



Los Pagadores

Los pagadores Públicos

□ Presupuesto global

- Rentas generales multinivel
 - Monto fijo por partida y categoría del gasto
 - Menos de 1/3 gasto total en salud
 - El 85% es provincial o municipal
- Financia la planta permanente del Estado
 - Garantía de estabilidad
 - Garantía del empleo publico
- Cubre 100% de población (en especial 43%)
- Entre 70 y 90% en sueldos

□ Sector público provincial

- prestadores responden a incentivos diferentes
- Estado Provincial define
 - presupuesto, las compras, la subcontratación de bienes y servicios y la contratación de personal de planta permanente

Los pagadores de la seguridad social

- Cubren al 60% de la población (OSN, OSP, INSSJ, otros regimenes)
- Al menos 12 OSN con prestadores propios
- Su provisión se complementa con otros prestadores
- Hay pagadores que tercerizan por convenios capitados, prestaciones o ambas

Los pagadores privados

- Integrados verticalmente
 - ▣ Las 5 empresas mas grandes nuclean el 75% del mercado
 - ▣ Swiss Medical muy integrado: confort, equipamiento y RRHH
 - ▣ Galeno: mayor infraestructura integrada
 - ▣ OMINT : muy exigente en la contratación del RRHH
 - ▣ Hospitales de la comunidad
 - ▣ Medicus: buen posicionamiento en el interior del país
- OSDE subcontrata todos sus prestadores a otros
- Convenios de OSN con EMP
 - ▣ Fee del 5 al 10%

Obras sociales provinciales

- Intermediarios o asociación de establecimientos:
 - ▣ red de profesionales o establecimientos (prestación cápita, o monto fijo)

- Suelen contratar prestadores de mayor envergadura y entidades intermedias

- Introducen los techos financieros o el copago

- Pueden transferir al paciente: baja calidad, oportunidad de atención o gasto de bolsillo (ej. Coseguros en pagos por prestación)



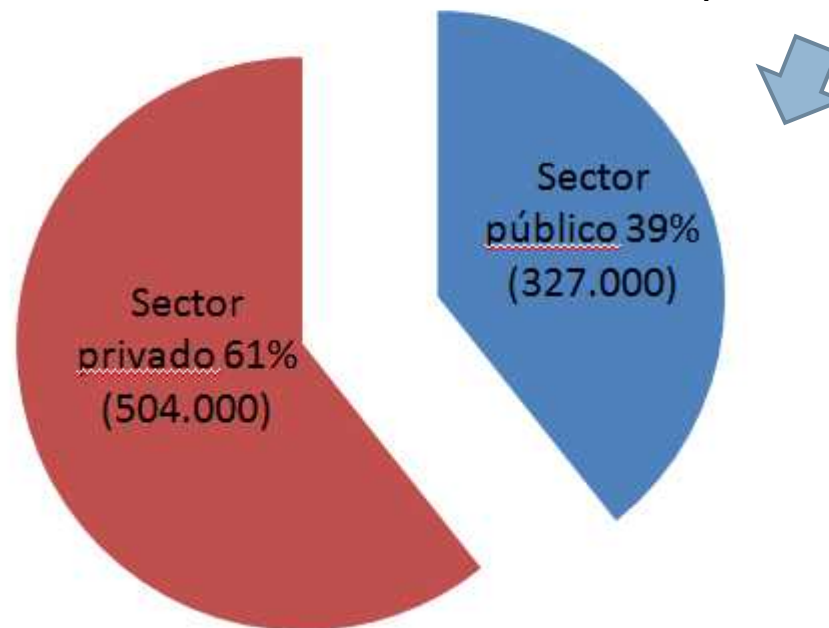
Los Prestadores

LOS TRABAJADORES

Mapa de la situación ocupacional en el sector salud. Total urbano. Segundo semestre 2013.

84,1 % dependientes en sector (76,2% resto de sectores)

No profesionales 69,4%



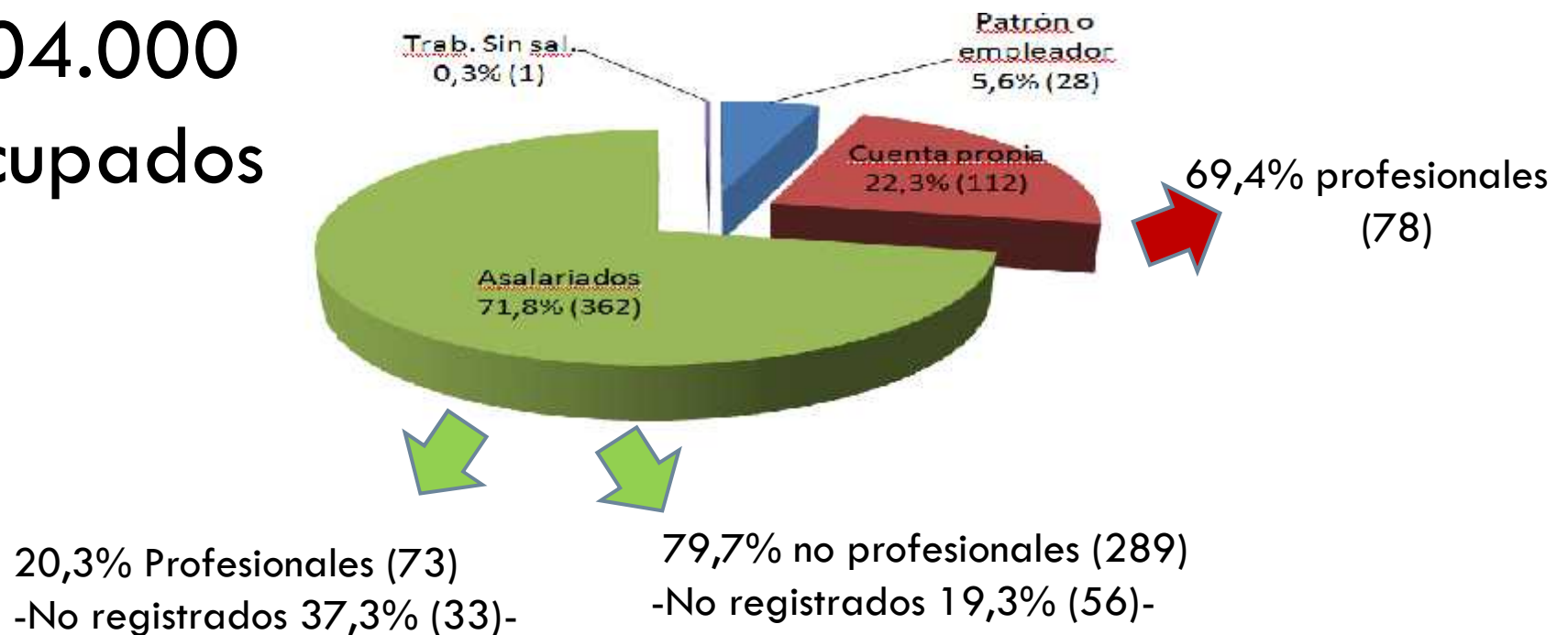
831.000 ocupados

Fuente: elaboración propia en base a Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – DGEyEL 2014. Sobre datos de EPH y SIPA

Sector privado

Mapa de la situación ocupacional en el sector salud. Total urbano. Segundo semestre 2013.

504.000
ocupados



Fuente: elaboración propia en base a Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – DGEyEL 2014. Sobre datos de EPH y SIPA

Situación de ocupación sectorial

2do semestre 2013



- Mayor dinamismo en las grandes empresas 2003 a 2013
 - ▣ Expansión:
 - Medicina prepaga (103%)
 - Consultorios (70,5%)
 - Clínicas y Sanatorios (56,7%)
 - Hospitales de Comunidad (55,7%)
 - Obras Sociales (44,7%)

Fuente: Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – DGEyEL
2014. Sobre datos de EPH y SIPA

Femenización: 2/3 mujeres

Distribución de los ocupados por sector según sexo y tipo de empresa.
Segundo Semestre de 2013. Total Urbano

Sector y tipo de empresa	Sexo	
	Varón	Mujer
Salud		
Público	33,9%	66,1%
Privado	30,2%	69,8%
Subtotal Salud	31,7%	68,3%
Resto		
Público	49,4%	50,6%
Privado	62,3%	37,7%
Subtotal Resto	60,1%	39,9%

- 68,3% son trabajadoras en Salud (resto 39,9%)
- mujeres de la rama Salud (8,6% del total de ocupadas)
- hombres (2,8% del total de ocupados)

Fuente: Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – DGEyEL
2014. Sobre datos de EPH y SIPA

Nivel educativo (casi 60%)

Distribución de los ocupados por sector según nivel de educación y tipo de empresa. Segundo Semestre de 2013. Total Urbano

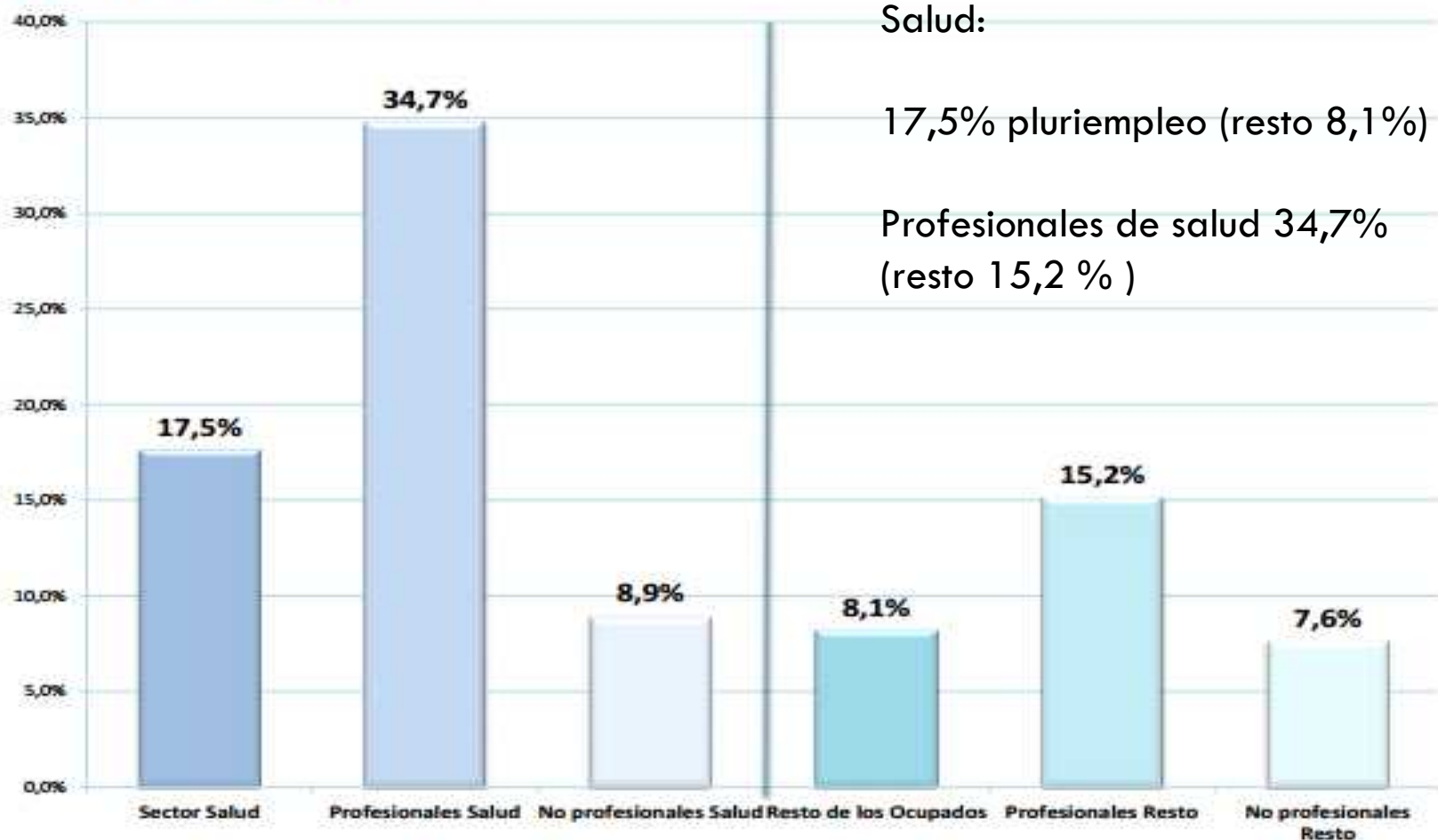
Sector y tipo de empresa	Nivel Educativo		
	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
Salud			
Público	14,0%	29,8%	56,2%
Privado	13,3%	25,7%	61,0%
Subtotal Salud	13,5%	27,4%	59,1%
Resto			
Público	17,2%	38,2%	44,6%
Privado	44,5%	40,4%	15,1%
Subtotal Resto	39,9%	40,0%	20,1%

- **59,1%** cuenta con nivel terciario o universitario completo (sólo el 20,1% en el resto)
- sector privado (13,3% solo con nivel bajo de educación, en el resto el 44,5% de los trabajadores privados).

Fuente: Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – DGEyEL 2014.
Sobre datos de EPH v SIPA

Pluriempleo (17,5%)

Gráfico 7 | Ocupados con pluriempleo según sector y calificación. Segundo Semestre de 2013. Total urbano.



Fuente: Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – DGEyEL 2014. Sobre datos de EPH y SIPA

Jornada promedio de trabajo (40,2 hs. semanales)

- Total trabajadores del sector Salud (40,2 horas semanales)
 - Trabajadores con sólo 1 ocupación (38,4 horas semanales)
 - Pluriempleados (48,6 horas a la semana)

- Varones trabajan en promedio casi cinco horas más que las mujeres en el sector.

- Mayor cantidad de horas
 - profesionales,
 - asalariados y trabajadores del sector público)

- Art. 197 reglamento de LCT
 - horas normales: horas fijadas por la legislación contratos, convenios colectivos o laudos arbitrales
 - Cuando no están fijadas las trabajadas en exceso por día o semana se rige como horas extraordinarias o es una excepción a la regla de la empresa

Horas promedio trabajadas

Ocupados del sector salud según tiempo promedio semanal de trabajo
Segundo Semestre de 2013. Total urbano.



Empleo no registrado (16,1 % menor al resto)

- 21,5% profesionales sector salud (12,1% resto)
 - ▣ Privado 38,2%
 - ▣ Público 8,8%
- 61,3% profesionales no registrados no entregan facturas:
 - encubren una relación laboral
- 14,3% no profesionales del sector (35,9 % resto)
 - ▣ Privado 19,7%
 - ▣ Público 7,2%

MÉDICOS en edad activa -Argentina

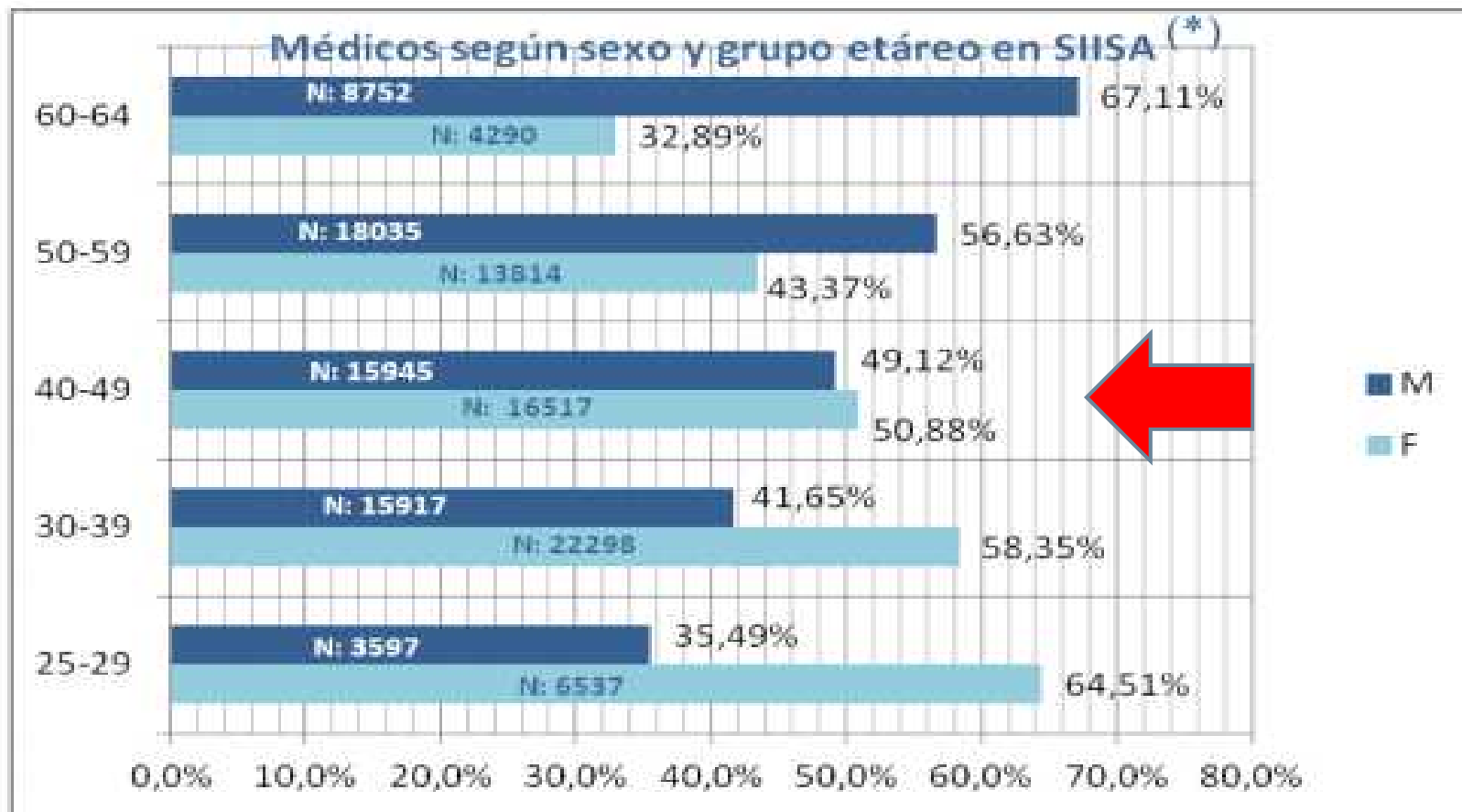
al 31-12-2012

- 160.041 (Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS))
 - ▣ 19,2% del total de trabajadores sectoriales

 - ▣ 6,3% extranjeros sobre total de los médicos en actividad

- 3,88 cada 1000 habitantes (base censo 2010)
 - ▣ duplica cantidad cada 1000 habitantes de Brasil
 - ▣ cuadruplica los de Chile y Perú (OMS, 2013).
 - ▣ Región NOA (2,74 por 1000 h)
 - ▣ Región central (6,79 por 1000 h) – incluye CABA-
 - ▣ Región patagónica (4,83 por 1000h)
 - muchos migrantes y alta rotación de profesionales
 - cercanía geográfica de algunas de sus ciudades más pobladas

Matriculas médicas según sexo y edad



(*) Elaborado en base a registros con sexo validado en SIISA al 31/12/2012.

Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS. Año 2012

Argentina

- De empleo no registrado a registrado
 - ▣ mas en profesionales de salud
- Pluriempleo:
 - ▣ profesionales médicos de mas de 51 años
 - 55% trabajan en consultorio privado y cobrando por prestación en OSN y EMP con jornadas de hasta 60 horas semanales.
 - También docencia e investigación.
- Enfermeras
 - ▣ solo el 18 % mayor de 51 años tiene esa condición.
- Jornada trabajada
 - ▣ 23% de los enfermeros y 18 % de los médicos trabajan mas de 48 hs semanales
- Percepciones negativas sobre las condiciones de trabajo
 - ▣ Médicos no de enfermeros

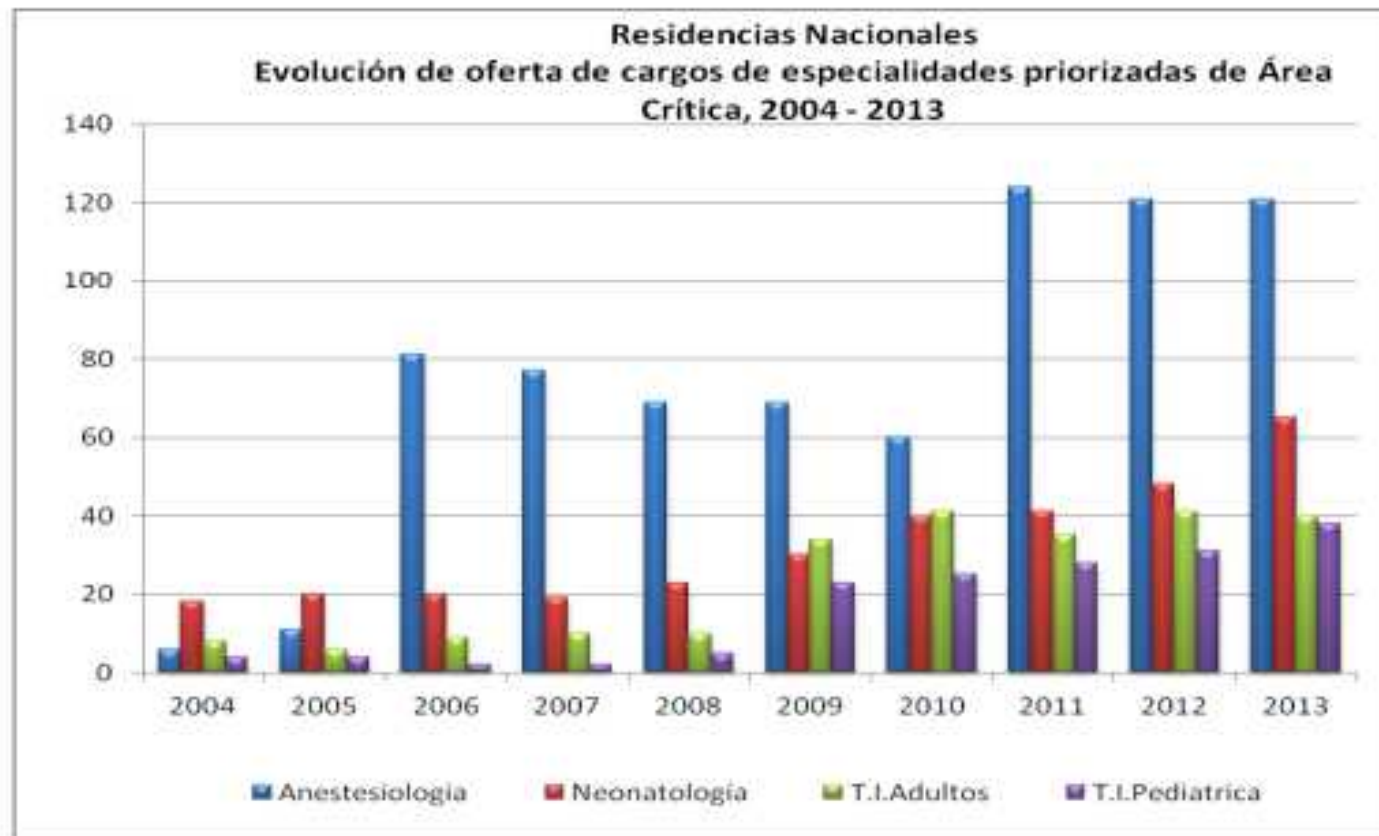
TRABAJADORES DE SEGURIDAD SOCIAL

- No hay régimen único
 - ▣ Pueden ser especiales
- Han recuperado efectores propios
 - ▣ Ley 22.212 (1945) para profesionales universitarios de medicina y afines para establecimientos oficiales o subvencionados por el Estado.
 - ▣ Dispersión y frondosidad
- Distintos convenios colectivos: 71/89, 99/90 y 100/90
 - médicos de guardia en hospitales o sanatorios de colectividades y particulares sin fines de lucro,
 - los que se desempeñan en emergencias y/o transporte en ambulancia
 - los que trabajan en geriátricos
 - ▣ Dificultad:
 - con los que hacen control de ausentismos o atienden consultorios externos: relación de dependencia
 - auditores médicos o guardias pasivas: hay subordinación, control u obligatoriedad personal

RESIDENTES MEDICOS

Evolución de cargos -2004-2013-

Evolución de la oferta de cargos de Residencias Nacionales para especialidades priorizadas de Área Crítica, 2004-2013.



Fuente: DNCHySO, elaboración propia a partir de la base de datos de Residencias Nacionales, 2013

Evolución de cobertura (2004-2013)

Evolución de la cobertura de cargos de Residencias Nacionales, distintas especialidades, 2004-2013.



Cargos de 1er AÑO

Evolución de cobertura (2004-2013)



Fuente: DNCHySO, elaboración propia a partir de la base de datos de Residencias Nacionales, 2013

4845 cargos ofertados en 2013 (1er año)

68% ministerios de salud nacional + provincial

9% fuerzas de seguridad + universidades + municipios

1.023 privadas (incompleto)

ESTABLECIMIENTOS internación/camas

- Privados 54,5%
 - Los de + camas en general integrados a prepagos
 - Innovadores en la alta complejidad
 - Elevado nivel de equipamiento
 - Alta capacidad financiera
 - Buen nivel de hotelería
 - Docencia e investigación
- Publico mayor numero de camas

Establecimientos sin internación

- Publico
 - Aumentaron por estrategia de APS estatal
- Privado
 - Centros de diagnostico y tratamiento, atención domiciliaria, internación de día, traslados sanitarios, vacunatorios
 - Grandes Centros urbanos: mayor complejidad

GERENCIADORES

- Aseguran al financiador atención por un valor fijo por persona
 - Gestiona las contrataciones, conexidades y control
 - Coordinación/ articulación/organización
 - Contrata por prestación según grupo destinatario:
 - Edad/tipo de patología/tasa de uso/ubicación/etc
 - Perfil
 - Empresa comercial
 - Para fijar la capita incluye su rentabilidad y asume riesgos
 - Entidades intermedias o gremiales
 - Redes administradoras de OS o EMP
 - No siempre pudieron administrar poblaciones ni reducir costos
 - Cambios de gerenciadorees o contractuales
 - Prestador o EMP
 - Interna: Accord Salud en UPCN
 - EMP: similar a los contratos corporativos
 - Prestador: subcontrata capitas, montos fijos, o prestaciones que no provee
 - Baja regulación
 - Oportunidad de fraudes, atrasos de pagos, o su desaparición
 - Mayores costos de transacción

ENTIDADES INTERMEDIAS

- Oferentes del servicio contratado por los financiadores
 - prohíbe Decreto 9/93
 - su poder varia según el grado de concentración de prestadores
 - Zona metropolitana: mayor variedad prestadores (menor poder que en el interior)
 - Padrones cerrados o abiertos, exclusivos o no
 - Pueden afectar la libre competencia (afectar al consumidor o al asociado o pagos plus)
 - Referentes en crisis de representación
 - pase de pago por cápita a prestación
 - Suelen cobrar un porcentaje por su función

- Colegios, agremiaciones o círculos
 - Médicos/odontólogos/bioquímicos/especialistas
 - Objeto: defensa de intereses de sus asociados y su representación
 - Médicos se agrupan en Colegios/federaciones. Ej. COMRA, AMA

- Federaciones de clínicas y sanatorios
 - Clínicas y Sanatorios se agrupan en asociaciones, federaciones, confederación. ACLIBA, FECLIBA, CONFELISA. CEPAL; ADECRA, etc.

OTROS ACTORES

Reguladores (X 24)

Salud


Trabajo

Otros mediadores de conflictos

Organizaciones sindicales

Poder judicial

REGULADORES - Variación de matriculaciones profesionales- técnicos

 **Profesiones matriculadas por provincia** Configurar

Provincia ↓	Grado Universitario	Auxiliarato	Tecnicatura	Total de profesiones
Buenos Aires	16	15	27	58
CABA	29	6	15	50
Catamarca	14	4	20	38
Chaco	15	3	17	35
Chubut	16	2	13	31
Corrientes	13	5	12	30
Córdoba	21	5	29	55
Entre Ríos	15	1	17	33
Formosa	18	4	16	38
Jujuy	23	6	13	42
La Pampa	19	3	19	41
La Rioja	29	5	25	59
Mendoza	19	1	25	45
Misiones	13	2	5	20
Neuquén	14	3	10	27
Río Negro	19	7	19	45
Salta	18	14	21	53
San Juan	26	13	32	71
San Luis	19	9	22	50
Santa Cruz	12	1	13	26
Santa Fe	16	2	9	27
Santiago del Estero	17	3	9	29
Tierra del Fuego	23	3	14	40
Tucumán	17	4	11	32

▼ Referencias de encabezados de columnas

- Provincia: Nombre de la provincia
- Grado Universitario: Cantidad de profesiones con grado universitario tiene la provincia
- Auxiliarato: Cantidad de profesiones con auxiliarato tiene la provincia
- Tecnicatura: Cantidad de profesiones con tecnicatura tiene la provincia
- Total de profesiones: Cantidad total de profesiones de la provincia

REGULADORES

Variación entes matriculadores

Entidades autorizadas para otorgar matrículas profesionales según especialidad y jurisdicción

JURISDICCION	MEDICINA	ENFERMERIA	ODONTOLOGIA	FARMACIA	BIOQUIMICA	NUTRICION	PSICOLOGIA
Buenos Aires	Colegio de Ley	Ministerio de Salud	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley
Catamarca	Consejo de Médicos	Ministerio de Salud	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Consejo de Bioquímicos	Ministerio de Salud	Colegio de Psicólogos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Córdoba	Colegio de Ley	Ministerio de Salud	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley	Colegio de Ley
Corrientes	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Chaco	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Colegio de Odontólogos	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Colegio de Psicólogos
Chubut	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud
Entre Ríos	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Secretaría de Salud	Colegio de Psicólogos
Formosa	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano	Ministerio de Desarrollo Humano
Jujuy	Consejo de Médicos	Ministerio de Bienestar Social	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Consejo de Bioquímicos	Colegio de Nutricionistas	Colegio de Psicólogos
La Pampa	Colegio Médico	Ministerio de Bienestar Social	Ministerio de Bienestar Social	Ministerio de Bienestar Social	Ministerio de Bienestar Social	Colegio	Colegio de Psicólogos
La Rioja	Colegio de Médicos	Ministerio de Salud	Colegio	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Mendoza	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Misiones	Colegio Médico	Colegio de Enfermería	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Colegio de Nutricionistas	Colegio de Psicólogos
Neuquén	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Río Negro	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Salta	Colegio de Médicos	Colegio de Enfermería	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Colegio de Graduados en Nutrición	Colegio de Psicólogos
San Juan	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Colegio de Psicólogos
San Luis	Ministerio Provincial	Ministerio Provincial	Ministerio Provincial	Colegio de Farmacéuticos	Ministerio Provincial	Ministerio Provincial	Colegio de Psicólogos
Santa Cruz	Colegio de Médicos	Ministerio de Asuntos sociales	Colegio de Odontólogos	Ministerio de Asuntos sociales	Ministerio de Asuntos sociales	Ministerio de Asuntos sociales	Colegio de Psicólogos
Santa Fe	Colegio de Médicos	Colegio de Enfermería	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Colegio de Graduados en Nutrición	Colegio de Psicólogos
Santiago del Estero	Colegio	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Tierra del Fuego	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Tucumán	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Círculo de Odontología	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Ministerio de Salud	Colegio de Psicólogos
MINISTERIO	13	22	12	14	15	17	10
COLEGIO	11	2	12	10	9	7	14



Enfrentan déficits de técnicos y especialistas



- Diversidad en las regulaciones federales
- Dificultades con espacios formadores
- Variabilidad entre profesiones
 - ▣ Edad promedio de enfermeros en P. de Bs. As (45 años), 2 años atrás 47
- Rentas diferenciales
- Multiempleo público – privado (en instituciones privadas)
- Retroceso de consultorio por relación de dependencia

REGULADORES

Carreras sanitarias públicas - evolución

Alcance Carrera	Hasta 1983	1984- 1991	2004 en adelante
Profesionales universitarios de la salud	San Juan (1961)	Buenos Aires (1987) CABA (1986) Jujuy (1984) Nación (1991) Santa Cruz (1986)	CABA (2010) Mendoza (2007) Nación (2009)
Profesionales y técnicos		Córdoba (1987) Río Negro (1984)	San Luis (2004) Entre Ríos (2009)
Todos los trabajadores de la jurisdicción salud		Chubut (1986) Formosa (1988) LA Pampa (1990) Misiones (1989) Salta (1996) Tucumán (1988)	Catamarca (2005) Chubut (2013) Salta (2011)
Estatuto general del empleado público	Chaco (1976) La Rioja (1979) Neuquén (1958) Santa Fe (1983)	Corrientes (1986) Santiago del Estero (1987) Tierra del Fuego (1988)	Neuquén nuevo escalafón (2007)

REGULADORES

Negociación colectiva Público/Privado

□ Pública

- ▣ Nacional/provincial/municipal
- ▣ Algunos
 - negociación colectiva
- ▣ régimen municipal o provincial
 - gran variabilidad

□ Privada

- ▣ Histórica negociación de convenios colectivos
 - administrativos y técnicos
- ▣ Suelen ser por establecimientos

Algunos servicios tercerizados

SINDICATOS DE SALUD-

Heterogeneidad de conflictividad

**Conflictos laborales con paro según total de actividades económicas y sector salud.
2006-2010**

	2006	2007	2008	2009	2010
Conflictos con paro total de actividades	770	839	840	874	940
Conflictos con paro Salud	147	145	164	158	208
% de conflictos en Salud sobre total de conflictos con paro	19%	17%	20%	18%	22%

Fuente: MTEySS - Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales - Dirección de Estudios de Relaciones del Trabajo.

- Conflictos estatales son más prolongados e involucran a mayor cantidad de trabajadores
- 90% de los conflictos en los que participaron profesionales se dieron en establecimientos públicos, principalmente en provincias
- Convenios Colectivos: Chubut, Mendoza y CABA



Los riesgos y los modelos contractuales

LOS INCENTIVOS

Los riesgos



- Riesgos propios de gestión en salud (fallas de mercado)
- Riesgos operacionales
- Riesgos de mercado
- Riesgos de conflictos sindicales o factores propios de situación del paciente
- **Riesgos financieros propios del contrato (prospectivo- retrospectivo: previsibilidad del gasto)**
- Riesgos políticos
- Riesgos derivados del caso fortuito o la fuerza mayor

Distribución de riesgos y mayor eficiencia

Clasificación por previsibilidad del gasto

- Prospectivos (independientemente del servicio prestado)-
transfiere riesgo al prestador
 - ▣ Capita
 - ▣ Cartera fija
 - ▣ Leasing de camas
 - ▣ Salario
 - ▣ Presupuesto
 - ▣ Honorarios

- Restrospectivos (riesgo en el financiador)
 - ▣ Acto médico
 - ▣ Modulo
 - ▣ Pago por día

Evans- Métodos de pago puros

A- Pago a profesionales

- Por acto médico
- Capitación por personas registradas por período de tiempo
- Salario por cada período

B- Pago a Instituciones

- Por caso
- Por día
- Presupuestos globales prospectivos

(en ambos casos los dos primeros siguen al paciente)

C- Mixtos – comparten riesgos prestador y financiador

Instrumentos de gestión (incentivos)



Condicionan la oferta:

- Sub/sobreprestación, derivación/retención de pacientes
- Solo a servicios curativos/preventivos
- Concentrar profesionales de una especialidad o área geográfica, o estimular técnicas y conocimientos

Condicionan la demanda



- Potencian la inducción a la demanda
- Influyen en la relación médico- paciente

Condicionan la Gestión

- Determina cantidad, tipo y costo del servicio
- Permite controlar costos
- Permite a entidades intermedias prever gasto prestacional
- Fáciles/complejos para distribuir recursos
- Requiere sistemas sofisticados e información o no

Condicionados por



- ❑ La infraestructura
- ❑ La tecnología
- ❑ La información
- ❑ El acceso geográfico
- ❑ El marco legal
- ❑ Las condiciones de salud
- ❑ Patrones epidemiológicos
- ❑ Consumo de servicios
- ❑ Habilidad y capacidad de pago de financiadores

Financiadores

- Combinan más de un sistema de pago
 - ▣ PAMI abonaba por cápita, ahora módulo
 - ▣ OSDE contrata todo por prestaciones (acto médico o módulo)
- Estrategias de integración vertical.
 - ▣ Grandes obras sociales como UOCRA, UOM, OSECAC, etc.
 - ▣ Entidades de medicina prepaga (Región metropolitana)
 - concentran en servicios propios 50% de prestaciones
 - tercerizan el 50% restante por prestación.
 - ▣ Hospitales de comunidad (Italiano, Alemán, etc.) u otros prestadores (Sanatorio Güemes) hacia adelante.
 - disminución de costos
 - estrategia prestacional propia.
 - Aunque con mayores costos fijos
 - Asumir el desafío de gestionar entidades disímiles
 - Posible multiplicar ineficiencias.

Flexibilidad vs costos variables

- Intercambiar entre puestos de trabajo

- Usar formas flexibles de remuneración
 - ▣ trabajadores sin costos elevados
 - ▣ Remuneración
 - Contraprestación al trabajador por sus servicios
 - Protección constitucional o legal
 - reglas para fijarlo: salario mínimo
 - Condiciones de modo tiempo y lugar de pago
 - Mecanismos para preservarlo
 - Inembargabilidad
 - crédito privilegiado
 - protección contra la mora
 - fondos de garantía por insolvencia

+ Económicos y Simbólicos

- Económicos
 - ▣ Recuperos de costos
 - ▣ Adicionales
 - ▣ Beneficios sociales y familiares

- Simbólicos
 - ▣ Condiciones de trabajo
 - Edilicias
 - Primer nivel de atención: dotación, rotacion
 - Guardias: 24 hs X 12 hs de planta (invertir en P de Bs As)
 - ▣ Capacitación permanente

Médico ajusta por tiempo

Incentivos óptimos no monetarios

Agentes intrínsecamente motivados o que desarrollen identidad

- **Motivación intrínseca de médicos**

- Ej. tareas relacionadas con
 - Atención directa a los pacientes
 - Mejora continua de su cualificación técnica, sus habilidades y su conocimiento científico

- **Identidad**

- Grupos: quienes se sienten parte y los funcionarios

- **Desincentivos**

- carrera profesional con normas rígidas -todos cobran igual-
- Programas de autoincentivos que agraven la situación

- **Incentivos** : más flexibilidad y tiempo

- Cubre metas asistenciales –calidad de atención
- Reconocimiento, investigación, formación y docencia- actualización permanente
- autonomía para organizar el trabajo y establecer objetivos, participación,

Invertir en capital motivacional y desarrollar identidad

Ref: Akerlof (premio nobel en Economía) y Kranton, -interiorización y endogenización de las metas organizativas- o Prendergast, 2007, 2008 y Benabou & Tirole, 2006 que acaba de recibir otro premio nobel. Ver Cabases Hita, Juan M. AES-2014



Casos y estudios de incentivos



Argentina 

Asociación de Economía de la Salud

Residencias médicas

- Alta deserción:

- convive con otros espacios formadores
- Alta carga horaria

No monetarios

- Sistema de acreditación + examen único
- Cubre cantidad de egresados
- Licencias especiales
- Guardias de 12 horas y no mas de 2 por semana
- Chaco y Santa Fe: cupo protegido: vacantes en la zona
- Compromiso de una año posterior: Neuquén, Jujuy, Santa Fe y Chaco
- Ingreso a la planta sin concurso: Tierra del Fuego y Río Negro

Plan Nacer – Sumar

Salario con pago por acto

- 2004 Gobierno Nacional
 - ▣ Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial (PISMIP), -Plan Nacer
 - mejorar los resultados de salud materno infantil (metas globales del Milenio)
 - contribuir al descenso de la morbilidad materno infantil.
 - Formar Seguros de Salud Materno Infantil Provinciales (SMIP)
 - ESTUDIO EN 9 PROVINCIAS DEL NEA Y NOA

Análisis del desempeño de Modelo Innovador de Inversión de Fondos por los propios Establecimientos en el marco del Plan Nacer

DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN DE RESULTADOS | 2013



Evaluación de la motivación de los equipos

Fuente: informe Plan Nacer / Programa SUMAR, Ministerio de Salud de la Nación junto a la Universidad ISalud, Consultoría I Gestión y Analogías

Esquema de transferencias



- el Plan Nacer no pueden reemplazar los recursos públicos provinciales invertidos previamente en salud, debe complementarlos.
- El precio que paga el SMIP a cada establecimiento lo define la Provincia
- Establecimiento decide participativamente, respetando los lineamientos generales definidos por la autoridad sanitaria de la cual dependen (categorías acordadas por las provincias y municipios)

Orientación del gasto e incentivos

- Definición de gastos no admisibles
 - Corrientes, Santiago del Estero y Maternidades y Hospitales de Misiones
 - sin indicaciones específicas.
 - Chaco, Tucumán y CAPS de Misiones
 - Prioridades, salvo algunas excepciones
- Incentivos Pecuniarios
 - Facultad de efectores de uso de hasta el 50% si la provincia, o el municipio autoriza
 - No usada por Jujuy, Salta, Tucumán y Santiago del Estero
 - Resto de las provincias uso algún tipo de incentivo pecuniario.
 - Más usaron Corrientes, Chaco y Misiones.
 - Formosa, única vez en un trimestre de 2006.
- Incentivos no pecuniarios
 - no son una política explícita en las provincias.
 - Mejoras en condiciones de trabajo son una motivación de por sí
 - Nivel de satisfacción con el Modelo de Uso de Fondos diseñado por el Plan Nacer
 - 7 puntos sobre 10, en la evaluación de los responsables de establecimientos DE Provincias del Norte.
 - Entre los equipos profesionales, asciende al 72%.
 - Motivos: 8 de cada 10 profesionales destaca los beneficios directos para la población que genera el Programa

Evaluación de modalidad de distribución de Incentivos Monetarios,

Motivación y desempeño

Incentivos Monetarios

- ▣ Valor estratégico
- ▣ ausencia de tendencias unívocas en el modelo de aplicación
- ▣ Mayoría vinculados al presentismo o al cumplimiento de metas como determinantes del monto de los incentivos.
- ▣ Pierden eficacia en la medida que se diluyen dentro del monto del salario habitual.
- ▣ 89% de los Directores/Responsables acuerdan con su pago
 - Reconoce el trabajo y esfuerzo
 - Promueve satisfacción laboral y motivación en el establecimiento.
 - No tracciona percepciones de motivación para el desarrollo del trabajo cotidiano
 - Su ausencia se traduce en niveles de insatisfacción.

Incentivos no monetarios

- Destaca la contribución de los incentivos no monetarios
 - ▣ para promover la motivación y el desempeño.
 - 8 de cada 10 Directores/Responsables concuerda con ellos
 - Valora las capacitaciones para los equipos de salud.
 - También las contribuciones del Plan Nacer
 - mejora en la organización de trabajo;
 - mejora en la práctica profesional;
 - más insumos y equipamiento;
 - aumento de cobertura de la población atendida;
 - mejora del ambiente físico de trabajo (8%)
 - 7 de cada 10 Directores expresa satisfacción con la supervisión y control realizada sobre el uso de los fondos y con la gestión de compra.

Hoy también incorpora

- niños/as y adolescentes de 6 a 19 años
- mujeres hasta los 64 años
- hombres adultos de entre 20 y 64 años

Hospitales SAMIC

- Ley 17.102/67 (1966), y Decreto Reglamentario N° 8248 del 23/12/1968
- Servicios de Atención Médica Integral a la Comunidad (SAMIC)
- Marco para muy pocos hospitales autogestionados
- Personería jurídica/Consejo de Administración/Dirección Médica
- Deciden sobre
 - Ingresos
 - Inversiones
 - oferta de servicios
 - procesos de gestión
 - convenir prestar servicios a terceros y a usuarios privados
 - retener fondos no ejecutados en ejercicios anteriores.
- Limitado control del Estado Nacional (dictámenes del PTN)
- Facilita cooperación horizontal y compartir recursos

Modelo de Gestión SAMIC

- Financiamiento explícito.
- Planes Estratégicos estructurados en Planes Operativos Anuales constituidos en Contratos Programa de Gestión.
- Metas de producción de servicios y metas de calidad científico técnica
 - ▣ compromisos de gestión y ligados a la remuneración corriente.
- Aplicación de programas de calidad.
- Amplitud de criterio para la definición de modalidad contractual
 - ▣ normas provinciales o nacionales en la materia.
- Capacidad de contratación, incentivo y sanción
 - ▣ Conforme POA y los compromisos vigentes.
- Estructura organizacional acorde a la misión y visión del establecimiento.

Hospital GARRAHAM

- Decretos N° 598/87, 815/89 y 262/95
 - ▣ Ratificaron Convenios Nación- CABA
 - Último definió no se transfiere a la órbita municipal (referencia nacional).
 - ▣ Mantienen ambos financiamiento sin límite temporal
 - ▣ Consejo de Administración
 - representación igualitaria (2 representantes)
 - Presidencia rotativa y forma de designación.
- RRHH
 - ▣ normas del derecho público
 - ▣ encuadra como pública la carrera del personal
 - ▣ utiliza alternativamente referencias de ambas jurisdicciones.
 - ▣ Las entidades gremiales reconocidas son las del personal estatal

Hospital El CRUCE

- SAMIC
- prestaciones médicas de alta complejidad en el sur del Gran Buenos Aires
- Convenio entre M. S. N. y de P. Bs. As. (2008)
 - ▣ Ratificado Decreto 3386/8
 - ▣ Decreto 9/09 crea un Ente para su administración como SAMIC
 - ▣ Aprueba su Estatuto que crea un Consejo de Administración
 - 2 representantes de cada parte, y la Nación lo preside durante el período fundacional (3 años)
 - subordina parte del aporte nacional a sus resultados.
 - Impreciso control SIGEN
 - Etapa de consolidación: requiere marcos definitivos
 - RRHH marco propuesto: período de prueba/régimen público/carrera sanitaria/evaluación de desempeño/entidades gremiales públicas
 - Algunos servicios tercerizados

Estatuto

□ Artículo 16:

- *Reglamento ...el Consejo de Administración, ...políticas de selección, remuneración, promoción, sanción, remoción y derechos y obligaciones del personal en acuerdo a los siguientes lineamientos:*
 - *a) Mecanismos de selección que acrediten idoneidad y aptitud para el desempeño, mediante sistema **de concurso**.*
 - *b) **Incentivos** que propicien altos niveles de **producción** con la mayor calidad de atención posible, así como percepciones adicionales de **terceros pagadores**.*
 - *c) **Regímenes horarios diversificados** según los requerimientos de la organización de modo que el Hospital funcione en horario extendido.*
 - *d) Estructura jerárquica funcional que tenga expresamente definidos los niveles de autoridad y las respectivas responsabilidades, sujeta al cumplimiento de objetivos y metas de calidad, de proceso y de resultados.*
 - *e) Regímenes de licencias.*
 - *f) Toda otra disposición tendiente a garantizar necesarios derechos del personal y su correcto desempeño”.*

□ Artículo 17

- *Personal proveniente de organismos municipales, provinciales o nacionales **podrá mantener por el término de tres años la condición de revista de su jurisdicción de origen u optar** desde el inicio por el nuevo régimen.*
- *Transcurrido el plazo mencionado deberá expresar su opción por el régimen propio del ente exclusivamente o, en su defecto, deberá reintegrarse a la planta del organismo de origen”.*

□ Artículo 18

- *sistema de previsión “...será el correspondiente a la Provincia de Buenos Aires, incorporándose la antigüedad y promoción de los agentes”.*

Personal del Cruce (1 100 agentes)

Incentivos simbólicos

- Clima Laboral y sentido de pertenecía
 - ▣ Encuestas, reuniones y capacitación
- Baja rotación de no profesionales (pocos 100 personas)
 - ▣ Posibilidad de estudiar en la institución (ej. gestión de pacientes)
- Retención total de profesionales
 - ▣ Cumple estrictamente exigencia legal por servicio
 - Escuela de enfermería (7 de c/10 vienen del sector privado, ya el 70% son licenciadas, menos de 40 años)
 - ▣ Alto apoyo para docencia e investigación
 - Financiamiento de viajes
 - Licencias
 - ▣ Forma sus propios residentes y profesionales
 - Ingresan a planta
 - ▣ Carrera, concurso y pase a planta (en desarrollo)
 - ▣ Horario de trabajo: fichan todos
 - ▣ Evaluación de desempeño participativa

Incentivos Monetarios

- Recupero de costos (aproximadamente 1000\$ x mes) o SUMAR
- Reconocimiento de tarea estratégica (aporte sobre ISO)
- Productividad: hasta el doble del salario para algunas especialidades

Medicina prehospitalaria



- ❑ Deficit emergentólogos
- ❑ Prima aspecto remunerativo
- ❑ Alta rotación, ausentismo, bajo cumplimiento de horarios, subcalificación profesional, poco cuidado de equipos e instalaciones
- ❑ En total solo 19 jurisdicciones normatizan
- ❑ Políticas de incentivos sin éxito

Ventajas de integración

- Mejora calidad sin mayores costos
- Permite alentar modelo de atención
 - ▣ OSECAC- Sanatorio Sagrado Corazón-
 - ▣ CONSTRUIR SALUD- médico de familia
- Tener
 - ▣ objetivos y resultados sanitarios
 - ▣ disponibilidad de camas
 - ▣ Reducir costos prestacionales
 - administra oferta con listas de espera
 - ▣ Menos costos de transacción (si de administración)
- Aumentar poder de negociación en el mercado

Desventajas de integración

- Alto costo fijo- capital inmovilizado
 - ▣ OSECAC solo integra 50% de alto costo
 - ▣ Terceriza otras
- Financiadore
 - ▣ asume pasivo contingente de riesgo laboral y mala praxis: solidaridad???
 - ▣ Compite con los otros prestadores
 - ▣ Menor productividad de los RRHH-
 - Como lo hacen OSCAC y Construir Salud???
- No necesariamente es menos costosa que la tercerización
- Potencia las deficiencias de las dos unidades de negocio
- Tendencia a la cultura de la sobreprestación

Por niveles de atención (OSN)

Region metropolitana

- 1er nivel
 - ▣ 50% integración vertical
 - ▣ 50% tercerizado
 - 35% capitado
 - 15% por prestación
- 2do Nivel
 - ▣ 15% integración vertical
 - ▣ 85% tercerizado
 - 75% capitado
 - 10% prestacion
- 3er Nivel
 - ▣ 5% integracion vertical
 - ▣ 80% prestación

Escasez de camas:

Mayor poder de negociación del
Prestador

Financiadores: crean sus propios
prestadores

EMP

- 50% servicios propios
- 50% subcontratan
 - ▣ Por prestación

Construir salud

- Médicos de familia: locación de servicios
 - ▣ Cantidad de horas
 - ▣ Productividad de consultas
- Médicos de demanda espontanea (ambulatoria)
 - ▣ Por hora
- Ciertos especialistas(oftalmólogo, dematólogo, otorrino)
 - ▣ APS por acto
- Alta complejidad en internación
 - ▣ Efectores privados
- Resto
 - ▣ Monto fijo
 - ▣ Prestación
- Programa de residencias propio

OSECAC (propio)



- 800 trabajadores
 - ▣ 300 enfermeros (30% licenciados)
 - ▣ 150 médicos
 - ▣ 60 residentes (acuerdos con varias Universidades)
- Alianzas estratégicas
 - ▣ Diagnósticos

Desincentivos simbólicos

- Guardia 1 fin de semana cada 5
- Alta rotación (coptados por competidores)

Sagrado Corazón (OSECAC)

Incentivos simbólicos

- Formación y desarrollo de competencias
- Jornada laboral 6 hs Planta, no mas de 12 hs (noche)
- Período de prueba (3 a 6 meses) – mujeres solicitan incorporación
 - ▣ Enfermería (25% no son incorporados)
 - ▣ Médicos (20% optan por otra institución)
- Carrera sanitaria

Incentivos monetarios

- Evaluación de desempeño
 - ▣ 14vo salario pagado en abril y octubre
- Pago por acto
 - ▣ Cirugías y anestesia
 - ▣ 2 guardias X semana , equiparan a situación de jornada laboral

Grandes prepagos

- Al menos 1 prestador propio
- Swiss Medical y galeno (5 clínicas)
- Omint y galeno (3 clínicas)
 - ▣ Resto de servicios
 - Prestación
 - Capitan solo específicos y puntuales

OSN (alta capacidad de pago)

- Por prestación a privados
- Derivan a medicina prepaga (comisarios Navales u OSPOCE)

Entidades con baja capacidad recaudación



- Cartilla reducida
- Medico de familia
- Coseguros
- Listas de espera
- Bonos de autorización
- Para el control del gasto prestacional

Variedad en la conexidad

- Modelos de contratación y pago
 - ▣ Por prestación o módulo a médicos
 - ▣ Por cápita a los bioquímicos, a las empresas de diagnóstico por imágenes y a las farmacias
 - conflictos por sobreprestación de médicos y subprestación de gerenciadorees contratados por cápita.
- No hay modelo óptimo
- Una gestión eficiente:
 - ▣ posicionar al financiador con ventajas competitivas para garantizar la viabilidad de largo plazo
 - ▣ brindar excelencia prestacional a los usuarios del sistema de salud.
 - ▣ Considerar las **MOTIVACIONES E IDENTIDAD** de los trabajadores

Médicos la salud de una profesión

-8 propuestas-(2012)

1. Consejo federal para desarrollo y planificación del talento humano
2. Formar para el cuidado de la salud.
3. Establecer un **régimen de empleo público** de profesionales de la salud **específico**, como estrategia de alcance federal.
4. **Ley de Atención Primaria de la Salud** que garantice la continuidad en la atención, correlacionando los **incentivos** para facilitarla
5. Incorporar masivamente tecnologías de información y comunicación (**TIC**) a la **enseñanza y la práctica** diaria de los profesionales de la salud.
6. Promover **investigaciones** sobre formación de los profesionales de la salud.
7. Crear un **fondo federal compensatorio solidario**.
8. Prever para los profesionales **públicos incentivos económicos** que compensen los lugares de trabajo críticos, por provincia, por región o por características de la localidad y alentar el **desarrollo de competencias**.



Encuesta estructurada (ISALUD- Comisión Nacional de Salud Investiga/2011)

- 300 médicos jóvenes sector público
- 500 estudiantes de grado
- **Factores que influyen sobre elección** de especialidades
 - ▣ Vocación de servir a otro
 - ▣ Compromiso con el resultado
 - ▣ Acceder a mejor conocimiento científico
- Incentivos negativos
 - ▣ Falta de insumos
 - ▣ Malas condiciones de trabajo
 - ▣ Baja remuneración
 - ▣ Obstáculos institucionales
 - ▣ Inestabilidad laboral
- 93% de médicos con disposición a ejercer en hospitales públicos



GRACIASiii

madies.claudia@gmail.com