

2018

COMISIÓN  
ASESORA  
MULTIPARTITA

# [NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO]

Texto ordenado del nuevo laudo médico  
vigente

Segunda Versión.

1º de abril de 2018

Cámara de Instituciones y Empresas de la Salud  
Federación de Prestadores Médicos del Interior  
Plenario de Instituciones  
Unión de Mutualistas del Uruguay  
Médica Uruguaya  
Sindicato Médico del Uruguay  
Ministerio de Salud Pública  
Ministerio de Economía y Finanzas

# TABLA DE CONTENIDOS

1. MARCO CONCEPTUAL Y LINEAMIENTOS GENERALES DE LAS MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO MÉDICO .....	6
2. MÁXIMO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HORA EN POLICLÍNICA.....	7
2.1. Primera etapa.....	7
2.2. Segunda etapa.....	7
2.3. Implementación de la segunda etapa.....	8
2.4. Definición de doble turno .....	8
2.5. Plazos de vigencia de la segunda etapa .....	9
2.6. Determinación del pago variable para la reducción de pacientes por hora.....	9
3. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MEDICINA GENERAL, MEDICINA FAMILIAR, PEDIATRÍA Y GINECOTOCOLOGÍA.....	10
3.1. Ámbito temporal de aplicación para cargos de alta dedicación.....	10
3.2. Ámbito personal de aplicación para cargos de alta dedicación .....	11
3.3. Ámbito espacial de aplicación para cargos de alta dedicación .....	11
3.4. Régimen de trabajo para cargos de alta dedicación.....	11
3.5. Definición de las actividades para cargos de alta dedicación.....	12
3.6. Médico generalista con especialidad de medicina interna. ....	13
3.7. Horas de actividades institucionales para cargos de alta dedicación.....	13
3.8. Metodología para el cálculo de la población de referencia. ....	13
3.9. Información SINADI para la referenciación. ....	14
3.10. Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.....	15
3.11. Retribución variable para la actividad de policlínica para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría.....	15
3.12. Datos Mínimos para la historia clínica de Pediatría. ....	17
3.13. Datos Mínimos para la historia clínica de Medicina General/ Interna. ....	19
3.14. Datos Mínimos para la historia clínica de Ginecología.....	20
3.15. Datos Mínimos para la historia clínica de Puerta de Emergencia. ....	23
De la Asistencia .....	23
Pase de Guardia.....	23
3.16. Retribución variable para la actividad de atención domiciliaria para cargos de alta dedicación. ....	23
3.17. Retribución variable para la actividad de urgencia y emergencia centralizada para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría.....	24
3.18. Retribución variable para ginecología y obstetricia para cargos de alta dedicación. ....	25
3.19. Cláusula de salvaguarda por reclamos del laudo actual. ....	26

3.20.	Régimen de trabajo de los suplentes .....	26
3.21.	Financiamiento para cargos de alta dedicación .....	26
3.22.	Comisión Asesora Multipartita (CAM).....	28
4.	COMPATIBILIZACIÓN DE LOS CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN CON LA ACTIVIDAD DOCENTE EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UDELAR .....	29
5.	NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MEDICINA INTENSIVA.....	30
5.1.	Antecedentes.....	30
5.2.	Ámbito personal de aplicación .....	30
5.3.	Ámbito espacial de aplicación .....	30
5.4.	Definiciones y descripción de tareas. ....	30
5.4.1.	Cargos de Alta Dedicación Longitudinal (CADL) .....	31
5.4.1.2.	Acceso a los CADL.....	32
5.4.1.3.	Régimen de trabajo de los CADL .....	32
5.4.2.	Cargos de Alta Dedicación Transversal (CADT).....	33
5.4.2.1.	Acceso a los CADT.....	33
5.4.2.2.	Régimen de trabajo de los CADT .....	33
5.4.3.	Cargos de Alta Dedicación Mixtos (CADM) .....	33
5.4.4.	Médico de Guardia (MG).....	34
5.5.	Definición de unidades según su tamaño .....	35
5.6.	Dotaciones.....	36
5.7.	Desarrollo Profesional Continuo.....	36
5.8.	Actividad de policlínica pediátrica.....	36
5.9.	Jefatura y Coordinación actuales.....	37
5.10.	Implementación. ....	37
5.11.	Disposiciones transitorias vinculadas a la implementación .....	37
5.12.	Remuneración .....	38
5.13.	Retribución variable para la actividad en CTI - CI.....	39
5.13.1.	Marco conceptual.....	39
5.13.2.	Mecanismo de pago variable. ....	39
5.14.	Régimen de suplencias .....	41
5.15.	Datos Mínimos para la implementación del pago variable .....	41
5.15.1.	Datos mínimos para Medicina Intensiva Adultos .....	41
5.15.2.	Datos Mínimos de Neonatología.....	42
5.15.3.	Datos Mínimos de Pediatría Intensiva.....	43
5.16.	Consideraciones Generales .....	43
6.	NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO DE MEDICINA INTERNA.....	44
6.1.	Generalidades de la especialidad .....	44
6.2.	Definición general del cargo de alta dedicación de medicina interna .....	44

6.3.	Régimen laboral de los especialistas en medicina interna .....	45
6.4.	Nuevo modelo de trabajo médico en medicina interna .....	45
6.5.	Descripción de las tareas de los cargos .....	46
6.6.	Definición de las actividades para cargos de alta dedicación de medicina interna. ....	46
6.7.	Retribución variable para la actividad de medicina interna en visita sanatorial y guardia interna. ....	47
6.8.	Retribución variable para la actividad de internación domiciliaria. ....	48
6.9.	Componentes mínimos de la historia clínica y el resumen de egreso .....	48
6.10.	Régimen de suplencias .....	49
6.11.	Médico pediatra en sanatorio cuidados moderados.....	49
6.12.	Modelo de transición .....	50
6.12.1.	Generalidades.....	50
6.12.2.	Régimen Laboral.....	50
7.	NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO DE PSIQUIATRÍA DE ADULTOS Y PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA	51
7.1.	Marco conceptual.....	51
7.2.	Ámbito personal de aplicación.....	51
7.3.	Régimen de trabajo .....	51
7.4.	Organización de la atención en policlínica .....	53
7.5.	Descripción general de actividades .....	53
7.6.	Definición de las actividades del CAD .....	54
7.7.	Horas de actividades institucionales .....	56
7.8.	Planificación del proceso psiquiátrico terapéutico .....	56
7.9.	Remuneración .....	57
7.10.	Régimen de trabajo de los suplentes .....	57
8.	ANTIGÜEDAD.....	58
8.1.	Antecedentes.....	58
8.2.	Ratificación.....	58
9.	NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO ESPECIALIDADES MÉDICAS.....	59
9.1.	Ámbito personal de aplicación.....	59
9.2.	Ámbito temporal de aplicación. ....	59
9.3.	Régimen de trabajo. ....	60
9.4.	Horas de actividades institucionales. ....	62
9.5.	Remuneración. ....	62
9.6.	Mecanismos de pago variable.....	63
9.6.1.	Policlínica.....	63
9.6.2.	Guardias de retén.....	63
9.6.3.	Visita sanatorial y guardia interna. ....	64
9.7.	Técnicas y procedimientos.....	64

9.8.	Régimen de suplencias .....	64
9.9.	Financiamiento de los Cargos de Alta Dedicación.....	64
9.10.	ANEXO: Consideraciones especiales.....	65
10.	MÉDICO EMERGENTÓLOGO, MÉDICO GENERAL, MÉDICO INTERNISTA O MÉDICO PEDIATRA QUE DESARROLLA FUNCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA .....	65
10.1.	Ámbito personal de aplicación.....	65
10.2.	Régimen de trabajo.....	65
10.3.	Horas de actividades institucionales.....	67
10.4.	Remuneración.....	67
10.5.	Régimen de suplencias.....	68
10.6.	Implementación.....	68
11.	NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO CIRUGÍA GENERAL .....	68
11.1.	Marco conceptual.....	68
11.2.	Ámbito personal de aplicación.....	70
11.3.	Ámbito temporal de aplicación.....	70
11.4.	Definición de los CAD de cirugía general.....	70
11.5.	Régimen de trabajo.....	71
11.6.	Unidad Básica Quirúrgica (UBaQ).....	72
11.7.	Instituciones de menos de 50.000 afiliados en el departamento donde se encuentra ubicada su sede principal.....	73
11.8.	Régimen de trabajo en blocks quirúrgicos descentralizados.....	74
11.9.	Remuneración.....	74
11.10.	Mecanismos de pago variable de la actividad de block quirúrgico.....	75
11.11.	Categorización de cirugías.....	76
11.12.	Régimen de suplencias.....	76
11.13.	Compatibilización de los cargos de alta dedicación con la actividad docente en la facultad de medicina de la UdelaR.....	76
11.14.	Cómputo de los cargos para la meta 4.....	76
11.15.	Evaluación del acuerdo.....	77
12.	NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	77
12.1.	Ámbito personal de aplicación.....	77
12.2.	Régimen de trabajo.....	77
12.3.	Horas de actividades institucionales.....	78
12.4.	Remuneración.....	79
12.5.	Mecanismo de pago variable.....	79
12.6.	Anexo 1: distribución orientadora de tareas para un cargo de 30 horas semanales.....	80
12.7.	Anexo 2: Macroscopía, clasificación de los tipos de piezas.....	80
12.8.	Anexo 3: ejemplo de distribución del pago variable por equipo de trabajo.....	81
13.	NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO IMAGENOLOGÍA.....	81

13.1.	Marco Conceptual.....	81
13.2.	Ámbito personal de aplicación.....	83
13.3.	Ámbito temporal de aplicación.....	83
13.4.	Régimen de trabajo.....	83
13.5.	Horas de actividades no asistenciales.....	85
13.6.	Descripción general de actividades.....	86
13.7.	Pautas básicas de procedimiento en imagenología.....	87
13.8.	Remuneración.....	88
13.9.	Mecanismo de pago variable ACTIVIDAD DE COORDINACIÓN.....	88
13.10.	Mecanismo de pago variable ACTIVIDAD DE GUARDIA INTERNA.....	89
13.11.	Mecanismo de pago variable ACTIVIDAD EN RÉGIMEN DE RETÉN.....	89
13.12.	Régimen de Suplencias.....	89
13.13.	Anexo.....	89
14.	CONTENIDO DEL TEXTO ORDENADO.....	95

## **1. MARCO CONCEPTUAL Y LINEAMIENTOS GENERALES DE LAS MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO MÉDICO<sup>1</sup>**

Durante el presente convenio se deberán revisar los laudos médicos actuales. La revisión de los mismos se plantea en el entendido que los trabajadores son el recurso esencial de los sistemas de salud, y por ende la forma en que los mismos se organicen, impacta directamente en la atención de salud de la población y en la calidad de la misma. En este sentido, 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.

En este marco, los laudos médicos vigentes, deberán revisarse tomando como criterios generales los siguientes aspectos:

- Ampliación o adecuación de la carga horaria con el objetivo de mejorar la calidad asistencial concentrando el empleo.
- Redimensionamiento de la actividad, incorporando en la carga horaria, actividades que exceden la atención directa al paciente.

En el caso de la asistencia en policlínica, se adiciona a lo anterior:

- Incremento del tiempo disponible por consulta.
- Cambio en la forma de pago: combinando una proporción de salario fijo, con otro variable. En el caso del primer nivel de atención: un pago por población de referencia y actividades enmarcadas dentro de los planes y programas de salud que correspondan de acuerdo a las características epidemiológicas de dicha población. Para las demás especialidades, un componente variable relacionado con indicadores de desempeño a definir (ej. historia clínica completa).

En el caso de policlínica, los nuevos cargos deberán incorporar además de la consulta, el seguimiento de su población en domicilio frente a situaciones de enfermedad, según se establezca en la reglamentación para el caso del primer nivel de atención, el registro clínico y administrativo, seguimiento de su población de referencia en los otros niveles asistenciales, tareas de educación para la salud y Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC).

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, con diferentes alternativas para que las instituciones en acuerdo con las gremiales médicas que actuarán en consulta con el cuerpo médico de las respectivas instituciones, puedan seleccionar las que resulten funcionales a su tamaño, naturaleza, gestión asistencial y capacidad para alcanzar los necesarios equilibrios institucionales y laborales.

---

<sup>1</sup> Acta Consejo de Salarios 3 de noviembre de 2010.

## 2. MÁXIMO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HORA EN POLICLÍNICA.

### 2.1. Primera etapa<sup>2</sup>

- a. Para el pago del complemento variable cuando corresponda, se establecerán franjas proporcionales a las actuales para la labor de policlínica.
- b. A partir del 1º de marzo de 2011 el número máximo de atención de pacientes deberá ser de cinco por hora, para las especialidades de medicina general, medicina familiar, ginecología, pediatría y geriatría. A los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto anteriormente, las empresas podrán realizar un cronograma de implementación que no podrá superar el 30 de agosto de 2011.
- c. A partir del 1º de setiembre de 2011 el número máximo de atención de pacientes deberá ser de cinco por hora, para aquellos médicos no contemplados en el literal anterior y que en el artículo 3 del Decreto 440/985 de 15 de agosto de 1985 se les determinaba un máximo de atención de 6 pacientes por hora. A los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto anteriormente, las empresas podrán realizar un cronograma de implementación que no podrá superar el 30 de junio de 2012.

### 2.2. Segunda etapa<sup>3</sup>

Las partes acuerdan determinar el número de pacientes por hora en área ambulatoria, en atención a los grupos de situaciones que se detallarán a continuación.

El **Grupo Nº I** está integrado por las siguientes especialidades: Fisiatría, Neurología, Neuropediatría, Psiquiatría, Geriatría, para las cuales las Instituciones podrán optar entre una de las siguientes alternativas:

- 1) cuatro (4) pacientes por hora y doble turno en la primera consulta; o
- 2) tres (3) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta.

La especialidad de Neurología quedará comprendida necesariamente en la opción Nº 1.

El **Grupo Nº II** está integrado por las siguientes especialidades: Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, Medicina Interna, para las cuales las Instituciones seguirán los siguientes criterios:

- En **Medicina General**, las Instituciones podrán optar entre **una** de las siguientes alternativas: a) el médico atenderá cinco (5) pacientes por hora con doble turno en primera consulta para los pacientes que soliciten referenciarse; o b) cuatro (4)

---

<sup>2</sup> Cláusula 7 del acta de Consejo de Salarios de 3 de noviembre de 2010.

<sup>3</sup> Acuerdo CAM 6 de agosto de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

pacientes por hora sin doble turno en primera consulta. En la policlínica de atención inmediata, atenderá cinco (5) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta.

- En **Medicina Familiar** se atenderán cinco (5) pacientes por hora con doble turno en primera consulta para los pacientes que soliciten referenciarse.
- En **Pediatría**, las Instituciones podrán optar entre **una** de las siguientes alternativas: a) cuatro (4) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta; o b) cinco (5) pacientes por hora con doble turno en primera consulta para los pacientes que soliciten referenciarse. En la policlínica de atención inmediata, se atenderán cinco (5) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta.
- En **Medicina Interna**, las Instituciones podrán optar entre una de las siguientes alternativas: a) cuatro (4) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta; o b) cinco (5) pacientes por hora con doble turno en la primera consulta.

El **Grupo N° III** está integrado por las demás especialidades médicas no incluidas en los Grupos N° I y II. Como criterio general se establece que las Instituciones podrán optar entre una de las siguientes alternativas:

- 1) cuatro (4) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta; o
- 2) cinco (5) pacientes por hora con doble turno en primera consulta.

En **psiquiatría pediátrica**<sup>4</sup> el tiempo de atención en policlínica será de 30 minutos por paciente (2 pacientes por hora) sin doble turno para el paciente que se asiste por primera vez, o de 20 minutos (3 pacientes por hora), con doble turno en primera consulta para el paciente que se asiste por primera vez. Al 1° de noviembre de 2016 se convocará a las partes firmantes del acuerdo para evaluar la aplicación de este punto.

### **2.3. Implementación de la segunda etapa.**<sup>5</sup>

En cada uno de los grupos anteriores, la opción elegida para cada especialidad por la IAMC deberá ser formalmente comunicada por ésta a la DINATRA – MTSS en un plazo de 60 días de suscripto el presente acuerdo en el Consejo de Salarios. Del mismo modo para los casos en que posteriormente a su implementación surjan modificaciones, las mismas deberán comunicarse previo a esta. Cumplida la comunicación referida, el MTSS notificará la opción elegida al resto de las partes firmantes del presente acuerdo.

### **2.4. Definición de doble turno**<sup>6</sup>

Doble turno en primera consulta en el primer nivel de atención (Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría y Geriatría):

Es la primera consulta programada entre el paciente y la medicina general o el paciente y la

---

<sup>4</sup> El caso de psiquiatría pediátrica hace referencia al acuerdo de la CAM del 6 de mayo de 2015 – Acta de Consejo de Salarios de 15 de junio de 2015.

<sup>5</sup> Acuerdo CAM 6 de agosto de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>6</sup> Acuerdo CAM 28 de diciembre de 2016.

especialidad. Si el usuario pasa tres años o más sin consultar con la misma especialidad o medicina general, el profesional tiene que reiniciar la consulta, por lo que se considera nuevamente como “primera consulta”. También se otorgará un doble turno en aquellos casos vinculados al cumplimiento de pautas o protocolos establecidos por los programas de salud para el cumplimiento de las metas asistenciales, en las diferentes etapas de la vida.

## **2.5. Plazos de vigencia de la segunda etapa<sup>7</sup>**

La obligación de aplicar el nuevo régimen acordado en el presente documento, se hará efectivo a partir del 31 de marzo de 2015 para todos los grupos de especialidades médicas, Grupos N° I, II, y III, sin perjuicio de que en lo referido a las especialidades contenidas en el Grupo III, -su ajuste- se haga en atención a una implementación gradual que contemple un mínimo de dos especialidades al año, a propuesta del SMU y con la aprobación de las organizaciones y representantes de las autoridades públicas firmantes. En octubre de cada año comenzando en 2014, se definirán al menos las dos especialidades del Grupo III cuya implementación efectiva se hará a partir del 31 de marzo del año siguiente.

La firma de todo acuerdo ulterior, del cual se desprendan condiciones más beneficiosas para las instituciones de asistencia médica colectiva, aprovechará -ipso facto- a quienes comparecen en la presente acta.

## **2.6. Determinación del pago variable para la reducción de pacientes por hora<sup>8</sup>**

A los efectos de la determinación del pago variable en Policlínica, en los casos y plazos que procede la reducción de los pacientes atendidos por hora de acuerdo a lo establecido en el Acta de Consejo de Salarios de fecha 3 de noviembre de 2010, cláusula “QUINTA. Condiciones de Trabajo Médico”, numeral 7, literales a) al e) (“Primera etapa”. Página 7 de este texto ordenado) se procederá de la siguiente forma:

1. El actual pago variable por acto en Policlínica, determinado en el referido acuerdo de Consejo de Salarios, con los ajustes que correspondan según la fecha de aplicación del cálculo, se multiplicará por el número de pacientes fijados para la policlínica de 26 horas mensuales completa. Esto es 156 pacientes mensuales para Medicina General y demás Especialidades (artículo 3º del Decreto 440/985 de 15 de agosto de 1985) con excepción de las especialidades de Psiquiatría, Neurología y Fisiatría, cuyo número máximo mensual de pacientes es de 104 pacientes (Laudo de 1965 – Grupo 50 de 1º de octubre de 1965; Capítulo II Condiciones Laborales Generales Numeral 2 Literal c).
2. Dicho resultado deberá dividirse según especialidad y fecha de aplicación del cálculo, por el número de pacientes mensuales que correspondan a la Policlínica completa según especialidad y fecha, para una Policlínica de 26 horas mensuales, aplicando el

---

<sup>7</sup> Acuerdo CAM 6 de agosto de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>8</sup> Acta Consejo de Salarios 29 de diciembre de 2011

Numeral 7 literales b) al d) de la cláusula Quinta. Esto es 130 pacientes (literales b) y c); 104 pacientes (literal d) y 78 pacientes (literal e).

3. El resultado de las operaciones indicadas en los dos numerales anteriores será el valor del pago variable por acto en Policlínica, según fecha y especialidad.
4. El aumento de cargas horarias determinadas en el Numeral 5 literal a) y b) de la cláusula Quinta, y la disminución de pacientes por hora (Numeral 7 literales a) al e) (“Primera etapa”. Página 7 de este texto ordenado) determinarán un cambio en las franjas de pago, según se establece en el numeral siguiente, manteniendo el valor del pago variable por acto en Policlínica referido en el presente (numerales 1 a 3) con los ajustes que correspondan de acuerdo al Acta del Consejo de Salarios de 3 de noviembre de 2010 y los que puedan acordarse en el futuro.
5. A los efectos del pago variable por acto en Policlínica se establecerán tres franjas donde las dos primeras equivalen al 40% del total de pacientes mensuales con policlínica completa y la última al 20%. La policlínica completa equivale a la cantidad de horas mensuales multiplicado por el número de pacientes por hora según fecha del cálculo y especialidad.
6. A los efectos del cálculo del pago variable por acto en Policlínica, el primer 40% de pacientes asistidos no generará pago complementario. El segundo 40%, generará pago doble del complemento variable por acto, y el último 20%, pago simple.
7. A los efectos de la aplicación del literal f) Numeral 7) de la Cláusula Quinta del Acta del Consejo de Salarios de 3 de noviembre de 2010 (“Primera etapa”. Página 7 de este texto ordenado) (doble turno en primera consulta), se considerará como si fueran dos pacientes a los solos efectos del pago variable en Policlínica.

### **3. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MEDICINA GENERAL, MEDICINA FAMILIAR, PEDIATRÍA Y GINECOTOCOLOGÍA.**

#### **3.1.Ámbito temporal de aplicación para cargos de alta dedicación<sup>9</sup>**

El nuevo régimen de trabajo médico que se regula por este convenio, se hará efectivo para los cargos creados o que se transformen, a partir del 1º de julio de 2014 y los médicos que ingresen a las instituciones, a partir de dicha fecha. Sin perjuicio de lo anterior, las instituciones y los trabajadores podrán adelantar la implementación del nuevo régimen, comenzando su aplicación a partir del 1º de enero de 2013, de acuerdo al financiamiento disponible previsto en la cláusula decimosexta (“Financiamiento para cargos de alta dedicación”. Página 26 de este texto ordenado).<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>10</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

### **3.2.Ámbito personal de aplicación para cargos de alta dedicación<sup>11</sup>**

El nuevo régimen de trabajo médico se aplicará a aquellos cargos que se desempeñen en medicina general, medicina familiar, pediatría y ginecología.

Los trabajadores e instituciones podrán acordar incluir en este régimen los cargos de jefatura, coordinación y consultantes. No quedarán comprendidos por este acuerdo, aquellos profesionales que trabajan exclusivamente en las técnicas diagnósticas y tratamientos especializados.

### **3.3.Ámbito espacial de aplicación para cargos de alta dedicación<sup>12</sup>**

No quedan necesariamente comprendidos en este régimen los profesionales médicos que trabajan en pequeñas comunidades (ciudades, villas o pueblos) donde no se encuentre la sede principal de alguna IAMC, entendiéndose por tales las que cuenten con hasta 1.200 afiliados por institución.

Las instituciones y sus trabajadores podrán acordar las condiciones de trabajo en estos servicios, las actividades comprendidas, carga horaria, remuneración y tipología de servicios de acuerdo a la cantidad de afiliados, pudiendo acumular horas entre diversas localidades.

### **3.4.Régimen de trabajo para cargos de alta dedicación<sup>13</sup>**

1. El nuevo régimen de trabajo es exclusivo para cargos titulares.
2. Los médicos comprendidos en el ámbito personal de aplicación de este convenio, trabajarán en régimen de 40 a 48 horas de semanales (las que equivalen de 175 horas a 209 horas mensuales respectivamente).<sup>14</sup>
3. Las horas que se realicen bajo este régimen de alta dedicación se abonarán como horas simples, siempre y cuando estén comprendidas dentro de la carga horaria del cargo.
4. Las cargas horarias semanales podrán comprender horas de urgencia y emergencia, internación domiciliaria, guardia sanatorial, atención domiciliaria (que en su conjunto no podrán exceder el 75% del total de la carga horaria), con horas de atención directa a pacientes en policlínica (que no podrán ser menores al 20% del total de la carga horaria), visitas a pacientes internados, así como actividades de educación y promoción para la salud y horas de actividades institucionales que no impliquen la atención directa a pacientes. La carga horaria no comprende horas de retén, sin perjuicio de que

---

<sup>11</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>12</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>13</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012.

<sup>14</sup> Acuerdo CAM 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

acuerdos futuros en otras especialidades incorporen esta actividad en aquellos casos en que su metodología de trabajo lo justifique.

5. La carga horaria asignada a guardia, debe obligatoriamente incluir al menos una guardia nocturna semanal y una guardia mensual de fin de semana o feriados, en aquellos cargos que tengan al menos 16 horas de guardia semanal. Aquellos cargos que tengan menos de 16 horas de guardia semanal, deberán incluir una guardia nocturna semanal o una guardia de fin de semana mensual, de acuerdo a los requerimientos del servicio.
6. La distribución de las horas en las distintas actividades tendrá flexibilidad dentro del mismo cargo, según requerimiento del servicio, respetando mensualmente los límites por actividad establecidos en las cláusulas 5.4, 5.5 y 5.7<sup>15</sup> (“Régimen de trabajo para cargos de alta dedicación”. Página 11 numerales 4, 5 y 7 de este texto ordenado). La institución será responsable de brindar anualmente al profesional si así lo requiere, un listado con el detalle de horas cumplidas en el año correspondientes a cada tipo de actividad.
7. Bajo este régimen de trabajo en ningún caso el régimen de guardias excederá las 16 horas corridas.

### **3.5. Definición de las actividades para cargos de alta dedicación.<sup>16</sup>**

1. Policlínica de medicina general, familiar y pediatría: presta atención no urgente en consultorio, constituyendo el nivel fundamental de relación usuario – servicio. En su horario destinado a policlínica, es responsable de la atención longitudinal de su población de referencia y, de población que no esté referida a él. Lo expresado es sin perjuicio del derecho que tiene el médico a no aceptar prestar atención a algún paciente, siempre que no constituya omisión de asistencia. Recibe también, pacientes dados de alta de sanatorio o internación domiciliaria con pase a Médico de Policlínica para su control, pacientes enviados por el servicio de urgencia o por cualquier especialista con pase a consultorio. La actividad de Policlínica tendrá un fuerte componente de promoción de la salud con actividades dirigidas a la familia y el entorno. Forma parte del perfil, la coordinación con otras especialidades y niveles asistenciales.
2. Policlínica de Ginecología y Obstetricia: En policlínica el ginecólogo será responsable de la atención primaria en todo su concepto: control prenatal; prevención del cáncer génito – mamario; anticoncepción y salud sexual y reproductiva; educación para la salud; captación de patologías y su correcta derivación; trabajo multidisciplinario, etc. El asesoramiento en salud sexual y reproductiva, incluirá la colocación del DIU (Dispositivo Intrauterino) y la realización del PAP (Papanicolau)

---

<sup>15</sup> Cláusulas correspondientes al Acta de Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012.

<sup>16</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

dentro de este cargo, sin que esto implique un pago adicional al establecido para la consulta.

3. Atención Domiciliaria: atención de las consultas domiciliarias urgentes y no urgentes.
4. Emergencia y Urgencia: atiende las emergencias y urgencias médicas que le llegan por distintas vías, realiza la valoración primaria del paciente, la terapia de urgencia, solicita las consultas de urgencia con las especialidades que corresponda y determina los ingresos en las diferentes áreas sanatoriales.
5. Internación domiciliaria: es una modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente en su domicilio, de patologías tanto agudas como crónicas en episodio agudo, en adultos y niños. (Decreto 191/008)
6. Guardia sanatorial: es el responsable de la vigilancia y cuidado del paciente internado en sanatorio y/o hospital, y actúa eventualmente con el resto del equipo médico.

### **3.6. Médico generalista con especialidad de medicina interna.<sup>17</sup>**

Es aquel Médico Generalista con especialidad de Medicina Interna que, de requerirlo el servicio, actúa desarrollando tareas en policlínica y/o atención domiciliaria como Médico Generalista, y realiza tareas propias de su especialidad en la asistencia, control y tratamiento de los pacientes internados en áreas sanatoriales, emergencia o urgencia, e internación domiciliaria. En este caso el profesional podrá acceder a los cargos de alta dedicación, con las características establecidas para los mismos en el presente acuerdo.

### **3.7. Horas de actividades institucionales para cargos de alta dedicación.<sup>18</sup>**

Esta actividad incluye como mínimo 2 horas semanales comprendidas dentro de las 40 a 48 horas semanales respectivamente, y teniendo en cuenta 43 semanas laborales anuales, totalizan 86 horas al año. Estas horas deben ser flexibles tanto en su contenido como en su distribución anual de acuerdo a los requerimientos del servicio. Quedan excluidos los días de licencia por congreso.

### **3.8. Metodología para el cálculo de la población de referencia.<sup>19</sup>**

1. El mecanismo de referenciación incorpora el ajuste por riesgo.
2. Para el cálculo de la población de referencia se consideran:
  - a. Las consultas potencialmente realizables por el médico en policlínica (que surgen de multiplicar el total de horas de policlínica anuales que tiene

---

<sup>17</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>18</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>19</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

- asignadas el médico, suponiendo 43 semanas laborales al año, por la cantidad de consultas por hora que corresponda en el marco de los acuerdos vigentes).
- b. La proporción entre consultas de control de los programas y las consultas por episodios de enfermedad.
    - i. La cantidad de consultas de control esperadas anuales, por tramo de edad y sexo, establecidas en los programas de salud del MSP.
    - ii. La cantidad de consultas esperadas por episodios de enfermedad, por tramo de edad y sexo.
  - c. La cantidad de usuarios de referencia de cada médico varía de acuerdo a la estructura por tramo de edad y sexo de la misma.
  - d. Cada usuario de acuerdo a su edad y sexo, tiene una cantidad de consultas totales anuales esperadas (surge de sumar por el tramo de edad y sexo correspondiente, 2.b.i y 2.b.ii)
3. En la medida que cada usuario se va referenciando al médico, se descuentan del total de consultas que potencialmente puede realizar en el año (2.a) las consultas anuales esperadas del usuario (2.d). La población de referencia del médico puede aumentar en la medida que la cantidad de consultas potencialmente realizables restantes sean suficientes para cubrir las consultas esperadas del usuario.
  4. En la transición y hasta que no se cuente con la información desagregada entre consultas de control y consultas por episodios de enfermedad, el total de consultas anuales esperadas por tramo de edad y sexo (2.d) surgirá de los datos sectoriales del SINADI. Luego de transcurridos 18 meses de la firma del presente documento, se deberá convocar a las partes para que, en base a los datos de los nuevos cargos y analizando las frecuencias que surjan de la práctica, se calculen las proporciones de consultas programadas y espontáneas y se comience a aplicar el método original.
  5. La institución será responsable de brindar trimestralmente al médico un listado taxativo de los usuarios referenciados así como el número de cupos que el médico tiene disponible. El médico tiene la obligación de informar a la institución cualquier cambio que se realice en dicha lista, ya sea de nuevas personas referenciadas como otras que dejan de atenderse con dicho médico”.

### 3.9. Información SINADI para la referenciación.<sup>20</sup>

Para operativizar el método de referenciación acordado, se presentan a continuación las tasas de utilización registradas en el SINADI asistencial durante el período enero – diciembre de 2011, para las especialidades comprendidas en el acuerdo de noviembre de 2012.

SEXO	EDAD	Pediatría	Medicina General	Ginecología
SEXO MASCULINO	< 1	12,3		
	1 a 4	3,8		
	5 a 14	1,8		
	15 a 19		1,0	
	20 a 44		0,9	

<sup>20</sup> Acuerdo CAM diciembre 2011 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

	45 a 64		1,9	
	65 a 74		3,5	
	> 74		4,1	
<b>SEXO FEMENINO</b>	< 1	12,0		
	1 a 4	3,7		
	5 a 14	1,8		
	15 a 19		1,5	1,1
	20 a 44		1,6	1,8
	45 a 64		3,0	0,9
	65 a 74		4,3	0,4
	> 74		4,0	0,2

### **3.10. Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.<sup>21</sup>**

1. Los médicos que ingresen a este régimen de trabajo cobrarán un valor global, equivalente por hora, de \$708 nominales (equivalente a \$ 123.903 por 175 horas mensuales y \$ 147.975 por 209 horas mensuales).
2. Dicho valor se compone de un porcentaje fijo y otro variable. El componente variable será asignado en función del cumplimiento de metas, actos médicos u otros conceptos y será descripto de manera específica para cada tipo de actividad, no pudiendo superar el 25% del valor indicado. En el punto de partida se comienza con la aplicación del porcentaje máximo de 25%.
3. La relación entre el porcentaje fijo y el variable podrá ser excepcionalmente modificada mediante acuerdo en el Consejo de Salarios.
4. El valor indicado en esta cláusula remunera todos los actos médicos.
5. El valor hora está expresado a valores del 1º de julio de 2012 y posteriormente se ajustará en los mismos porcentajes y oportunidades en que se ajustan los salarios del sector. Los valores indicados incluyen el fondo de categoría, 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. Declárase que la remuneración de los cargos de alta dedicación tiene, a todos los efectos, carácter de mensual.<sup>22</sup>

### **3.11. Retribución variable para la actividad de policlínica para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría.<sup>23</sup>**

<sup>21</sup> Acta Consejo de Salarios 5 noviembre 2012

<sup>22</sup> Acuerdo CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>23</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012.

1. La retribución variable de policlínica representa el 25% del valor hora definido en la cláusula anterior (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.” Página 15 de este texto ordenado) multiplicado por el total de horas de policlínica definidas en el cargo.
2. El pago variable de policlínica está compuesto de dos etapas.
3. La **primera etapa** comienza con el ingreso del profesional al cargo y finaliza transcurrido un año o en el momento en que el 80% de las consultas potencialmente realizables<sup>24</sup> sean consultas realizadas por su población de referencia (opera el mínimo de ambos criterios). En esta etapa el pago variable corresponde al pago de las consultas de su población de referencia condicionado a que la historia clínica estandarizada, definida en el numeral undécimo 6, cuente con el 100% de los registros. En el caso de las consultas de la población no referenciada, el valor unitario y requerimientos de registro es igual que el de la población de referencia, pero se paga el 20% de las mismas. El valor unitario del acto corresponde al cociente entre el 25% del valor hora y la cantidad de consultas por hora laudadas.

Valor unitario de la consulta de acuerdo a la cantidad de consultas por hora, a valores del 1º de julio de 2012

Consultas por hora	Valor unitario de la consulta
5 consultas por hora	\$U 35,40
4 consultas por hora	\$U 44,25
3 consultas por hora	\$U 59,00

4. La **segunda etapa** comienza una vez transcurrido un año o alcanzado el porcentaje de referenciación pautado. En esta etapa se comienza a pagar por el total de las consultas, de la población referenciada y la no referenciada, condicionado en todos los casos al 100% de la historia clínica estandarizada completa. A los efectos de determinar el pago se establecerán tres franjas donde las dos primeras equivalen cada una a 40% del total de consultas potencialmente realizables por el médico y la última a 20%. El primer 40% de las consultas no genera pago complementario. El segundo 40% de las consultas genera pago doble del valor unitario de la consulta y el último 20% pago simple. Para que opere el pago sobre el total de las consultas realizadas, al menos el 60% deben ser de su población de referencia. Si no se alcanza este porcentaje se paga con el mismo criterio de franjas pero exclusivamente las consultas de la población referenciada y el 20% de las consultas de la población no referenciada. El valor de la consulta es el mismo que en la etapa 1, el cociente entre el 25% del valor hora y la cantidad de consultas por hora laudadas.
5. En las dos etapas el control acumulará cuatro meses y condicionará el pago de los siguientes 4 meses. Si la Institución por cualquier razón no hace la evaluación de referencia en los plazos establecidos, continuará obligada al pago del variable hasta su

<sup>24</sup> Tal como se definió anteriormente, las consultas potencialmente realizables surgen de multiplicar la cantidad de horas de atención en policlínica por la cantidad de consultas por hora establecidas en el laudo.

realización efectiva, en períodos no inferiores a los cuatro meses desde la anterior. El resultado de la evaluación deberá ser notificado al médico personalmente, quien podrá solicitar la exhibición de la documentación que pruebe el resultado de la evaluación en caso de ser negativa. La carga de acreditar documentalmente la correcta liquidación del variable será del empleador. Si a la fecha de pago el empleador no hubiera acreditado documentalmente al trabajador la específica liquidación de su variable, deberá abonarle preceptivamente la totalidad del mismo.

6. Registro en la historia clínica estandarizada: el MSP definirá los contenidos mínimos de la historia clínica estandarizada y cada institución será responsable de la forma en que la misma se implemente. La misma debería contar con campos cerrados y espacios abiertos. El correcto registro implica que la historia clínica en su conjunto esté completa, es decir, el llenado del 100% de los campos. En cualquier otro caso no se pagará el valor de la consulta. En caso que la Institución cuente con un sistema informatizado de registro de la consulta, que instrumente las disposiciones del MSP al respecto, será obligatorio su uso por parte del profesional. El MSP se compromete a presentar el contenido mínimo para las especialidades a las que alcanza la presente cláusula antes del 15 de diciembre de 2012. Todo cambio en los contenidos mínimos de la historia clínica que realice el MSP con posterioridad al 1º de enero de 2013, deberá ser notificado a las empresas y trabajadores, y deberá incorporarse en un plazo máximo de seis meses. Se acuerda que el mejor mecanismo para la implementación de este indicador es a través de registros informatizados, por lo que se insta a los prestadores y trabajadores médicos a aportar en lo que les compete a este proceso.
7. Evaluación permanente. La necesidad de unificar los criterios de ingreso de los registros médicos lleva a plantear en orden de prioridades para el nuevo régimen de trabajo:
  - a. aplicación de una historia clínica que contemple los requerimientos según los tramos etarios
  - b. referenciación de la población

La ventaja del manejo de estos indicadores radica en la unificación de los criterios de registro de datos que permitirá contar con una base mínima que permita sustentar desarrollos futuros así como su fácil control. El pago variable debe tener flexibilidad en el tiempo y deberá convocarse al consejo de salarios cada dos años con el objetivo de evaluar la forma de pago implementada y posibles cambios o incorporaciones que se consideren necesarios.

### **3.12. Datos Mínimos para la historia clínica de Pediatría.<sup>25</sup>**

El criterio es priorizar la información para el cumplimiento de metas asistenciales. De modificarse las mismas se podrá modificar los datos mínimos a exigir.

#### **Datos a Exigir:**

---

<sup>25</sup> Acuerdo de la CAM de 5 de noviembre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

**a) En primera consulta de control pediátrico:**

Corresponde para captación del niño que nace en la institución. En el caso de proceder de otra institución los datos se tomarán desde el ingreso del niño a la misma

- Identificación del Recién Nacido
- Embarazo:
  - Número                      Único                      Múltiple
  - Patología de Embarazo, Parto, Puerperio
  - Vía de Terminación
- Peso, Talla, Perímetro Craneano
- Edad Gestacional
- Apgar
- Pesquisa Neonatal: Normal \_\_\_\_\_ Alterada \_\_\_\_\_ Especificar
- Internación Neonatal (Diagnóstico al Alta):
- Visita Domiciliaria: Si No
- (Según criterios definidos por el Programa Niñez, y considerados en la Meta 1)
- Alimentación:
- Recomendaciones
- Examen Físico: Peso, Talla, Perímetro Craneano
- Firma, contrafirma y N° de Caja Profesional del médico o Institucional

**b) En consultas programadas subsiguientes:**

- Identificación del Niño/a
- Alimentación actual
- Vigencia de CEV
- Desarrollo: - Normal para la edad Si / No. 4,18 meses y 4 años completar hoja de Desarrollo
- Examen Físico: Peso, Talla, PC. Completar gráficos correspondientes
- Recomendaciones
- Firma, contrafirma y N° de Caja Profesional del médico o Institucional

**c) En consultas no programadas o por Patología:**

- Identificación del Niño/a
- Motivo de Consulta
- Examen Físico
- Planteos diagnósticos
- Indicaciones
- Firma, contrafirma y N° de Caja Profesional del médico o Institucional

**d) En consultas que cumplen criterios de inclusión predefinidos:**

- Adolescentes: Hoja SIA completa Si / No (Según requerimientos de Meta 2)

**e) Datos Adicionales requeridos**

- Ecografía de Caderas: debe estar registrada su indicación y su realización (o no) antes de cumplidos los 4 meses. Si es patológica, debe registrarse acciones realizadas.
- Control de Salud Bucal: debe estar registrada su realización por parte del Pediatra antes del año de vida. Detallando: Normal Si/ No; Derivación a Odontólogo Si/ No
- Control Odontológico: debe estar registrada su indicación y su realización una vez al año, a partir segundo año de vida. Detallando: - Normal Si - No
- Control Oftalmológico: debe estar registrada su indicación y su realización a los 3 a los 5 y a los 12 años. Detallando: - Normal Si - No

**3.13. Datos Mínimos para la historia clínica de Medicina General/ Interna.**<sup>26</sup>

El criterio es priorizar la información para el cumplimiento de metas asistenciales. De modificarse las mismas se podrá modificar los datos mínimos a exigir.

**Datos a Exigir:**

**a) En primera consulta:**

- Identificación del Paciente (edad, sexo)
- Antecedentes Familiares

---

<sup>26</sup> Acuerdo de la CAM de 5 de noviembre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

- Antecedentes Personales
- Motivo de Consulta
- Examen Físico
- Planteos diagnósticos
- Indicaciones
- Firma, contrafirma y N° de Caja Profesional del médico o Institucional

**b) En consultas subsiguientes:**

- Identificación del Paciente
- Motivo de Consulta
- Examen Físico
- Planteos diagnósticos
- Indicaciones
- Firma, contrafirma y N° de Caja Profesional del médico o Institucional

**c) En consultas que cumplen criterios de inclusión predefinidos:**

- Adolescentes: Hoja SIA completa Si / No
- Adultos de 45 a 64 años: Hoja de Screening completa Si / No
- Adultos de 65 a 74 años: Formulario de 5 datos básicos completo Si / No
- Mujeres en edad genital activa: PAP vigente Si / No
- Mujeres de 40 a 59 años: Mamografía vigente Si / No

**3.14. Datos Mínimos para la historia clínica de Ginecología.<sup>27</sup>**

- Menarca
- Dismenorrea: SI/ NO
- Ciclos menstruales (cada cuanto). Duración sangrado y periodicidad. Coágulos SI/ NO
- Flujo
- Dispareunia

---

<sup>27</sup> Acuerdo de la CAM de 5 de noviembre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

- Sinusorragia
- Inicio RRSS fecha:
- Pareja actual: si/no. Estable/ no estable. Hetero/homo.
- RRSS actuales: si/no
- Ecografía perimenopáusica c/ medida de grosor endometrial
- Fecha menopausia
- Síndrome Climaterio: SI/ NO
- Recomendaciones en prevención de osteoporosis: SI/ NO
- CIRUGIAS GINECOLÓGICAS o patologías ginecológicas: Cual y fecha
- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:
  - Nº embarazos: Nº de nacidos: vivos/ muertos
  - Cantidad de partos
  - Cantidad de partos normales
  - Fórceps
  - Cesáreas
  - Nº de prematuros
  - Edad/es gestacionales/ es
- COMPLICACIONES DEL PARTO:
  - Hemorragias: SI/ NO
  - Infecciones: SI/ NO
  - Depresión: SI/ NO
  - Otros: SI/ NO. Cuál.
- LACTANCIA:
  - ¿Cuántos hijos recibieron lactancia?
  - ¿Cuánto tiempo, el/la que recibió más?
- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
  - Cuál, cuáles
  - Tiempo de uso
  - No uso
  - Tolerancia
  - Control/ caracteres de uso
- ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

- Sífilis
- HIV/SIDA
- Hepatitis B
- Virus del Papiloma Humano Si/NO
- Corresponde Vacunación HPV (recomendación MSP): Si corresponde
  - Vacunada (fecha)
  - No vacunada

Los cuadros detallados a continuación son una sugerencia pudiendo la institución adaptar los mismos según lo considere.

**REGISTRO DE EXÁMENES Y METODOS ANTICONCEPTIVOS**

FECHA	METODO	Caracteres de uso y CONTROL

**REGISTRO PAPANICOLAOU**

FECHA	Pap	Colpo	Resultado	Firma/CPJ

**REGISTRO DEL EXAMEN DE MAMAS**

FECHA	Normal	Patológica	Mamografía	Ecografía	Firma/CPJ

### **3.15. Datos Mínimos para la historia clínica de Puerta de Emergencia.<sup>28</sup>**

#### **De la Asistencia**

- Motivo de consulta
- Examen físico
- Diagnóstico o Planteos Diagnósticos
- Destino : Alta a domicilio/ Ingresa/ Internación domiciliaria/ Fallecimiento
- Indicaciones al Alta del Servicio en todos los casos del numeral “d”
- Firma / contrafirma del Médico

#### **Pase de Guardia**

Registro en planilla diseñada ad hoc, con firma del médico entrante y saliente

### **3.16. Retribución variable para la actividad de atención domiciliaria para cargos de alta dedicación.<sup>29</sup>**

1. La retribución variable de la atención domiciliaria representa el 25% del valor hora definido en la cláusula décima (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.” Página 15 de este texto ordenado) multiplicado por el total de horas de atención domiciliaria definidas en el cargo. El valor unitario del llamado es \$59 a valores del 1º de julio de 2012.
2. Las empresas se comprometen a no exigir a los médicos más de tres llamados de atención domiciliaria por hora, siempre y cuando el radio asignado permita cumplir razonablemente dichos llamados en una hora.
3. El pago variable de atención domiciliaria se define por el cumplimiento de los llamados, y su correspondiente registro. El valor unitario del llamado surge del cociente entre el 25% del valor hora y la cantidad de llamados máxima por hora (3 llamados).
4. Al monto a pagarse por dichos llamados se le adicionará el viático correspondiente, en caso de que el médico utilice vehículo propio para los actos médicos a domicilio.

---

<sup>28</sup> Acuerdo de la CAM de 5 de noviembre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>29</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012.

**3.17. Retribución variable para la actividad de urgencia y emergencia centralizada para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría.<sup>30</sup>**

1. La retribución variable de emergencia y urgencia representa el 25% del valor hora definido en el acuerdo de Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012 (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.”. Página 15 de este texto ordenado) multiplicado por el total de horas de emergencia y urgencia centralizada definidas en el cargo y efectivamente realizadas.
2. Se aplican para esta actividad las condiciones generales de la retribución de los cargos de alta dedicación establecidas en el numeral décimo del acuerdo de Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012 (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.”. Página 15 de este texto ordenado).
3. El pago variable para esta actividad se define en base al correcto registro en la historia clínica estandarizada, definida en el numeral undécimo 6 del acuerdo (“Retribución variable para la actividad de policlínica para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría.” Página 15 de este texto ordenado).
4. Para la liquidación del pago variable de emergencia y urgencia centralizada, se considera el total de pacientes vistos en el período y la cantidad de historias clínicas completas. Si el porcentaje de historias clínicas completas en relación a la cantidad de pacientes vistos por el médico es inferior a 80%, no se cobra el componente variable de la remuneración. Si ese porcentaje supera el 80%, se cobra proporcionalmente, esto es, un porcentaje del variable equivalente al porcentaje de historias clínicas completas en relación a la cantidad de pacientes vistos por el médico.
5. El control acumulará cuatro meses y condicionará el pago de los siguientes 4 meses. Si la Institución por cualquier razón no hace la evaluación de referencia en los plazos establecidos, continuará obligada al pago del variable hasta su realización efectiva, en períodos no inferiores a los cuatro meses desde la anterior. El resultado de la evaluación deberá ser notificado al médico personalmente, quien podrá solicitar la exhibición de la documentación que pruebe el resultado de la evaluación en caso de ser negativa. La carga de acreditar documentalmente la correcta liquidación del variable será del empleador. Si a la fecha de pago el empleador no hubiera acreditado documentalmente al trabajador la específica liquidación de su variable, deberá abonarle preceptivamente la totalidad del mismo.
6. La implementación del pago variable en la actividad de emergencia y urgencia centralizada es opcional y cada empresa podrá decidir si utilizarlo o no. En caso de aplicar el sistema, debe comunicarlo a la CAM e incluir a todos los cargos de alta dedicación que realicen la actividad mencionada precedentemente y a los que se contraten a partir de dicho momento.

---

<sup>30</sup> Acta CAM junio 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

7. La aplicación retroactiva del pago variable puede realizarse exclusivamente en los casos contemplados en el acta de la CAM de fecha 19 de diciembre de 2012.
8. Evaluación permanente. La necesidad de unificar los criterios de ingreso de los registros médicos lleva a priorizar al comienzo del nuevo régimen de trabajo el correcto registro en la historia clínica. La ventaja de esto radica en la unificación de los criterios de registro de datos que permitirá contar con una base mínima que permita sustentar desarrollos futuros del pago variable así como su fácil control. El pago variable debe tener flexibilidad en el tiempo y deberá convocarse al consejo de salarios cada dos años previa evaluación por parte de la CAM de la forma de pago implementada y posibles cambios o incorporaciones que se consideren necesarios.
9. **Historia clínica estandarizada.** Se toma conocimiento de las historias clínicas estandarizadas presentadas por el MSP para la actividad de policlínica y urgencia centralizada de las especialidades de pediatría, ginecología, medicina general y familiar, en el marco del numeral 11.6 del acuerdo del 5 de noviembre de 2012 (“Retribución variable para la actividad de policlínica para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría. Página 15 literal 6 de este texto ordenado).

**3.18.       Retribución variable para ginecología y obstetricia para cargos de alta dedicación.<sup>31</sup>**

1. Se aplican los aspectos generales establecidos en la cláusula décima. (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.” Página 15 de este texto ordenado)
2. La forma de pago para la actividad en policlínica es análoga a la establecida en la cláusula undécima (“Retribución variable para la actividad de policlínica para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría.” Página 15 de este texto ordenado)
3. De existir, la actividad quirúrgica, coordinada y de urgencia y emergencia de esta especialidad, la misma queda contenida dentro de las cargas horarias establecidas para los cargos de alta dedicación.
4. Pago variable de la actividad quirúrgica coordinada y de urgencia y emergencia: Se creará un fondo común donde se volcará el 25% del valor de cada hora de guardia o coordinación, correspondiente a los cargos de ginecología de este tipo dentro de la Institución. Cada procedimiento quirúrgico ginecológico tendrá asignado un puntaje de acuerdo a su complejidad, clasificado según corresponda a una cirugía corriente, mayor y alta; y para cada caso si es coordinado o urgente. Al final de cada cuatrimestre se acumularán los puntos por las cirugías realizadas por estos profesionales, se divide el fondo común entre la suma de los puntos del cuatrimestre, obteniéndose de ese modo un precio del punto. Se multiplicará el precio del punto por los acumulados por cada ginecólogo en este régimen durante el cuatrimestre,

---

<sup>31</sup> Acta consejo de salarios 5 de noviembre de 2012

configurándose de esta manera el componente variable a reembolsar en cada cargo. El procedimiento se realizará cada cuatro meses a los efectos de evitar fluctuaciones circunstanciales y condicionará el pago para los siguientes cuatro meses.

### **3.19. Cláusula de salvaguarda por reclamos del laudo actual.<sup>32</sup>**

Los profesionales médicos que realicen actividades que coincidan con labores parciales de los cargos de alta dedicación, entendiéndose por tal, guardia sanatorial, servicio de urgencia o emergencia, visita domiciliaria, policlínica y/o radio; seguirán siendo remunerados según el laudo vigente establecido para los cargos ya existentes, no generando derecho alguno a reclamar la remuneración establecida para estos nuevos cargos integrales que se crean. La remuneración prevista en este convenio será exclusivamente para aquellos cargos de alta dedicación, que se ocupen a partir de la vigencia del presente laudo.

### **3.20. Régimen de trabajo de los suplentes.<sup>33</sup>**

Durante el período que dure la transición, aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo vigente en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios. En los casos que la suplencia sea por el total de horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora del presente acuerdo. Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de alta dedicación, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades del servicio.

### **3.21. Financiamiento para cargos de alta dedicación<sup>34</sup>**

La transición del cambio en el laudo médico será financiada con la Meta 4, creada por resolución de la JUNASA N° 391/2012. Esta meta tiene como objetivo el financiamiento del costo incremental de los cargos de alta dedicación médica, esto es, el incremento del valor hora promedio y las horas que no son de atención directa. La trayectoria creciente de la meta 4 estará asociada a aumentos en las exigencias de cantidad de cargos de alta dedicación o incorporación de nuevas especialidades, y estas exigencias serán acumulativas período tras período. La meta 4 comenzará a exigir cargos de alta dedicación a partir del año 2013 como mínimo para las siguientes especialidades: medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecología. Se podrán incluir especialidades que no estén laudadas aún en el consejo de salarios en el marco del nuevo régimen de trabajo médico que se constituye en el presente acuerdo, como ser: geriatría, medicina interna y medicina intensiva (adulto, pediátrico y neonatal). Lo previsto anteriormente comenzará a regir luego de ser incorporadas al nuevo laudo médico. La exigencia será global, sin establecer requerimientos por especialidad.

---

<sup>32</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>33</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>34</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

La meta 4 tiene un valor al día de la fecha de \$ 6,62 por afiliado FONASA. Se establece que \$ 1,48 quedará afectado para la financiación de costos permanentes de implementación de los prestadores, no quedando sujeto por lo tanto al porcentaje de cumplimiento de los cargos de alta dedicación. La diferencia de \$ 5,14 por afiliado FONASA, se destinará para el financiamiento de los cargos de alta dedicación durante el año 2013. Por lo tanto, considerando la cantidad total de afiliados FONASA a la fecha, la meta 4 a tales efectos contará en dicho año con aproximadamente \$10,4 millones a valores actuales. A partir de 2014 el incremento de la meta 4 se dará a través de los fondos destinados actualmente a la meta 3, cuyo valor promedio actual es de \$ 20,66 por afiliado FONASA; por lo tanto, considerando la cantidad total de afiliados FONASA a la fecha, la meta 3 representa aproximadamente \$41,8 millones a valores actuales. Estos valores se actualizarán posteriormente con los ajustes correspondientes de precios y cantidad de afiliados FONASA. El cambio implica disminuir gradualmente la meta 3, pasando los fondos para la meta 4 y distribuyéndolos igualmente por afiliado FONASA, reduciendo las exigencias de la meta 3 sólo en la proporción de cargos de alta dedicación que efectivamente se creen. Esto es, las exigencias de la meta 3 se mantienen en la proporción que no se destine a la meta 4 y el cumplimiento deberá efectivizarse con cargos que no se regulen por el nuevo régimen de trabajo médico. El pasaje de la meta 3 a la meta 4 se realizará en partes iguales año a año y comenzará en el año 2014 finalizando en 2016, acompañando el proceso de ingreso de los pasivos al FONASA.

El pago de la meta 4 exigirá un cargo cada 7.000 afiliados FONASA cada \$ 5,14 a valores de julio 2012, con independencia de la especialidad que se trate, ya sea de las laudadas en el presente acuerdo como las que se incorporen en base al cronograma establecido en el numeral 17. (“Comisión Asesora Multipartita (CAM).” Página 28 de este texto ordenado)

A partir de 2014, al inicio de cada año las instituciones deberán presentar a la JUNASA un cronograma de implementación para el período considerado con la lista de trabajadores que potencialmente pueden cambiarse al nuevo régimen de trabajo. En caso que la institución demuestre que, pese a haber realizado los máximos esfuerzos para su consecución, no fue posible completar la totalidad de los cargos previstos, igualmente cobrará dos tercios de los fondos incrementales de la meta para ese año, siempre que acredite acumulativamente que:

- i. Realizó llamados internos y externos a aspirantes para cubrir los cargos de referencia, con las especificaciones mínimas establecidas en el presente acuerdo, al menos con periodicidad semestral. Los llamados externos se aplicarán solo en el caso que la institución necesite horas adicionales.
- ii. Relevó entre su personal médico el interés de los mismos en ocupar los mencionados cargos, quedando debidamente documentado que no se obtuvo interés por parte de su cuerpo médico.
- iii. Todos los cargos que se creen o se transformen a partir del 1º de enero de 2013 y los médicos que ingresen a la institución a partir de esa fecha, lo hacen bajo el nuevo régimen de trabajo médico previsto en el presente acuerdo.
- iv. La relación entre las horas suplentes y titulares de cada una de las especialidades contempladas en la meta no aumente en relación al período anterior, salvo que hayan quedado horas libres para cargos de alta dedicación y a través de las acciones planteadas

en los numerales i y ii de la presente cláusula no se hayan podido obtener los cargos necesarios bajo el nuevo régimen.

En el año 2013 se aplica el mismo régimen sustituyendo la presentación del cronograma por una declaración de las instituciones al final del año, respecto a las acciones aplicadas para el desarrollo del nuevo régimen de trabajo médico. Los fondos que se constituyen en el año 2013 se cobrarán en un 100% período tras período siempre que se cumplan los requisitos previstos en los numerales i a iv.

Un tercio de la meta 4, en cada período a partir de 2014, se pagará siempre que se complete el número total de cargos de alta dedicación exigidos en todos los períodos previos. Este último pago se realizará de manera proporcional al número de cargos exigidos, siempre que se hayan alcanzado previamente los requerimientos establecidos a través del financiamiento de la meta 4 previsto para 2013 y los que surgen de las dos terceras partes de los recursos provenientes de la meta 3.

Los fondos previstos para la meta 4 no podrán tener otro destino que el indicado precedentemente. El financiamiento de la transición del cambio en el laudo médico se mantendrá a través de este mecanismo hasta tanto se incorpore a las cápitais.

### **3.22. Comisión Asesora Multipartita (CAM).<sup>35</sup>**

Se crea la CAM del Consejo de Salarios del Grupo 15, coordinada por el MSP, y con la participación del Poder Ejecutivo, el SMU y la amplia participación de las instituciones del sector, con el objetivo de monitorear los cambios que establece el presente acuerdo en su vínculo con los procesos asistenciales. Toda propuesta de cambio en las condiciones de trabajo médica que surja de dicha comisión deberá elevarse al Consejo de Salarios quien será el responsable de tomar las resoluciones que considere pertinentes. La CAM deberá elaborar propuestas para elevar al Consejo de Salarios en base al siguiente cronograma de trabajo:

1. Análisis de la forma de pago variable para la actividad de emergencia y urgencia de medicina general y pediatría. Plazo 30/11/2012
2. Revisión del laudo vigente para determinar los aspectos que quedan sin vigencia en el nuevo régimen. Plazo 15/12/2012
3. Definición de los cargos de alta dedicación de medicina interna y medicina intensiva (adultos, pediátricos y neonatales). Plazo 15/03/2013
4. Definición de los cargos de alta dedicación de geriatría y psiquiatría. Plazo 30/04/2013
5. Análisis de los cargos de jefatura, coordinación y consultantes. Plazo 31/05/2013
6. Análisis y definición de los cargos de avance para todas las especialidades. Plazo 30/07/2013
7. Revisión del laudo para las restantes especialidades. Plazo 30/08/2013

Todos los actores deberán facilitar en la CAM información sobre los numerales 16.i al 16.iv ("Financiamiento para cargos de alta dedicación". Página 26 de este texto ordenado)

---

<sup>35</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

#### **4. COMPATIBILIZACIÓN DE LOS CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN CON LA ACTIVIDAD DOCENTE EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UDELAR<sup>36</sup>**

1. El Consejo de Facultad de Medicina de la Universidad de la República, con fecha 12 de marzo de 2013 resuelve generar mecanismos de compatibilización de los cargos de alta dedicación médicos acordados en el Consejo de Salarios en 2012 con los cargos docentes y la realización de postgrados, considerando entre otras cosas *“4. Que la calidad técnica de los docentes y postgraduados de la Facultad de Medicina es ampliamente reconocida en las instituciones asistenciales públicas y privadas. 5. La necesidad de la Facultad de Medicina de aumentar su plataforma docente. 6. La necesidad de compatibilizar los cargos de alta dedicación en instituciones privadas con la carrera docente en la Facultad de Medicina, en el entendido que existe un beneficio compartido, para la Facultad, las instituciones y los profesionales.”* Asimismo, el Consejo resuelve solicitar la integración de la FMED a la CAM a los efectos de cumplir con los propósitos plasmados en la resolución.
2. En el caso de médicos de alta dedicación que accedan a un cargo docente durante el período de su desempeño en la institución, permitir una flexibilización en la carga horaria de su cargo de alta dedicación, a los efectos del desempeño de ambos cargos, siempre que se verifique en la Facultad de Medicina una adecuación horaria en las mismas proporciones; ajustándose el pago de manera proporcional a las horas efectivamente realizadas en la institución o empresa de salud que desempeñe su actividad.
3. En el caso de docentes que, en el marco del desempeño de un cargo de alta dedicación, tenga estudiantes de pre o postgrados a cargo en una de las instituciones asistenciales, se podrá computar dicha carga horaria al cargo docente.
4. En el caso de estudiantes de postgrado que, en el marco del cumplimiento de un cargo de alta dedicación, en dicha institución existan tutores acreditados, se podrá computar dicha carga horaria al postgrado. Al mismo tiempo, las instituciones podrán computar estas horas al cargo de alta dedicación. Esta disposición no incluye a los Residentes en tanto están imposibilitados por Ley de desempeñar cargos por fuera del sistema de residencias médicas.
5. A los efectos de la autorización correspondiente, los médicos de alta dedicación deberán presentar ante la institución que lo contrata la siguiente documentación:
  - a. Carta intención en la cual se plantee los ajustes horarios a realizar.
  - b. En cualquier caso los ajustes horarios no podrán comprometer más del 25% de la carga horaria definida en el cargo.

---

<sup>36</sup> Acta CAM junio 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

- c. Constancia expedida por la Facultad de Medicina donde se haga constar que desempeña un cargo docente o de postgrado. Dicha constancia se deberá acompañar del volumen horario total y la reducción aprobada a los efectos de verificar su compatibilidad.

6. Integrar a la Facultad de Medicina de la UdelaR a la CAM.

7. En el caso de aquellos CAD que se adscriban al régimen de Compatibilización de los cargos de alta dedicación con la actividad docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, las restricciones de la carga horaria contenidas en los acuerdos respectivos de cada especialidad se aplicarán proporcionalmente a la cantidad de horas que desempeñe en la institución.<sup>37</sup>

## 5. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MEDICINA INTENSIVA

### 5.1. Antecedentes<sup>38</sup>

La presente propuesta se enmarca en los lineamientos generales del acuerdo aprobado y suscrito ante el Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012.

### 5.2. Ámbito personal de aplicación<sup>39</sup>

El nuevo régimen de trabajo de Medicina Intensiva se aplicará a las especialidades médicas de las Unidades de Medicina Intensiva de Adulto, Cardiológicas, Pediátrica y Neonatología.

### 5.3. Ámbito espacial de aplicación<sup>40</sup>

Todas las Unidades de Medicina Intensiva del país deberán incorporar el cambio de modelo de trabajo acordado en este documento.

### 5.4. Definiciones y descripción de tareas.<sup>41</sup>

El nuevo sistema de integración del trabajo en Medicina Intensiva, se basa en la creación y el desarrollo de Cargos de Alta Dedicación Longitudinales (CADL), Cargos de Alta Dedicación Transversales (CADT), Cargos de Alta Dedicación Mixtos (CADM) y reorganización de los cargos tradicionales de Médicos de Guardia (MG).

---

<sup>37</sup> Acuerdo CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>38</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

<sup>39</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

<sup>40</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

<sup>41</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

#### **5.4.1. Cargos de Alta Dedicación Longitudinal (CADL)<sup>42</sup>**

Con los CADL se garantiza y optimiza la asistencia del paciente crítico, haciendo del diagnóstico, tratamiento y evolución un acto continuo y se asegura la cobertura de tareas de coordinación asignada, los 365 días del año.

##### **5.4.1.1. Actividades y Competencias del CADL<sup>43</sup>**

Sus actividades y competencias deben comprender, entre otros, tres aspectos que involucran lo asistencial, lo docente formativo y la gestión clínica. Los mismos se describen a continuación en forma enunciativa y en concordancia con la normativa vigente:

#### **a) En lo Asistencial:**

1): Asistencia y atención directa con el paciente en base a:

- Diagnóstico, terapéutica y realización de los procedimientos y técnicas habituales de Medicina Intensiva.
- Escribir las indicaciones diarias y solicitar paraclínica diferida.
- Actuar en casos de emergencia efectuando las acciones diagnósticas y terapéuticas que correspondan.
- Seguimiento y evolución diario de los pacientes.
- Registros y documentación completa en la historia clínica del paciente (ingresos, egresos y evoluciones)
- Responsabilidad directa en el vínculo con el paciente y su familia, brindando diariamente el informe médico correspondiente y asegurando la continuidad de la información, así como la comunicación evolutiva necesaria.
- Registro en historia clínica de consentimientos informados para procedimientos invasivos.

2): Colaborar con el Jefe del Servicio en la implementación de la política asistencial de la Unidad aplicando los protocolos de diagnóstico y terapéutica establecidos.

3): Subrogar al jefe de la Unidad en su ausencia.

4): Interacción con el MG o CADT transmitiendo el Pase de guardia.

#### **b) En Calidad y Gestión:**

- Responsabilidad documental de la Historia clínica, asegurando la calidad de los registros y colaborando en la elaboración de índices e indicadores
- Participación en Protocolos de seguridad del paciente

---

<sup>42</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

<sup>43</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

- Participación en Protocolos de evaluación y tratamiento de múltiples patologías
- Integración en las diferentes comisiones hospitalarias/sanatoriales vinculadas a la seguridad del paciente (COSEPA; Comité de Infecciones, etc.).

**c) Actividades Académicas en Formación y Docencia (en aquellos centros que debidamente acreditados participan en el Plan de Residencias Médicas):**

- Participación en la producción y creación de Protocolos Asistenciales (terapéuticos y diagnósticos), según la mejor evidencia disponible.
- Participación en Investigación y producción científica
- Participación en educación y seguimiento a especialistas en formación
- Participar en tareas de capacitación del personal médico y no médico de la Unidad
- Planificación e implementación de actividades de Lectura de Revistas, Puesta al Día, Discusión de nuevos artículos, Conocimientos de nueva Tecnología.
- Coordinación de reuniones de discusión de casos clínicos con otras especialidades.

**5.4.1.2. Acceso a los CADL<sup>44</sup>**

Se propone que su acceso sea para aquellos que posean título de especialista en medicina intensiva de adultos, cardiólogo (para las Unidades Cardiológicas), intensivista pediátrico o neonatólogo, debidamente registrado en el MSP, con reconocida capacidad técnica, experiencia clínica y trayectoria. Se elegirá entre candidatos que tengan al menos, 3 años de experiencia de trabajo en la Especialidad luego de obtenido el título, dado que se trata de cargos con tareas de alta responsabilidad asistencial equiparables a los actuales cargos de coordinación.

La incorporación se realizará de la siguiente manera: pueden aspirar todos los integrantes del servicio que cumplan los requisitos, determinando la institución los criterios para la asignación de los cargos. Si no se cubren los cargos con aspirantes de la institución, se llamará a concurso.

**5.4.1.3. Régimen de trabajo de los CADL<sup>45</sup>**

Cada Institución organizará el régimen de trabajo de los CADL de acuerdo a la estructura y necesidades de sus respectivas Unidades. La carga horaria total será de 40 a 48 horas semanales. Los CADL deberán tener una concurrencia diaria y podrán desempeñarse en el régimen de lunes a viernes o de lunes a sábados (hábiles), preferentemente en horario matutino (8 a 14 horas.). Sin perjuicio de ello, podrán instrumentarse CADL en el horario de la tarde y/o vespertino si hay acuerdo entre las partes, y las necesidades de la Institución así lo requieren, y sean unidades existentes a la fecha de la firma de este preacuerdo. No se entenderá como una nueva unidad cualquier cambio estructural o edilicio de una unidad preexistente.

<sup>44</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>45</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

Las horas remanentes hasta completar la carga horaria total se realizarán en régimen de guardia, que deberá comprender fines de semana y guardias nocturnas semanales de acuerdo a las necesidades del servicio. Los fines de semana o domingos (según la modalidad de trabajo) y feriados deberán ser cubiertos en forma alternada y deberán incluir la realización de la coordinación e informe médico a los familiares y/ o allegados de los pacientes que tiene asignado cada médico. Los cargos de 44 horas o más deben cumplir con una guardia nocturna semanal. En el caso de neonatología y medicina intensiva pediátrica, las horas remanentes podrán incluir actividad de policlínica especializada.

#### **5.4.2. Cargos de Alta Dedicación Transversal (CADT)<sup>46</sup>**

Se define como CADT aquél que realiza tareas como médico de guardia concentrada en una institución, con un volumen horario asignado semanal de 40 a 48 horas.

##### **5.4.2.1. Acceso a los CADT<sup>47</sup>**

Podrán acceder todos los médicos que posean título de especialista de medicina intensiva de adultos, cardiólogo (para las Unidades Cardiológicas), intensivista pediátrico o neonatólogo, habilitado por el MSP, sin necesidad de documentar experiencia previa de trabajo. En el modelo objetivo se trata de un cargo de acceso al mercado laboral en Medicina Intensiva, de estas especialidades.

##### **5.4.2.2. Régimen de trabajo de los CADT<sup>48</sup>**

El régimen de trabajo de los CADT será de 40 a 48 horas semanales en régimen de guardia, que deberá incluir guardias nocturnas y de fines de semana. En las unidades con más de 8 camas, las guardias de lunes a viernes no podrán superar las 20 horas de trabajo corrido. En el caso de las unidades pequeñas las guardias entre semana serán de hasta 24 horas de trabajo corrido. Las partes se comprometen a realizar los máximos esfuerzos a fin de disminuir el régimen de guardias de 24 horas y asimilarlo al régimen general. En el caso de neonatología y medicina intensiva pediátrica, la carga horaria podrá incluir actividad de policlínica especializada.

#### **5.4.3. Cargos de Alta Dedicación Mixtos (CADM)<sup>49</sup>**

En los servicios de medicina intensiva pequeños, de hasta 8 camas habilitadas (unidades de medicina intensiva, CTI – CI), ubicados en cualquier punto del país, se suma a los objetivos de la

---

<sup>46</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>47</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>48</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>49</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

reforma del trabajo médico el de la radicación geográfica de especialistas en las localidades que cuentan con camas de cuidados intensivos.

Para dichas unidades se acuerda la creación de los CADM que tendrán las mismas actividades y competencias que las definidas en la cláusula A.3.1 del acta del 7 de abril para los CADL (“Cargos de Alta Dedicación Longitudinal (CADL)”. Página 31 de este texto ordenado). Estos tendrán una carga horaria semanal de 40 a 48 horas, con una carga mínima de 20% en horario longitudinal que nunca será menor a 3 horas diarias, y que se cumplirá con la presencia del profesional en la institución de al menos 3 veces en la semana de lunes a sábado.

Si la actividad se realiza en más de 3 días, se deberá mantener la carga horaria mínima de 3 horas presenciales por día, cumpliendo funciones longitudinales. Las horas remanentes hasta completar la carga horaria total se realizarán en régimen de guardia, que deberá comprender fines de semana y guardias nocturnas semanales de acuerdo a las necesidades del servicio. En el caso de neonatología y medicina intensiva pediátrica, las horas remanentes podrán incluir actividad de policlínica especializada.

Para estas unidades los Médicos de Guardia y/ o CADT se superponen con el horario longitudinal de los CADM sin liberar horas de guardia.

En caso que las unidades pequeñas opten por la contratación de CADM, al incrementar su número de camas superando las 8 camas deberán contratar CADL. En caso de no poder hacerlo, la institución deberá demostrar que se hicieron todos los esfuerzos necesarios para su contratación.

#### **5.4.4. Médico de Guardia (MG)<sup>50</sup>**

El régimen de trabajo de los MG será de 24 horas semanales en régimen de guardia, que deberá incluir guardias nocturnas y de fines de semana. En las unidades con más de 8 camas, las guardias de lunes a viernes no podrán superar las 20 horas de trabajo corrido. En el caso de las unidades pequeñas las guardias entre semana serán de hasta 24 horas de trabajo corrido. La distribución de las horas en el mes es flexible y se podrá definir para cada trabajador de acuerdo a las necesidades de servicio.

La descripción de tareas y actividades serán las siguientes, en forma enunciativa y de acuerdo a la normativa vigente:

- Asistencia directa al paciente en base a:
  - continuidad de los criterios asistenciales discutidos y laudados en la reunión clínica en que CADL y MG se superponen, con la presencia del Jefe del Servicio.

---

<sup>50</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta de Consejo de Salarios 7 de abril de 2014. Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

- Diagnóstico, terapéutica y realización de los procedimientos y técnicas habituales de Medicina Intensiva en los pacientes que ingresan o los que ya ingresados requieren intervenciones terapéuticas.
  - Escribir las indicaciones correspondientes a su guardia y solicitar paraclínica diferida cuando corresponda.
  - Actuar en casos de emergencia efectuando las acciones diagnósticas y terapéuticas que correspondan.
  - Seguimiento y evolución de los pacientes durante la guardia.
  - Registros y documentación completa en la historia clínica del paciente (ingresos, egresos y evoluciones)
- Participación en educación y adiestramiento en las funciones de los Médicos Intensivistas y maniobras invasivas a especialistas en Formación

Sus tareas y actividades son las mismas que las definidas para los CADT. Se eliminan las diferencias de tareas entre G2 y G3 especificadas en la normativa actual.

Los médicos de guardia que tengan cargos en la Unidad en forma previa al cambio de modelo, y que no puedan o no quieran acceder a un CADL o CADT, seguirán cumpliendo sus funciones como hasta el momento, pero su horario comenzará a la hora 12 (que podrá variar dependiendo de lo dispuesto en la cláusula A.3.3 del acta del 7 de abril –“Régimen de trabajo de los CADL” Página 32 de este texto ordenado – ), reduciendo su carga semanal en 4 horas, por lo cual se verá incrementado en un 20% el valor hora, destinado a la persona y no al cargo, cesando dicho régimen al cese de la persona o su incorporación al nuevo régimen. En esta etapa inicial de la reforma y para los casos en que la Unidad no cambie al nuevo régimen de trabajo, (entendiéndose como tal, cuando no se haya implementado como mínimo todos los CADL posibles según la dotación estipulada en el presente acuerdo), se respetará el régimen de trabajo que actualmente cumplen los MG.

### **5.5. Definición de unidades según su tamaño<sup>51</sup>**

Se define como unidad de medicina intensiva pequeña (CTI - CI) de adultos para acceder a los CADM, a aquellas unidades que tienen 8 camas o menos y son las únicas de adultos que existen en la institución dentro de la misma planta física. Por contraposición, se definen como unidades de medicina intensiva grandes aquellas que cuentan en la institución con 9 camas o más (CTI-CI), aún en distintos pisos, considerándose a los efectos de la reforma del mercado de trabajo la sumatoria de las mismas como un Departamento de Medicina Intensiva.

De manera análoga, se considera como unidad pequeña de medicina intensiva pediátrica para acceder a los CADM aquellas que tienen 8 camas o menos y son las únicas pediátricas que existen en la institución dentro de la misma planta física. De manera idéntica se consideran las unidades de cuidados intensivos neonatales. En el caso de las unidades polivalentes (pediátrico

---

<sup>51</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

– neonatal) se considerarán en forma separada las camas de pediatría y neonatología para definir las dotaciones necesarias en un caso y en otro.

### **5.6. Dotaciones<sup>52</sup>**

Bajo el nuevo régimen de trabajo, se definen las dotaciones en la siguiente tabla:

<b>Cantidad de camas CTI – CI</b>	<b>CAD</b>
8 camas o menos (unidades pequeñas)	2 CADM 3 veces por semana o 1 CADM con al menos 3 horas diarias durante 5 días corridos a la semana como mínimo o 2 CADL
9 a 12 camas	2 CADL
13 a 18 camas	3 CADL
19 a 24 camas	4 CADL
25 a 30 camas	5 CADL
31 a 36 camas	6 CADL
37 a 42 camas	7 CADL

Los CADL requeridos según la tabla anterior, deben cumplir el horario de trabajo longitudinal en forma simultánea.

Para los horarios fuera de la carga longitudinal que se asigne a los Médicos de Guardia y Cargos de Alta Dedicación Transversal será la dotación médica existente actualmente según la normativa vigente.

### **5.7. Desarrollo Profesional Continuo<sup>53</sup>**

Durante dos horas cada día, se superpondrá los CADL con los CADT y/o MG para pase de guardia y actividades de Desarrollo Profesional Continuo. Estas últimas serán de dos horas semanales.

### **5.8. Actividad de policlínica pediátrica<sup>54</sup>**

Como excepción, para el caso de todos los cargos de alta dedicación en cuidados intensivos pediátricos y neonatales que son especialidades de inserción secundaria, podrán computarse dentro de la carga horaria funciones de policlínicas pediátricas. En caso de incluir la policlínica pediátrica dentro de las actividades del cargo, tiene que representar al menos el 15% de la carga horaria semanal y no más de 25%. En este caso tanto los CADL como los CADM, deberán mantener las cargas horarias longitudinales acordadas (6 horas de lunes a viernes o sábado en el caso de los CADL o 3 horas al menos 3 veces por semana en el caso de los CADM). Para el

<sup>52</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

<sup>53</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>54</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015. Agregado Acta CAM 28 de junio de 2017.

pago de estas horas registrarán los valores y condiciones incluidas en la definición de Cargos de Alta Dedicación de Pediatría.

En el caso de Neonatología, la presente Cláusula aplica exclusivamente a aquellos profesionales egresados de los Programas de Formación de Especialistas en Neonatología previos al aprobado por el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República el 28 de agosto de 2012.<sup>55</sup>

#### **5.9. Jefatura y Coordinación actuales.**<sup>56</sup>

La figura del coordinador actual según definición de la normativa vigente tiende a ser eliminada en caso de que éstos accedan a la alta dedicación, traspasándose las competencias de ese cargo a los CADL. Los médicos que actualmente cumplen esa función y que no pasen a cargos ni cumplan criterios de alta dedicación, podrán mantener sus condiciones laborales hasta su retiro o pase a CADL.

Los cargos de Jefatura se mantienen con las mismas definiciones y responsabilidades descritas en la normativa vigente.

#### **5.10. Implementación.**<sup>57</sup>

Se considerará que una Unidad entra en el cambio de modelo cuando implementa como mínimo todos los CADL posibles y en forma simultánea, habilitando para ésta los cambios estructurales y de remuneración acordados.

Las partes firmantes se comprometen a realizar los máximos esfuerzos para que la reformulación del trabajo en medicina intensiva esté plenamente vigente al 31 de diciembre de 2014.

#### **5.11. Disposiciones transitorias vinculadas a la implementación**<sup>58</sup>

Aquellos Servicios de Medicina Intensiva que no se puedan transformar por no poder eliminar los cargos de coordinación, para poder iniciar la transformación de la unidad deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Deben estar contratados el 50% de los CADL o CADM que son necesarios para la unidad.
2. Cumplimiento por parte de los Médicos Coordinadores como mínimo de 4 horas presenciales diarias de lunes a sábado en el mismo horario que se ejerce el componente longitudinal de los CADL o completar la longitudinalidad semanal los días que no concurre el CADM (concurriendo presencialmente al menos 3 días a la

---

<sup>55</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

<sup>56</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>57</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>58</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

semana), a los efectos de mantener la actividad médica asegurada.

Los médicos coordinadores que trabajen con este régimen en ningún caso serán considerados como cargos de alta dedicación para la meta 4.

Estos cargos de coordinación del laudo del año 1965 se extinguen cuando la persona cesa en el cargo por cualquier causal.

Cuando se analicen las jefaturas de acuerdo al cronograma establecido se asume el compromiso que las mismas deberán cumplir la longitudinalidad de la unidad.

### **Plazo de esta disposición transitoria**

El cumplimiento de la carga horaria longitudinal con cargos de Médicos Coordinadores será válida por 3 años a partir del cambio de la unidad, debiendo valorarse previo a dicho plazo en cada caso las razones por las cuales una Institución no ha podido completar la longitudinalidad con CADL o CADM y si fuese necesario redefinir una prórroga para poder seguir trabajando en la misma.

Para poder realizar el seguimiento de aquellas instituciones que continúen con la figura del Coordinador se nombrará una subcomisión que será designada en la CAM y que tendrá como objeto realizar el seguimiento de las distintas problemáticas que se vayan produciendo en el proceso de implementación. Esta subcomisión será responsable de informar a la CAM de la evolución de dicha implementación.

### **5.12. Remuneración<sup>59</sup>**

El financiamiento de los CADT, CADL y CADM, se regirá por lo dispuesto en el numeral 16 del Acuerdo del Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012. (“Financiamiento para cargos de alta dedicación”. Página 26 de este texto ordenado)

- Se toma como base del sistema para aquellas unidades que ingresan al cambio de modelo, tanto en Montevideo como en el Interior, el valor del GIII del laudo SMU: \$622. Este valor se aplicará a todas las horas asignadas a los MG.
- Aquellos médicos GIII titulares que en el cambio de modelo reducen su carga horaria en 4 horas, percibirán un aumento de su valor hora del 20%, que será de \$746. Este incremento es a la persona y no al cargo y cesa al vacar.
- Aquellos médicos GII titulares que en el cambio de modelo reducen su carga horaria en 4 horas, percibirán un aumento de su valor hora del 20%, que será de \$622.

---

<sup>59</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

- Aquellos médicos que realicen suplencias parciales de cargo a titulares de Unidades que entran en el cambio de modelo percibirán una remuneración/hora de \$622.

Como excepción al régimen general estipulado en el numeral 10 del acuerdo del 5 de noviembre de 2012, se fijan los siguientes valores hora (a julio 2013):

- El valor hora para los CADT será de \$ 746
- El valor hora para los CADL será de \$ 820
- El valor hora para los CADM será de \$ 820

### **5.13. Retribución variable para la actividad en CTI - CI<sup>60</sup>**

#### **5.13.1. Marco conceptual.<sup>61</sup>**

Los incentivos económicos se focalizan en dos actividades:

- a) el registro de un paquete de datos mínimos en la historia clínica asociados al Sistema de Información del MSP, que permitan construir indicadores de calidad de la gestión asistencial. En este punto específico, dado que la calidad asistencial está ligada a la mejora continua en base al conocimiento y transparencia de la información proporcionada por estos indicadores, se acuerda la obligatoriedad del registro y envío periódico de los mismos al MSP; y
- b) la auditoría de historias clínicas por los mecanismos que el MSP determine.

La nueva organización que se propone en Medicina Intensiva, con CADL, CADM y CADT, procura mejorar la integración y el trabajo en equipo. Los profesionales en esta estructura tienen áreas de responsabilidad definidas pero dependen de los aportes de otros colegas. A su vez los logros de la unidad son la consecuencia de múltiples interacciones cuya individualización sería casi imposible. En base a estos conceptos se acuerda que los mecanismos para el pago variable sean colectivos.

El grado de cumplimiento de los objetivos de la unidad determina el monto a pagar por concepto de pago variable a cada uno de los médicos. Con esto se busca incentivar el trabajo en equipo y el control entre pares, sin perjuicio de las potestades disciplinarias y sancionatorias que la Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) administrativamente tiene sobre cada uno de los profesionales médicos que integran la referida unidad de terapia intensiva.

#### **5.13.2. Mecanismo de pago variable.<sup>62</sup>**

---

<sup>60</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>61</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>62</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

- a) Se crea un fondo de pago variable (FPV - CTI) para cada unidad de cuidados intensivos e intermedios, constituido por el 25% de la masa salarial de los cargos de alta dedicación de la unidad y el 20% de la masa salarial de los médicos de guardia titulares generados en el nuevo régimen de trabajo.
- b) Los médicos que integran la unidad cobrarán un monto variable que está determinado por el grado de cumplimiento de los objetivos de mejora de la calidad de la unidad.
- c) El pago variable estará sujeto al cumplimiento de las siguientes actividades: relevamiento de indicadores vinculados a la unidad y que sean exigibles por el MSP que se detallan en el anexo, y auditorías de historias clínicas. Cada componente tiene la misma ponderación.

Componente	Ponderación
Registros vinculados a la unidad	50%
Auditoría de las historias clínicas - a partir del momento en que el MSP defina los criterios-	50%

- d) El monto del FPV a distribuir dependerá del cumplimiento de las actividades exigidas.
- e) Para percibir el 50% del FPV vinculado a los registros de indicadores, se debe tener el 100% de la información mínima solicitada para todos los pacientes del período de tiempo considerado.
- f) Para percibir el 50% del FPV vinculado a las auditorías, se debe constatar la realización de las mismas de acuerdo a las pautas que el MSP brinde. El MSP deberá confeccionar las pautas en un plazo no mayor a seis meses, vencido el cual cada institución podrá elaborar sus protocolos.
- g) Luego de verificar el efectivo cumplimiento de las actividades, la Institución determina la cuota parte del FPV a distribuir entre el total de médicos. Cada médico recibirá una proporción del fondo ganado por la unidad, en función del porcentaje de su aporte al fondo inicial. Cumpliendo todas las actividades todos los médicos recibirán el 100% del componente variable (25% o 20% según el cargo que se trate) de su salario en los siguientes seis meses.
- h) De las cláusulas 9.2.3 a 9.2.7 (literales c) a g)) se desprende que el FPV a pagarse luego de realizada la evaluación es 0% en caso de que no se cumpla con ninguno de los componentes de la cláusula 9.2.3 (literal c) de la presente cláusula de este texto ordenado), 50% si se cumple con uno de ambos o 100% si se cumplen los dos.
- i) El control del pago variable acumulará seis meses y condicionará el pago en los siguientes 6 meses. Si la Institución por cualquier razón no hace la evaluación de referencia de ambos componentes o alguno de ellos en los plazos establecidos, continuará obligada al pago del variable o su cuotaparte (en caso de que sea un solo componente) hasta su realización efectiva, en períodos no inferiores a los seis meses desde el anterior. El resultado de la evaluación deberá estar disponible en caso de reclamos, pudiendo ser solicitada la exhibición de la documentación que pruebe el resultado. La carga de acreditar documentalmente la correcta liquidación del variable será del empleador.
- j) El pago variable debe tener flexibilidad en el tiempo y deberá convocarse al Consejo de Salarios cuando existan modificaciones previamente evaluadas y acordadas por parte de la CAM con relación a la forma de pago implementada y posibles cambios o incorporaciones

que se consideren necesarios en los contenidos de los registros mínimos vinculados a la unidad. El paquete básico de los registros necesarios para construir los indicadores de calidad se determinarán en un ámbito técnico creado por la CAM a tales efectos, la que evaluará, en una instancia inicial a los seis meses y luego con una periodicidad anual, la pertinencia de los datos aportados y determinará la oportunidad de introducir nuevos indicadores, a efectos de mejorar progresivamente la calidad de la información.

#### **5.14. Régimen de suplencias<sup>63</sup>**

Durante el período que dure la transición, aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo establecido en el laudo del año 1965 en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios. En el caso de las suplencias en la carga longitudinal de trabajo de los CADL o CADM, durante la transición el valor hora de los suplentes será el equivalente al grado 4 del laudo del año 1965.

En los casos que la suplencia sea por el total de horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora del NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO.

Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de trabajo médico, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades de servicio.

#### **5.15. Datos Mínimos para la implementación del pago variable<sup>64</sup>**

##### **5.15.1. Datos mínimos para Medicina Intensiva Adultos<sup>65</sup>**

En el caso de las Unidades de Medicina Intensiva el trabajo se realiza en forma distinta a lo observable en otras áreas, por lo cual parece estratégico que los datos mínimos en este caso estén basados en la experiencia que la Comisión Honoraria Asesora de Medicina Intensiva (CHAMI) ha generado desde su creación a través del Sistema de Información y Monitoreo para la Medicina intensiva (SIM-UMI).

Estos datos tienen como objetivo conocer y mejorar los resultados de la medicina intensiva, promover un cambio en el manejo de la información, lo cual quedó evidenciado al poder utilizarse en 50% de unidades de cuidados intensivos del país.

Se avanzará en esta etapa de tal manera que todas las unidades reporten este paquete mínimo de datos, para ampliar los mismos en una etapa posterior según se definió anteriormente.

---

<sup>63</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>64</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>65</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

**Datos a Exigir:**

- Identificación del usuario (Cédula de Identidad)
- Sexo
- Edad
- Diagnóstico 1
- Diagnóstico 2
- Apache 2
- Fecha de Ingreso
- Fecha de Egreso
- Ventilación Mecánica (días)
- Condición del Alta (vivo o muerto)

**5.15.2. Datos Mínimos de Neonatología.<sup>66</sup>**

En el caso de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales el trabajo se realiza en forma distinta a lo observable en otras áreas, por lo cual parece estratégico que los datos mínimos en este caso estén basados en la hoja de Hospitalización Neonatal (CLAP/SMR-OPS/OMS) Estos datos tienen como objetivo conocer e intentar mejorar los resultados de la Medicina Intensiva Neonatal así como promover un cambio en el manejo de la información.

**Datos a Exigir:**

- Identificación del usuario (Cédula de Identidad)
- Sexo
- Edad
- Diagnostico 1 (según hoja Hospitalización Neonatal CLAP/SMR-OPS/OMS)
- Diagnóstico 2
- Retinopatía
- Ecografía Transfontanelar
- CPAP
- Fecha de Ingreso
- Fecha de Egreso
- Edad Gestacional al Egreso
- Ventilación Mecánica (días)
- CPAP (días)
- Infección Intrahospitalaria (si /no) numero
- Condición del Alta (vivo o muerto)

---

<sup>66</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

### 5.15.3. Datos Mínimos de Pediatría Intensiva<sup>67</sup>

Así como ocurre en las otras unidades también en las de Cuidados Intensivos Pediátrico y el trabajo se realiza en forma distinta a lo observable en otras áreas

Los registros solicitados están basados en lo que se registra en algunas unidades de medicina intensiva pediátrica

El objetivo de los mismos es al igual que en los otros casos conocer e intentar mejorar los resultados de la medicina intensiva pediátrica así como promover un cambio en el manejo de la información.

#### Datos a Exigir en Unidad de Medicina Intensiva Pediátrico:

- Identificación del usuario (Cédula de Identidad)
- Sexo
- Edad
- PIM 2
- Diagnóstico 1
- Diagnóstico 2
- Fecha de Ingreso
- Fecha de Egreso
- Ventilación Mecánica (días)
- Infección Intrahospitalaria (si /no) numero
- Condición del Alta (vivo o muerto)

### 5.16. Consideraciones Generales<sup>68</sup>

1. **Aplicación del numeral 16 de acta de Consejo de Salarios de 5 de noviembre de 2012.**<sup>69</sup> (“Financiamiento para cargos de alta dedicación”. Página 26 de este texto ordenado). A los solos efectos de los Cargos de Alta Dedicación de Medicina Intensiva, podrán ser considerados como efectivizados Cargos Transversales o CADL o CADM que se incorporen en los tres años siguientes al cambio en la Unidad. Para ello, deberá presentarse una propuesta de incorporación de los mismos, que deberá ser validada por el Ministerio de Salud Pública. Esta presentación debe ser realizada en el momento en que la Unidad se transforme al régimen previsto en el literal A) siendo necesario que los cargos pendientes de incorporación, se hagan efectivos proporcionalmente en los tres años. Asimismo, el cumplimiento de las condiciones previstas en el literal A) numeral 3.2 Acceso a los CADL (“Acceso a los CADL”. Página 32 de este texto ordenado), deberá ser documentado al informar la creación de cada cargo de alta dedicación.
2. **Revisión de normativa.** Las partes se comprometen a realizar gestiones para lograr

<sup>67</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>68</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>69</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

ámbitos apropiados para la realización de las modificaciones a la normativa en Medicina Intensiva vigentes.

## **6. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO DE MEDICINA INTERNA**

### **6.1. Generalidades de la especialidad<sup>70</sup>**

La Medicina Interna, entendida como especialidad, consiste en el ejercicio de una atención clínica completa y científica, que integra en todo momento los aspectos humanos del paciente con los fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos, mediante el adecuado uso de los recursos médicos disponibles.

La propia naturaleza de la Medicina Interna, que abarca en un sentido integral e integrador los procesos diagnósticos y terapéuticos de la enfermedad y de su expresión a través del enfermo, exige un profundo conocimiento de las bases científicas de la fisiopatología y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de las enfermedades internas en su más amplio sentido. Al internista, ningún proceso morboso o problema clínico que el enfermo padezca le debe parecer ajeno a su incumbencia y responsabilidad, aunque, como es lógico, recabe la experiencia de otros especialistas siempre que sea precisa<sup>71</sup>.

El internista actúa como consultor con otros especialistas y, a su vez, es capaz de integrar las opiniones de éstos en beneficio del cuidado integral del paciente.

Realiza su actividad en: sanatorio (visita y guardia sanatorial), policlínica, emergencia y domicilio.

### **6.2. Definición general del cargo de alta dedicación de medicina interna<sup>72</sup>**

La reforma de la organización del trabajo en medicina interna tiene por objetivo central la mejora de la calidad asistencial a través de una nueva forma de ejercicio profesional. La horizontalidad de la actividad del internista incorporada en los Cargos de Alta Dedicación, permite el seguimiento longitudinal de los pacientes internados lo que constituye una condición necesaria para la calidad asistencial en los servicios de internación. La continuidad asistencial del paciente debe implicar la supervisión de la coordinación al alta, ya sea para control en policlínica de medicina interna o realizando la contra referencia con su médico de referencia. Las actividades no asistenciales contempladas en el nuevo régimen de trabajo médico (desarrollo profesional médico continuo, protocolización, información epidemiológica, auditoria, etc.) constituyen tareas esenciales para la mejora de la calidad asistencial.

---

<sup>70</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>71</sup> Definición realizada por la Sociedad Española de Medicina Interna para la modificación de la Guía de Formación de Especialistas de la Comisión Nacional de Especialidades Médicas, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Cultura. España 1996.

<sup>72</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

### **6.3. Régimen laboral de los especialistas en medicina interna<sup>73</sup>**

#### *Internista de Sanatorio (G III)*

Definición de función: Es aquel médico especialista en Medicina Interna responsable de la asistencia y tratamiento de los pacientes internados en el sanatorio, incluido su seguimiento hasta el alta sanatorial. Puede también actuar como consultante de otros médicos sobre pacientes internados.

#### *Médico de guardia sanatorial (G II)*

Definición de función: es aquel médico especialista en Medicina Interna responsable de la vigilancia y cuidado de los pacientes internados en el área médica, de las consultas médicas de urgencia sobre pacientes quirúrgicos internados; y de la asistencia de los pacientes que ingresan, hasta que sean asistidos por el Internista tratante.

#### *Médico de puerta (G II)*

Definición de función: es aquel médico especialista en Medicina Interna que se ocupa de la asistencia, control y tratamiento de los pacientes que consultan en el área de Emergencia o puerta de la Institución, quien además seguirá la evolución y el tratamiento de los pacientes en áreas de pre internación, quedando a su criterio el ingreso o el alta de los mismos.

#### *Internista consultante (G IV)*

Definición de función: Es aquel Médico Internista integrante del equipo, que realiza consultas de pacientes derivados por otros especialistas, desarrollando su labor tanto en Policlínica, como en áreas de internación o domicilio. Podrá tener un rol central en la generación, desarrollo y coordinación de actividades de EMC.

#### *Director de servicio (G V)*

Definición de función: Es aquel Médico Internista que dirige la actividad del Departamento, en los casos en que exista como tal, cumpliendo las funciones de programación, supervisión y organización.

### **6.4. Nuevo modelo de trabajo médico en medicina interna<sup>74</sup>**

Se toma como referencia la clasificación según grados y la propuesta conjunta (SMIU-SMU) de organización en niveles para el funcionamiento de los eventuales servicios de medicina en el ámbito privado.

Se proponen tres niveles para los cargos de alta dedicación:

Nivel 1: cargo base o de inicio.

Nivel 2: cargo de avance o consultante.

Nivel 3: cargo de dirección o jefatura.

---

<sup>73</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>74</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

## **6.5. Descripción de las tareas de los cargos<sup>75</sup>**

De esta manera para el cargo de base o inicio se consideran las actividades que atañen tanto al médico internista grado II como al grado III: guardias sanatorial y de emergencia, internación domiciliaria, visita de piso, policlínicas de medicina interna y cuidados paliativos. El cargo de avance o consultante se corresponde con la actividad del internista grado IV, y el de director o jefe al grado V.

**Para los cargos de inicio**, los médicos internistas trabajarán en régimen de 40 a 48 horas semanales (de 175 a 209 horas mensuales respectivamente)<sup>76</sup>, y su valor hora será de \$795 nominales, al 1 de julio de 2013. A este valor se deberá adicionar las compensaciones que puedan corresponder por trabajo nocturno y antigüedad la que se calculará sobre las mismas bases que en la actualidad.

La carga horaria comprenderá visita sanatorial, en régimen de internación domiciliaria o con funciones en el Departamento de Emergencia (mínimo de 24 horas semanales), policlínica, tareas no asistenciales (mínimo 2 horas semanales), y guardia interna (máximo de 16 horas).

La visita sanatorial se desarrollará de lunes a sábado. Podrá contemplar un régimen de visita y contravisita diario acordado entre la institución y el médico. Los médicos internistas que ingresen al régimen de alta dedicación podrán ser convocados para realizar contravisita de domingos y feriados dentro de su cargo, en una relación que no exceda un domingo cada 6.

En el caso de internación domiciliaria se asistirán pacientes en un máximo a 2 pacientes por hora.

En el caso de internista con funciones en el Departamento de Emergencia abarca las diversas modalidades (horizontal/vertical) de visita de internista en el servicio de Emergencia.

Para las tareas no asistenciales, rigen las condiciones acordadas en el acta del Consejo salarios grupo 15 del 5 de noviembre de 2012.

Las tareas de guardia serán presenciales, en turnos de no más de 16 horas, teniendo a su cargo un sector de internación no mayor a 50 camas.

## **6.6. Definición de las actividades para cargos de alta dedicación de medicina interna.<sup>77</sup>**

Policlínica de Medicina Interna: En su actividad en policlínica, el internista se desarrolla como especialista que recibe pacientes derivados para consulta y/o seguimiento por parte del médico de referencia, por parte de otros especialistas o al alta sanatorial. El especialista en medicina interna en su actividad en policlínica tiene un rol fundamental en el diagnóstico de diversas patologías en particular complejas, en el manejo y seguimiento del paciente con

<sup>75</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>76</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>77</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

comorbilidades (en particular con comorbilidades múltiples), en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades sistémicas y otras patologías complejas, y control al alta sanatorial o del Departamento de Emergencia.

Actividad sanatorial: En la actividad sanatorial de los servicios de medicina, el internista realizará la visita diaria de lunes a sábado, siendo el responsable de la asistencia de todos los pacientes ingresados en áreas médicas de internación, coordinando la asistencia de los pacientes ingresados, interactuando cuando lo estime conveniente con otros especialistas, debiendo realizar el ingreso del paciente, el seguimiento y siendo el responsable del alta sanatorial del paciente.

En las áreas de sanatorio de servicios quirúrgicos o polivalentes el internista será el responsable en función de la organización de cada institución médica de todos los pacientes ingresados, o, de los pacientes con patología médica y los que son asignados a solicitud de interconsulta por parte de los especialistas quirúrgicos. En este caso, el médico internista realizará la historia médica del paciente, el seguimiento y definirá en conjunto con el colega tratante el alta sanatorial, realizando ambos especialistas resúmenes de egreso sanatorial de ser posible en forma conjunta.

Actividad en el Departamento de Emergencia: El internista tendrá a su cargo la visita longitudinal de las áreas de pre internación, deberá evacuar interconsultas de los médicos de guardia y realizará tareas de supervisión.

En el área de Emergencia podrá tener un régimen de trabajo horizontal o en régimen de guardia de internista para la interconsulta y supervisión, en función de la organización del Departamento de Emergencia.

Actividad de internación domiciliaria: el internista realizará la visita diaria de lunes a sábado, siendo el responsable de la asistencia de todos los pacientes ingresados, debiendo realizar el ingreso, seguimiento y egreso del paciente del servicio de internación domiciliaria.

### **6.7. Retribución variable para la actividad de medicina interna en visita sanatorial y guardia interna.<sup>78</sup>**

1. El pago variable a medicina interna es individual y se efectiviza en función de la realización de una adecuada Historia Clínica y Resumen de Egreso, correspondiendo cada ítem al 50% del pago del variable.
2. Los componentes mínimos que deben contener la Historia Clínica y el Resumen de Egreso se detallan en el Anexo. (“Componentes mínimos de la historia clínica y el resumen de egreso”. Página 48 de este texto ordenado)
3. Para percibir el 50% vinculado al registro de la historia clínica y el 50% vinculado al resumen de egreso, se debe tener el 100% de la información mínima solicitada en cada

---

<sup>78</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

componente, para todos los pacientes durante el período de tiempo considerado. El pago variable está condicionado entonces por el registro de la historia clínica y el resumen de egreso de las 14 camas de los servicios de medicina de las que es responsable de su atención longitudinal el médico internista y de todos los pacientes asignados en las áreas polivalentes y quirúrgicas.

4. El control del pago variable acumulará tres meses y condicionará el pago en los siguientes tres meses. En los casos de ausencia justificada del profesional dentro de los tres meses referidos, el control se hará por el período de tiempo efectivamente trabajado. Si la Institución por cualquier razón no hace la evaluación de referencia de ambos componentes o alguno de ellos en los plazos establecidos, continuará obligada al pago del variable o su cuota-parte (en caso de que sea un solo componente) hasta su realización efectiva, en períodos no inferiores a los tres meses desde el anterior. El resultado de la evaluación deberá estar disponible en caso de reclamos, pudiendo ser solicitada la exhibición de la documentación que pruebe el resultado. La carga de acreditar documentalmente la correcta liquidación del variable será del empleador.
5. El pago variable debe tener flexibilidad en el tiempo y deberá convocarse al Consejo de Salarios cuando existan modificaciones previamente evaluadas y acordadas por parte de la CAM. La CAM creará un ámbito técnico a tales efectos, la que evaluará, en una instancia inicial a los seis meses y luego con una periodicidad anual, la pertinencia de los datos aportados y determinará la oportunidad de introducir cambios o nuevos indicadores, a efectos de mejorar progresivamente la calidad de la información.

#### **6.8. Retribución variable para la actividad de internación domiciliaria.<sup>79</sup>**

1. La retribución de la actividad de internación domiciliaria incorporada a los CAD en los acuerdos del 5 de noviembre de 2012 y del 7 de abril de 2014, se rige por las condiciones generales para la retribución de los cargos de alta dedicación.
2. El mecanismo de pago variable es el definido en la cláusula 4 del presente acuerdo.

#### **6.9. Componentes mínimos de la historia clínica y el resumen de egreso<sup>80</sup>**

##### **Componentes mínimos de la historia clínica**

- Ficha patronímica
- Motivo de ingreso
- Antecedentes de la enfermedad actual
- Enfermedad actual
- Evolución de enfermedad actual
- Antecedentes personales.
- Tratamientos recibidos (si es relevante)
- Examen físico
- Paraclínica
- En Suma final con planteo diagnóstico y conducta

<sup>79</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>80</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

- Evolución

#### **Componentes mínimos del resumen de egreso**

- Diagnóstico presuntivo al ingreso
- Diagnóstico al egreso
- Resultados paraclínicos relevantes
- Tratamientos recibidos y medicación
- Anatomía patológica (si aplica)
- Resultados pendientes (si aplica)
- Control evolutivo
- Condición al alta
- Indicaciones claras
- Referencia y contra referencia

#### **6.10. Régimen de suplencias<sup>81</sup>**

Durante el período que dure la transición, aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo establecido en el laudo del año 1965 en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios. En los casos que la suplencia sea por el total de horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora del NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO. Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de alta dedicación, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades de servicio.

#### **6.11. Médico pediatra en sanatorio cuidados moderados.<sup>82</sup>**

1. En el caso de los Médicos Pediatras responsables de la atención médica de pacientes que requieren cuidados moderados, se aplica el cargo de inicio de medicina interna definido en el Acta de Consejo de Salarios del 7 de abril de 2014 y las correspondientes modificaciones establecidas en el presente acuerdo.
2. Los pediatras referidos en la cláusula anterior quedan exceptuados de la obligatoriedad de realizar horas de policlínica establecida en la cláusula 5.4 del acta de Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012. En caso de incluir policlínica para referenciación de usuarios dentro de las actividades del cargo, tiene que representar al menos 20% de la carga horaria semanal y para el pago de estas horas regirán los valores y condiciones incluidas en la definición de Cargos de Alta Dedicación de Pediatría.
3. El número de Médicos Pediatras responsables en sanatorio de la atención de pacientes que requieren cuidados moderados no deberá superar una relación de un pediatra cada 14 camas disponibles para pacientes pediátricos hospitalizados y 18 pacientes para servicios pediátricos polivalentes.

---

<sup>81</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>82</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

4. El pediatra que desempeñe el CAD de Médico Pediatra en sanatorio (cuidados moderados) será valorado especialmente en los llamados sucesivos que la institución realice para cubrir CAD en el primer nivel de atención.

## **6.12. Modelo de transición<sup>83</sup>**

### **6.12.1. Generalidades<sup>84</sup>**

El Poder Ejecutivo a través del MSP se compromete a convocar a una comisión antes del 31 de diciembre de 2013 a efectos de redactar una normativa que regule los cuidados moderados, y en particular la actividad de la medicina interna.

El título de médico internista debe ser exigido para acceder a los cargos de alta dedicación de la especialidad, fijándose un plazo para la regularización de aquellos casos en que no se cuente con título.

### **6.12.2. Régimen Laboral<sup>85</sup>**

En forma transitoria, hasta que se redacte la normativa correspondiente, se regulará el ejercicio de todos los cargos de medicina interna teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- El médico internista de sanatorio no tendrá más de 14 camas asignadas en servicios de Medicina y hasta 18 pacientes en servicios polivalentes / quirúrgicos.<sup>86</sup>;trabajando en régimen de visita domiciliaria, atenderá como máximo a dos pacientes por hora;
- trabajando en régimen de guardia interna no tendrá asignado un sector mayor a 50 camas
- Los domingos y feriados atenderá hasta dos sectores de internación. La remuneración será de \$795 la hora, al 1 de julio de 2013 (a este valor se deberán adicionar las compensaciones que correspondan conforme a derecho, incluyéndose a modo de ejemplo la compensación por trabajo nocturno y antigüedad, la que se calculará sobre las mismas bases que en la actualidad), con un mínimo equivalente en todos los casos a 4 horas, pudiendo extenderse a 6 horas en caso de necesidades asistenciales del servicio. En caso de que el médico cumpla su tarea en un plazo menor a 4 horas igualmente se abonarán las 4 horas.

---

<sup>83</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>84</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>85</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>86</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

## **7. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO DE PSIQUIATRÍA DE ADULTOS Y PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA<sup>87</sup>**

### **7.1. Marco conceptual<sup>88</sup>**

El Sistema Nacional Integrado de Salud define, entre sus objetivos, implementar un modelo de atención integral, la organización de la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos, la promoción del desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica. Los CAD de psiquiatría deben generar las condiciones necesarias para el desarrollo de estos objetivos desde la perspectiva de las especificidades de la salud mental. El nuevo régimen de trabajo médico en el caso de psiquiatría, permite brindar una atención longitudinal a los usuarios que requieran de la atención de un psiquiatra. En este sentido, el psiquiatra tendrá una real articulación con los distintos niveles asistenciales, y trabajará en conjunto con el resto del equipo de salud. Como en otras áreas de la medicina, en el caso de los trastornos mentales la efectividad en el tratamiento así como la calidad de las prestaciones requiere de la participación de equipos multidisciplinarios, donde el Psiquiatra cumple un rol fundamental.

### **7.2. Ámbito personal de aplicación**

El nuevo régimen de trabajo se aplica a aquellos cargos que se desempeñen en psiquiatría de adultos y pediátrica. Solo podrán acceder a los cargos de especialistas los que tengan el título habilitante, en trámite o reválida en curso.

### **7.3. Régimen de trabajo**

1. Los médicos comprendidos en el ámbito personal de aplicación trabajarán en régimen de 175 a 209 horas mensuales (que equivalen a 40 a 48 horas semanales respectivamente), con una dedicación diaria para la institución, preferentemente en horario matinal y de la tarde, sin perjuicio de que pueda abarcar el horario vespertino y nocturno.
2. Los CAD desarrollarán su labor de lunes a domingo, según las necesidades del servicio, entendiéndose que los feriados no laborables se consideran como fin de semana y deberán gestionarse por cada institución.
3. La carga horaria mensual podrá comprender horas de policlínica que deberán representar como mínimo el 20% de las horas semanales; de retén que no podrá superar las 84 horas semanales; de guardia interna que no podrán superar el 75% de las horas semanales, de atención de hospitalización por causa psiquiátrica, atención en sanatorio psiquiátrico o sanatorio general; de atención domiciliaria, así como horas para tareas institucionales, de trabajo en equipo y desarrollo profesional continuo.

---

<sup>87</sup> Acuerdo CAM 6 de mayo de 2015 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>88</sup> Acuerdo CAM 6 de mayo de 2015 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

4. Se deja claramente establecido que la atención domiciliaria de esta especialidad no está incluida en el PIAS. Por lo tanto, las Instituciones no están obligadas a darlas, y de hacerlo se registrarán con respecto al usuario por el régimen de libre contratación.
5. Como excepción a lo acordado en el acta de la CAM de fecha 6 de agosto de 2014, en el numeral 3.2, se acuerda lo siguiente: En psiquiatría pediátrica el tiempo de atención en policlínica será de 30 minutos por paciente (2 pacientes por hora) sin doble turno para el paciente que se asiste por primera vez, o de 20 minutos (3 pacientes por hora), con doble turno en primera consulta para el paciente que se asiste por primera vez. Al 1° de noviembre de 2016 se convocará a las partes firmantes del acuerdo para evaluar la aplicación de este punto. La opción elegida por la IAMC o su posterior modificación, deberá ser formalmente comunicada por esta a la DINATRA – MTSS previo a su implementación. Cumplida la comunicación referida, el MTSS notificará la opción elegida al resto de las partes firmantes del presente acuerdo.
6. Número máximo de llamados de retén: El número máximo de llamados será de 10 cada 12 horas de guardia de retén. El control se realizará cada 3 meses, considerando los últimos 12 meses de trabajo. La definición de este umbral no condiciona la discusión de las especialidades a acordarse en el futuro.
7. A los efectos de la definición de actividades dentro del cargo, se establece que 3 horas de retén equivalen a 1 hora presencial.
8. Bajo este régimen de trabajo, en ningún caso el régimen de guardias presenciales excederá las 12 horas corridas.
9. La distribución de las horas en las distintas actividades tendrá flexibilidad dentro del mismo cargo, según requerimiento del servicio, respetando mensualmente los límites por actividad establecidos en las cláusulas anteriores. La institución será responsable de brindar anualmente al profesional un listado con el detalle de horas cumplidas en el año correspondientes a cada tipo de actividad.
10. La carga horaria asignada a guardia podrá incluir al menos una guardia nocturna semanal y una guardia mensual de fin de semana o feriados de acuerdo a las necesidades del servicio.
11. En caso de interconsulta en sanatorio común el tiempo de entrevista será de 30 minutos en la primera entrevista y 20 minutos de seguimiento.
12. En la atención domiciliaria no urgente se asignará 1 hora por llamado que incluye la entrevista y el traslado.
13. En la hospitalización por causa psiquiátrica, se contará con 45 minutos para la primera entrevista y 20 minutos para seguimiento. A esto se adicionará media hora de traslado por cada centro hospitalario. En el caso de psiquiatría pediátrica se contará con una hora para la primera entrevista y 30 minutos para seguimiento.

#### **7.4. Organización de la atención en policlínica**

Para el MSP, la psiquiatría no debe ser una especialidad de “puerta de entrada” al sistema sino que debe representar el primer nivel de atención especializada en Salud Mental; en este sentido, el Psiquiatra debe ser un especialista de referencia de un grupo determinado de médicos de referencia del primer nivel de atención, con los que tenga mecanismos sencillos y oportunos de interconsulta, referencia y contra referencia, trabajo en equipo, etc. La organización de la atención sanitaria bajo este esquema deberá contemplar en su implementación la libertad de elección del usuario y de los médicos para conformar ese primer nivel de atención especializada.

Hasta tanto el MSP no establezca una normativa que defina la organización e integración de los distintos niveles asistenciales, la atención de psiquiatría en policlínica se organizará de acuerdo a los mecanismos acordados en cada institución, contemplando el marco general que aspira al seguimiento longitudinal de los usuarios en psiquiatría.

#### **7.5. Descripción general de actividades**

Sus actividades y competencias deben comprender, entre otros, tres aspectos que involucran lo asistencial, lo docente formativo y la gestión clínica. Los mismos se describen a continuación en forma enunciativa y en concordancia con la normativa vigente.

##### En lo Asistencial:

- a) Asistencia y atención directa al paciente en base a:
  - Diagnóstico, terapéutica y realización de los procedimientos y técnicas habituales en Psiquiatría
  - Actuar en casos de Emergencia efectuando anamnesis, diagnóstico, las indicaciones de tratamiento y otras indicaciones que correspondan
  - Registros y documentación completa en la Historia Clínica del paciente de sus actos médicos y consentimientos informados para procedimientos especiales
  - Establecer un vínculo de confianza con el paciente y su familia, brindando el informe médico cuando corresponda.
  - Coordinación con otros técnicos del Equipo de Salud, otros dispositivos asistenciales y con los diferentes ámbitos de la vida de las personas (ej. Niños, escuela, club etc.)
- b) Colaborar con el Jefe del Servicio en la implementación de protocolos y otros eventuales desarrollos como unidades de gestión clínica, procesos asistenciales integrados, etc.
- c) Eventualmente, subrogación del Jefe del Servicio y/o Departamento en su ausencia.

### En Calidad y Gestión

- a) Responsabilidad documental de la Historia Clínica, asegurando la calidad de los registros y colaborando en la elaboración de índices e indicadores
- b) Participación en Protocolos de actuación y de seguridad del paciente
- c) Participación en Protocolos de evaluación y tratamiento de múltiples patologías.

### Docencia, Capacitación e Investigación:

- a) Participación en la producción y creación de Protocolos asistenciales (terapéuticos y diagnósticos) según la mejor evidencia disponible
- b) Participación en Investigación y producción científica
- c) Participación en educación y seguimiento a especialistas en formación
- d) Participación en tareas de capacitación del personal médico y no médico de la Institución.
- e) Planificación e implementación de actividades de lectura de Revistas, puesta al día, discusión de nuevos artículos, conocimientos de nuevas tecnologías
- f) Coordinación de reuniones de discusión de casos clínicos con otras especialidades

### **7.6. Definición de las actividades del CAD**

Policlínica de Psiquiatría: En su actividad de policlínica, el psiquiatra presta atención no urgente en consultorio a su población de referencia y eventualmente a población que no esté referida a él, constituyendo el nivel básico y fundamental de relación usuario-servicio. Su tarea profesional consiste en:

- Establecer el diagnóstico, indicar el tratamiento correspondiente, y formular un proyecto terapéutico que podrá ser discutido con el resto del equipo de salud.
- Controlar la evolución y seguimiento de los pacientes que constituyen su población de referencia
- Registrar en forma completa su actuación e indicaciones en la Historia Clínica.
- Mantener entrevistas de intercambio con técnicos, educadores o representantes de redes comunitarias, vinculadas a la atención del usuario.
- Garantizar la continuidad de la atención con otros niveles asistenciales; coordinar la derivación de pacientes a otros niveles o dispositivos de atención.

- Apoyar y asesorar a los médicos de referencia en problemas vinculados a la salud mental (eventualmente realizar interconsulta).

La asistencia en Policlínica tendrá un fuerte componente de prevención y promoción de salud que será definido y reglado oportunamente por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las actividades y recomendaciones que estime conveniente realizar el profesional actuante.

Atención Domiciliaria (no urgente): Realizar la Atención Domiciliaria no urgente de pacientes que forman parte (o no) de su población de referencia que no puedan trasladarse hasta la policlínica, o con internación domiciliaria por cualquier causa. El especialista podrá concurrir en un plazo de 48 horas.

Atención en Emergencia: En su actividad de emergencia, atender a pacientes a los que el médico de guardia les solicite consulta con Psiquiatra, quien realizará:

- la valoración primaria del paciente y un diagnóstico provisional
- definirá la conducta a seguir, las indicaciones farmacológicas y un eventual ingreso o derivación
- registro completo de su actuación e indicaciones en la Historia Clínica.

Una vez referenciada la población, si el usuario requiere continuar con el tratamiento, el seguimiento lo realizará el psiquiatra de referencia correspondiente

La actividad de emergencia puede realizarse en régimen de guardia interna o régimen de retén de acuerdo a las necesidades del servicio.

Hospitalización por causa psiquiátrica: Es la asistencia que el psiquiatra brinda en el contexto de internación en sanatorio por causas psiquiátricas hasta la compensación del paciente.

La descripción de tareas y actividades serán las siguientes, en forma enunciativa y de acuerdo a la normativa vigente;

- asistencia directa al paciente en base a:
  1. diagnóstico, terapéutica y realización de los procedimientos y técnicas habituales en Psiquiatría
  2. Registros y documentación completa de su actuación en la Historia Clínica del paciente y de consentimientos informados para procedimientos especiales
  3. Seguimiento y evolución de paciente ingresado
  4. Entrevista a familiares e informes regulares
  5. Otorga el alta psiquiátrica

6. Coordina el seguimiento al alta, de ser necesario, y asegura la continuidad de la asistencia con el psiquiatra de referencia

Atención en Sanatorio General: El psiquiatra brinda asistencia, en el contexto de una internación en sanatorio por causas no psiquiátricas, a solicitud de médico generalista, internista u otros especialistas.

Pueden existir distintas situaciones:

- a) Consulta no urgente: Si el paciente ya se encuentra en tratamiento o tiene psiquiatra de referencia, deberá ser visto preferentemente por su psiquiatra referente, en un plazo no mayor a 48 horas.

Si el paciente no tuviera psiquiatra de referencia, será visto por el psiquiatra de guardia, quien deberá asegurar la continuidad de la atención, de ser necesaria.

- b) Interconsulta de urgencia: será visto por el psiquiatra de guardia, tenga o no psiquiatra tratante. Éste será el responsable de asegurar la continuidad, en caso de ser necesario. Si el paciente tiene psiquiatra tratante, coordinará con él el seguimiento; de lo contrario, será el encargado de asistir al usuario al menos hasta su egreso.

La asistencia consiste en evaluar al paciente, realizar eventual diagnóstico y definir conducta, en coordinación con el equipo de salud tratante en la internación. Determinar la necesidad de tratamiento y eventual seguimiento. Realizar entrevista a familiares y los informes correspondientes.

### **7.7. Horas de actividades institucionales**

Esta actividad incluye como mínimo 2 horas semanales comprendidas dentro de las 40 a 48 horas semanales respectivamente, y teniendo en cuenta 43 semanas laborales anuales, las horas totales en el año son 86. Estas horas deben ser flexibles, tanto en su contenido como en su distribución anual de acuerdo a los requerimientos del servicio. Quedan excluidos los días de licencia por congreso.

### **7.8. Planificación del proceso psiquiátrico terapéutico**

En el caso de psiquiatría, dadas las especificidades propias de la especialidad, se adicionan 4 horas mensuales de trabajo en equipo, definidas como la instancia de intercambio clínico en la que los profesionales toman conocimiento sobre las características de los cuadros clínicos de los pacientes asistidos por sus colegas y discuten sobre las dificultades diagnósticas, terapéuticas y de evolución de los mismos. Dicha reunión no tiene implicancias para la discusión de las especialidades ya acordadas o a acordarse, y cobra especial relevancia en Psiquiatría dada la complejidad propia de la disciplina en la que la paraclínica no constituye una herramienta relevante para el diagnóstico y el hiato anátomo clínico es el más significativo de toda la medicina.

### **7.9. Remuneración**

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, a excepción de lo planteado en la presente cláusula.
2. El salario total mensual es \$153.152 para 175 horas mensuales y \$182.907 para 209 horas mensuales, que equivale a un valor hora de \$875,15, expresado a valores del 1º de julio de 2014. Las horas mensuales pueden incluir horas de retén que se computan con una equivalencia de 3 horas de retén por 1 hora presencial, es decir que el valor hora de esta actividad equivale a 1/3 del valor hora de la actividad presencial.
3. Los valores referidos en esta cláusula remuneran todos los actos médicos.
4. 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.
5. 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 (“Retribución variable para la actividad de atención domiciliaria para cargos de alta dedicación.” Página 23 de este texto ordenado).
6. El pago variable correspondiente a la guardia retén representa el 35% del valor total de la guardia. El pago de este componente variable dependerá de la cantidad de llamados que realice el médico. El valor unitario de cada llamado será de \$204 a valores de julio de 2014. El 100% del componente variable será abonado únicamente si se realizan al menos 6 llamados cada 12 horas de retén, medido mensualmente. Por encima de los 6 llamados cada 12 horas mensualizados, no se abonarán llamados extras por haberse alcanzado ya el 100% del valor del componente variable.
7. El mecanismo de pago variable para los CAD de psiquiatría de adultos y pediátrica de las horas presenciales se definirá en la CAM en un plazo máximo de 60 días a partir de la firma del presente acuerdo. En el mismo plazo deberán definirse los componentes cualitativos del pago variable de la guardia retén.

### **7.10. Régimen de trabajo de los suplentes**

Durante el período que dure la transición, aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo del Laudo de 1965 en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios. En los casos que la suplencia sea por el total de horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora del presente acuerdo. Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de alta dedicación, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades del servicio.

## 8. ANTIGÜEDAD<sup>89</sup>

### 8.1. Antecedentes

El laudo del 65' y sus ulteriores modificaciones determinaron una forma de calcular la antigüedad con porcentajes crecientes -según la siguiente tabla- que se calcula sobre un salario ficto denominado salario base médico (en adelante SBM). Dicho ficto asciende a la fecha a la suma de \$ 12.711 por una labor de 26 horas de policlínica mensuales.

AÑOS	PORCENTAJE
0	0%
1	1%
2	2%
3	3%
4	4%
5	10%
6	11%
7	12%
8	13%
9	14%
10	20%
11	21%
12	22%
13	23%
14	24%
15	25%
16	26%
17	27%
18	28%
19	29%
20	30%
21	31%
22	32%
23	33%
24	34%
25	40%

El proceso de creación de un nuevo laudo médico a través de los CAD, dispuso que a los valores salariales que se pactaron se deben adicionar “las compensaciones que puedan corresponder por trabajo nocturno y antigüedad, la que se calculará sobre las mismas bases que en la actualidad” (numeral 10.5; Acta de Consejo de Salarios de 5 noviembre de 2012). (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.” Página 15 de este texto ordenado).

### 8.2. Ratificación

---

<sup>89</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

Se ratifica que en todos los casos, la antigüedad que corresponda percibir a los profesionales médicos, independientemente del cargo que ocupen e incluyendo los denominados Cargos de Alta Dedicación (CAD) y/o cargos creados o a crearse bajo el denominado Nuevo Régimen de Trabajo Médico, se calculará tomando como referencia el salario ficto (SBM), monto y porcentajes establecidos en la cláusula anterior, esto es, manteniendo en todos los casos, los criterios y procedimientos establecidos en el laudo del año 1965.

## 9. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO ESPECIALIDADES MÉDICAS.<sup>90</sup>

### 9.1.Ámbito personal de aplicación<sup>91</sup>

El nuevo régimen de trabajo definido en el presente acuerdo se aplicará a las siguientes especialidades médicas:

Alergología	Laboratorio de patología clínica; microbiología; y parasitología y micología médica
Anatomía Patológica	Medicina del Deporte
Cardiología	Nefrología
Dermatología	Neumología
Endocrinología y Metabolismo	Neurología
Enfermedades Infecciosas	Neuropediatría
Gastroenterología	Oncología Médica
Genetista	Oncología radioterápica
Geriatría	Rehabilitación y Medicina Física
Hematología	Reumatología
Hemoterapia y Medicina Transfusional	

### 9.2.Ámbito temporal de aplicación.<sup>92</sup>

Como excepción al régimen general, a partir del 1º de julio de 2018 el nuevo régimen de trabajo se hará obligatorio para todas las instituciones y todas las especialidades definidas en la cláusula 2 (“Ámbito personal de aplicación”. Página 59 de este texto ordenado), para los cargos creados o que se transformen y los médicos que ingresen a las instituciones, a partir de dicha fecha. Sin perjuicio de ello, en caso de que una institución contrate un CAD de estas especialidades previo a dicha fecha, todos los nuevos cargos de esa especialidad en la institución deberán ser bajo el nuevo régimen de trabajo.

<sup>90</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>91</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>92</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

Este ámbito temporal supone que, a julio de 2018, se habrán implementado los cargos de complementación que posibiliten compartir CAD entre instituciones, tanto públicas como privadas.

### 9.3. Régimen de trabajo.<sup>93</sup>

1. El nuevo régimen de trabajo es exclusivo para cargos titulares.
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 los siguientes regímenes: en régimen de 87 a 209 horas mensuales (equivalentes a 20 a 48 horas semanales respectivamente), y en régimen de 131 a 209 horas mensuales (equivalentes a 30 a 48 horas semanales respectivamente).
3. 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. *Actividades.* Las cargas horarias semanales podrán comprender horas presenciales que incluyen atención directa a pacientes en policlínica, horas de urgencia y emergencia, internación domiciliaria, atención domiciliaria, visitas a pacientes internados, horas de guardia presenciales en áreas de cuidados moderados<sup>94</sup>, técnicas de diagnóstico en régimen de trabajo presencial y sistema de atención rápida (SARA)<sup>95</sup>, retén –en los casos que se especifican-, así como actividades de educación y promoción para la salud y horas de actividades institucionales que no impliquen la atención directa a pacientes.<sup>96</sup>
5. Cargas horarias mínimas y retén. Las cargas horarias que se definen en la presente cláusula son mínimas, manteniéndose en todos los casos el límite superior de 48 horas, mientras que la actividad de retén no es obligatoria en ningún caso y se habilita la posibilidad de incluirla en los cargos en las especialidades según el detalle que se presenta en la siguiente tabla.

Especialidad	Retén	carga horaria mínima semanal
Alergología	NO	20
Anatomía Patológica	NO	20 <sup>97</sup>
Cardiología	SI	30

<sup>93</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>94</sup> A estos efectos se consideran dentro de cuidados moderados aquellas áreas especializadas que no son de cuidados críticos y agrupan pacientes con patologías médicas similares.

<sup>95</sup> Sistema de Atención Rápida (SARA): el profesional concurre en un máximo de tres veces por día en horario pre acordado, un máximo de 6 horas presenciales. Podrá realizar actividad en policlínica de atención inmediata, interconsulta en sanatorio y emergencia.

<sup>96</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

<sup>97</sup> Acta CAM 14 de diciembre de 2016.

Dermatología	NO	20
Endocrinología y Metabolismo	NO	20
Enfermedades Infecciosas	NO	20
Gastroenterología	SI <sup>98</sup>	30
Genetista	NO	20
Geriatría	NO	20
Hematología	NO	20
Hemoterapia y Medicina Transfusional	SI	30
Laboratorio de patología clínica; microbiología; y parasitología y micología médica	SI	20
Medicina del Deporte	NO	20
Nefrología	SI	30
Neumología	SI <sup>99</sup>	20
Neurología	SI	30
Neuropediatría	NO	20
Oncología Médica	NO	20
Oncología radioterápica	NO	30
Rehabilitación y Medicina Física	NO	30
Reumatología	NO	20

Cardiología, neurología y gastroenterología pueden tener un mínimo de 20 horas semanales en los casos en que el cargo no contemple la actividad de guardia y concentre al menos el 75% de su carga horaria en policlínica.

6. Cada seis meses cualquiera de las partes podrá solicitar la revisión de la tabla que figura en el artículo anterior.
7. A los efectos de la definición de actividades dentro del cargo, se establece que 3 horas de retén equivalen a 1 hora presencial.
8. El número máximo de pacientes será de 10 cada 12 horas de guardia de retén o cada 3 horas de SARA. El control se realizará cada 3 meses, considerando los últimos 12 meses de trabajo.
9. Bajo este régimen de trabajo en ningún caso el régimen de guardias presenciales excederá las 16 horas corridas, y el retén no puede superar las 84 horas de trabajo semanal.
10. La distribución de las horas en las distintas actividades tendrá flexibilidad dentro del mismo cargo, según requerimiento del servicio. La institución será responsable de

<sup>98</sup> Para los casos en que realizan técnicas.

<sup>99</sup> Para los casos en que realizan técnicas

brindar anualmente al profesional un listado con el detalle de horas cumplidas en el año correspondientes a cada tipo de actividad.

11. En estos cargos la actividad de SARA o guardia, presencial o de retén no podrá representar más del 75% de la carga horaria total. Las partes acuerdan realizar los máximos esfuerzos para que en aquellos cargos contratados con anterioridad al 31 de diciembre de 2017 con el régimen entonces vigente y que no cumplan con lo establecido en la cláusula anterior se adapten al cumplimiento de la misma.<sup>100</sup>
12. La carga horaria asignada a guardia podrá incluir al menos una guardia nocturna semanal y una guardia mensual de fin de semana o feriados de acuerdo a las necesidades del servicio.

#### **9.4. Horas de actividades institucionales.**<sup>101</sup>

Para los cargos de 40 a 48 horas semanales, esta actividad incluye como mínimo dos horas semanales y para los cargos de menos de 40 horas representa una hora semanal (que equivalen anualmente a 86 y 43 horas respectivamente).

Estas horas quedan comprendidas dentro de las 20 a 48 horas semanales del cargo, y su gerenciamiento queda librado a las disposiciones administrativas de la institución de asistencia médica colectiva correspondiente, pudiendo la misma, determinar el acumular determinado número de horas de forma de ocupar por ejemplo una jornada de actividades médicas y de capacitación dentro de la órbita institucional.

#### **9.5. Remuneración.**<sup>102</sup>

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. ("Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación. Página 15 de este texto ordenado.)
2. El salario total mensual es \$80.738,61 para 87 horas mensuales, \$121.571,93 para 131 horas mensuales y \$193.958,65 para 209 horas mensuales, que equivale a un valor hora de \$928,03, expresado a valores del 1º de julio de 2015. En los casos establecidos en la tabla del inciso 4.5 ("Régimen de trabajo." Numeral 5. Página 60 de este texto ordenado) las horas mensuales pueden incluir horas de retén que se computan con una equivalencia de 3 horas de retén por 1 hora presencial, es decir que el valor hora de esta actividad equivale a 1/3 del valor hora de la actividad presencial.
3. Este salario incluye un componente fijo de 75% y un componente variable de 25% en el caso de las horas presenciales, en el caso de la guardia retén el componente variable

<sup>100</sup> Acta de la CAM 21 de marzo de 2018.

<sup>101</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>102</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

es de 35% y el fijo de 65%. En el caso de SARA, la remuneración será 100% fija. La definición del componente variable de los procedimientos, técnicas diagnósticas y terapéuticas se determinará en un plazo no mayor de 180 días. Hasta tanto no exista una definición se abonará 100% fijo.

4. Los valores referidos en esta cláusula remuneran todos los actos médicos, procedimientos y técnicas diagnósticas.
5. Los valores indicados incluyen el fondo de categoría, 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. 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 (“Retribución variable para la actividad de atención domiciliaria para cargos de alta dedicación.” Página 23 de este texto ordenado).
6. El componente variable de la remuneración de las horas presenciales se acordará en un plazo de 90 días de firmado el presente acuerdo en Consejo de Salarios

## **9.6. Mecanismos de pago variable.**<sup>103</sup>

### **9.6.1. Policlínica**

A los efectos de determinar el pago se establecerán tres franjas donde las dos primeras equivalen cada una a 40% del total de consultas potencialmente realizables por el médico y la última a 20%.

- a. El primer 40% de las consultas no genera pago complementario.
- b. El segundo 40% de las consultas genera pago doble del valor unitario de la consulta.
- c. El último 20% pago simple.

El valor unitario de la consulta se determina por el cociente entre el 25% del valor hora y la cantidad de consultas por hora laudadas.

### **9.6.2. Guardias de retén**

El pago variable correspondiente a la guardia retén representa el 35% del valor total de la guardia.

El pago de este componente variable dependerá de la cantidad de llamados que realice el médico.

El valor unitario de cada llamado será de **\$216,32** a valores de julio de 2015.

El 100% del componente variable será abonado únicamente si se realizan al menos 6 llamados cada 12 horas de retén, medido mensualmente.

Por encima de los 6 llamados cada 12 horas mensualizados, no se abonarán llamados extras por haberse alcanzado ya el 100% del valor del componente variable.

Este régimen no aplicará para el caso en que se desarrollen técnicas y se discutirá durante el plazo de 180 días previsto en el inciso 4.3 (“Remuneración.” Página 62 de este texto ordenado)

---

<sup>103</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

### **9.6.3. Visita sanatorial y guardia interna.**

El pago variable en visita sanatorial y guardia interna se efectiviza en función de la realización de una adecuada historia clínica y resumen de egreso, correspondiendo cada ítem al 50% del pago variable.

### **9.7. Técnicas y procedimientos<sup>104</sup>**

En un plazo no mayor a 180 días deberá definirse el diseño de los cargos cuya actividad principal (por encima del 75% de la carga horaria) corresponda a la realización de procedimientos y técnicas diagnósticas y/o terapéuticas.

En anatomía patológica, cardiología, dermatología, oncología radioterápica, gastroenterología y neumología se diseñarán cargos que incorporen técnicas y procedimientos en forma predominante, ya sea en la totalidad o en forma parcial.

Durante el período de referencia las instituciones podrán acordar con sus médicos –en forma provisoria hasta el acuerdo definitivo- la incorporación de estas tareas en el diseño general.

### **9.8. Régimen de suplencias<sup>105</sup>**

Durante el período que dure la transición, aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo establecido en el laudo del año 1965 en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios.

En los casos que la suplencia sea por el total de horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora del NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO.

Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de trabajo médico, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades de servicio.

### **9.9. Financiamiento de los Cargos de Alta Dedicación.<sup>106</sup>**

- a. El financiamiento de los CAD de las especialidades médicas, se regirá por lo dispuesto en el numeral 16 del Acuerdo del Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012 (“Financiamiento para cargos de alta dedicación”. Página 26 de este texto ordenado), con la excepción de aquellos cargos que tengan una carga horaria mensual inferior a 175 horas mensuales.
- b. Durante el plazo de dos años contados a partir de la vigencia de este documento, aquellos CAD con una carga horaria menor a 175 horas mensuales, se computan para la meta 4 como 1 CAD siempre que no superen el 25% del total de CAD contratados por la institución. Vencido dicho plazo el cómputo se realizará a razón de 20% del

<sup>104</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>105</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>106</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

total de CAD contratados por la institución. Por encima de estos umbrales, cada CAD adicional de menos de 175 horas mensuales se computará de manera proporcional a la cantidad de horas, considerando la equivalencia: 1 cargo de 44 horas semanales cada 7.000 afiliados cada \$5,14 a valores noviembre 2013.

- c. Por encima de los umbrales definidos en la cláusula anterior, cada CAD adicional de menos de 175 horas mensuales se computa para la meta en un porcentaje calculado de la siguiente manera:

(Cantidad de horas semanales promedio del total de cargos de menos de 40 horas semanales)/44 horas semanales

Para el cómputo de la meta 4, se multiplica dicho porcentaje por el total de CAD de menos de 175 horas mensuales que quedan por encima de los umbrales.

Dicho cálculo se realizará en cada oportunidad de liquidación de la meta 4.<sup>107</sup>

#### **9.10. ANEXO: Consideraciones especiales<sup>108</sup>**

La policlínica de cardiología podrá incluir la realización de los informes de electrocardiogramas. La realización del resto de los procedimientos y técnicas diagnósticas y/o terapéuticas se regulará según lo establecido en el capítulo 6: "Técnicas y procedimientos" ("Técnicas y procedimientos". Página 64 de este texto ordenado).

### **10. MÉDICO EMERGENTÓLOGO, MÉDICO GENERAL, MÉDICO INTERNISTA O MÉDICO PEDIATRA QUE DESARROLLA FUNCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA<sup>109</sup>**

#### **10.1. Ámbito personal de aplicación.<sup>110</sup>**

Este régimen de trabajo está definido para los médicos con especialidad en emergentología, médicos con especialidad en emergentología pediátrica, médicos generalistas, médicos internistas, médicos intensivistas o médicos pediatras que desarrollan sus tareas en forma presencial exclusivamente en los Servicios de Urgencia/Emergencia intrahospitalaria y extra hospitalaria.

#### **10.2. Régimen de trabajo.**

1. El nuevo régimen de trabajo es exclusivo para cargos titulares.<sup>111</sup>
2. Los médicos comprendidos en el ámbito personal de aplicación de este convenio trabajarán en régimen de 175 horas a 209 horas mensuales (equivalentes a 40 a 48 horas semanales respectivamente).<sup>112</sup>

<sup>107</sup> Acta CAM 3 de mayo de 2017.

<sup>108</sup> Acta Consejo de Salarios 16 de diciembre de 2015.

<sup>109</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>110</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

<sup>111</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

3. 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.<sup>113</sup>
4. Las cargas horarias semanales podrán comprender horas de guardia presenciales en el servicio de Emergencia, horas de policlínica para el control de altas, policlínicas comprendidas en sub-áreas del Servicio de Emergencia, llamados a domicilio urgentes así como actividades de educación y promoción para la salud y horas de actividades institucionales que no impliquen la atención directa a pacientes. Los médicos intensivistas podrán realizar horas de guardia presenciales en las áreas de cuidados intensivos y los médicos internistas horas de guardia interna en cuidados moderados.<sup>114</sup>
5. Asociados a estos servicios de emergencia, se definen dos tipos de cargos. Cargos de Alta Dedicación Longitudinal de Emergencia (CADLE) y Cargos de Alta Dedicación Transversal de Emergencia (CADTE)<sup>115</sup>
6. Régimen de trabajo de los CADLE: Estos cargos se desempeñarán en régimen de guardia presencial con un sistema de trabajo de lunes a viernes o de lunes a sábados. El cargo debe ser longitudinal, con un régimen de actividad asistencial de al menos 6 horas diarias.<sup>116</sup>
7. Régimen de trabajo de los CADTE:<sup>117</sup>
  - a. Estos cargos se deberán desempeñar en régimen de guardia presencial con una concurrencia de al menos 3 días a la semana de lunes a sábado.
  - b. Estos cargos se desempeñan con un máximo de 13 horas de trabajo corridas.
  - c. En todos los casos debe existir al menos una hora para el pase de guardia.
8. Estos cargos quedan exceptuados de la obligatoriedad de realizar el mínimo de horas de policlínica establecida en la cláusula 5.4 del acta de Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012 (“Régimen de trabajo para cargos de alta dedicación” numeral 4. Página 11 de este texto ordenado). En caso de incluir horas de policlínica para el control de altas o policlínicas comprendidas en sub-áreas del Servicio de Emergencia, las mismas pueden representar menos del 20% de la carga horaria semanal pero en este caso, el profesional no puede tener usuarios referenciados.<sup>118</sup>
9. Bajo este régimen de trabajo en ningún caso el régimen de guardias presenciales excederá las 16 horas corridas.<sup>119</sup>
10. La carga horaria asignada a guardia podrá incluir al menos una guardia nocturna semanal y una guardia mensual de fin de semana o feriados de acuerdo a las necesidades del servicio.<sup>120</sup>

---

<sup>112</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>113</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>114</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

<sup>115</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

<sup>116</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

<sup>117</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

<sup>118</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>119</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>120</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

### **10.3. Horas de actividades institucionales.<sup>121</sup>**

Esta actividad incluye como mínimo 2 horas semanales comprendidas dentro de las 40 a 48 horas semanales respectivamente, y teniendo en cuenta 43 semanas laborales anuales, totalizan 86 horas al año. Estas horas deben ser flexibles tanto en su contenido como en su distribución anual de acuerdo a los requerimientos del servicio. Quedan excluidos los días de licencia por congreso.

### **10.4. Remuneración.<sup>122</sup>**

1. Se registrará 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. (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación. Página 15 de este texto ordenado.)
2. El salario total mensual es \$153.152 para 175 horas mensuales y \$182.907 para 209 horas mensuales, que equivale a un valor hora de \$875,15, expresado a valores del 1º de julio de 2014.
3. Dicho valor se compone de un porcentaje fijo y otro variable. El componente variable no puede superar el 25% del valor indicado.
4. Los valores referidos en esta cláusula remunerarán todos los actos médicos.
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.
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 (“Retribución variable para la actividad de atención domiciliaria para cargos de alta dedicación.” Página 23 de este texto ordenado).
7. La retribución variable para la actividad de urgencia y emergencia se registrará por lo establecido en el numeral 2 del acuerdo de la CAM del 11 de junio de 2013 – Acta de Consejo de Salarios del 7 de abril de 2014: “Retribución variable para la actividad de urgencia y emergencia centralizada para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría” (“Retribución variable para la actividad de urgencia y emergencia centralizada para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría.” Página 24 de este texto ordenado).
8. En el caso de los médicos intensivistas que realicen horas de guardia de unidades de cuidados intensivos, para el pago de estas horas registrarán los valores definidos para los CADT. Aquellos médicos intensivistas que realicen horas de guardia en áreas de cuidados intensivos que se encuentren funcionando con el Nuevo Régimen de Trabajo Médico aportarán el 25% del salario correspondiente a las horas destinadas a dicha área. Este monto se integrará al fondo de pago variable

---

<sup>121</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>122</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

(FPV – CTI) y el médico cobrará el salario variable de acuerdo a lo establecido en dicho acuerdo<sup>123</sup>

9. En el caso de los médicos internistas asociados a los servicios de emergencia que cumplan actividades de guardia interna en cuidados moderados el 25% del salario correspondiente a las horas destinadas a dicha área se pagará de acuerdo a lo establecido en el acuerdo correspondiente a medicina interna.<sup>124</sup>

#### **10.5. Régimen de suplencias.**<sup>125</sup>

Durante el período que dure la transición, aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo establecido en el laudo del año 1965 en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios.

En los casos que la suplencia sea por el total de horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora del NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO.

Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de trabajo médico, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades de servicio.

#### **10.6. Implementación.**<sup>126</sup>

1. Tanto los CADLE como los CADTE podrán ser computados para la Meta 4.
2. No podrán contratarse CADTE hasta tanto no exista al menos un CADLE contratado.
3. Este cómputo se realiza para cada puerta de emergencia.

### **11. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO CIRUGÍA GENERAL.**<sup>127</sup>

#### **11.1. Marco conceptual.**<sup>128</sup>

La actual organización del trabajo médico en cirugía general presenta debilidades que atentan contra un adecuado ejercicio profesional y condicionan la mejora de la calidad asistencial y de vida de los profesionales. Existen diversos problemas y debilidades que afectan de manera diferente a Montevideo y al interior.

En el caso de Montevideo, el ejercicio actual es mayoritariamente individual, y salvo en el sector público y en algunas excepciones para el sector privado, no existe trabajo en equipo. A

---

<sup>123</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

<sup>124</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

<sup>125</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>126</sup> Acta CAM 28 de junio de 2017.

<sup>127</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>128</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

su vez los cirujanos internos en muchas instituciones no están habilitados a operar en su guardia interna, no participando en la resolución quirúrgica de los pacientes asistidos. Tanto la organización del trabajo como los mecanismos de pago generan dificultades en la inserción laboral de los jóvenes, y repercuten en la capacidad del sistema de mantener las destrezas de los recursos humanos formados.

En este sentido, el sistema de trabajo actual predominante en Montevideo genera varias desventajas: fracciona el ejercicio de la disciplina, despoja del continuo aprender y desarrollo de habilidades y destrezas a quienes recién ingresan al sistema; provoca un estancamiento del desarrollo profesional en el grado 3, sector que accede a generar las más altas retribuciones salariales de la vida laboral activa; no existe pago por responsabilidad ni por el adecuado cumplimiento del conjunto del proceso asistencial, sino que éste se encuentra fuertemente dependiente del acto quirúrgico; se desalienta la realización de procedimientos complejos, que no tienen su retribución correspondiente, lo que desalienta la concentración de cirugía compleja, su evolución, aprendizaje; expone al cirujano que accede a operar a continuar operando sobre todo urgencias hasta el fin de su ejercicio para mantener su nivel de ingreso; fomenta el multiempleo, sin apego no solo hacia la institución sino hacia el equipo asistencial; genera atrasos quirúrgicos en la medida que el mecanismo de pago determina que la única variable de control sobre el presupuesto sea la cantidad de intervenciones quirúrgicas (en este caso la calidad de asistencia no solo se resiente por su respuesta lenta, sino que expone al usuario a complicaciones eventuales -evolución natural de patologías-); genera incentivos a mantener a los cirujanos más capacitados en actividades de urgencia pues son las que generan más altos ingresos; no permite espacios para el análisis de casos clínicos, comité de tumores, ateneos, entre otros pues los mismos no se encuentran en el contrato laboral y por ende no están retribuidos; tiene un impacto directo en la calidad de asistencia del paciente (proceso asistencial fraccionado).

En el caso del interior, las debilidades se basan fundamentalmente en la escasez de recursos humanos que tiene como consecuencia, en muchos casos, la doble cobertura entre Instituciones. En cuanto a la organización del trabajo médico, se destaca que el trabajo en equipo es frecuente, los cirujanos jóvenes en general tienen cargos que involucran la asistencia de guardia, policlínica y coordinación quirúrgica, operan y realizan el seguimiento de sus pacientes. El mecanismo de pago, salvo excepciones, no contempla el acto ni la complejidad del mismo. Existen variaciones establecidas en el laudo dependiendo de la cantidad de actos traducidos en coordinaciones quirúrgicas con topes. El determinante de la cantidad de coordinaciones es producto de la demanda a los diferentes cirujanos.

Las importantes diferencias que existen en los mecanismos de pago entre Montevideo y el Interior, generan distorsiones en la capacidad de captación de recursos humanos en las distintas zonas del país.

Es por ello que reconociendo a la cirugía como una disciplina de desempeño en equipo siendo imprescindible en él niveles de formación y responsabilidad distintos, que deben retribuirse acorde, se propone la reformulación del sistema laboral actual.

Los CAD quirúrgicos, están orientados a modificar el mercado laboral bajo dos premisas fundamentales, la principal es habilitar el ejercicio pleno de la disciplina, es decir el operar,

siempre en equipo y con los responsables respectivos manteniendo la formación continua de una especialidad sustentada en habilidades y destrezas, la otra es generar desarrollo de la disciplina. Se basa la asistencia en equipos quirúrgicos que serán la unidad funcional de trabajo.

#### **11.2.      Ámbito personal de aplicación.**<sup>129</sup>

El nuevo régimen de trabajo se aplica a aquellos cargos que se desempeñen en cirugía general. Solo podrán acceder a los cargos de especialistas los que tengan el título habilitante, en trámite o reválida en curso.

#### **11.3.      Ámbito temporal de aplicación.**<sup>130</sup>

El nuevo régimen de trabajo médico que se regula por este convenio, se hará efectivo para los cargos creados o que se transformen, luego de seis meses de la fecha de firma del presente acuerdo y los médicos que ingresen a las instituciones, a partir de dicha fecha. Sin perjuicio de lo anterior, las instituciones y los trabajadores podrán adelantar la implementación del nuevo régimen a partir de la firma del presente acuerdo.

#### **11.4.      Definición de los CAD de cirugía general.**<sup>131</sup>

Corresponde a la Cirugía General la competencia en el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia de origen benigno, inflamatorio, traumático o neoplásico en los siguientes aparatos, sistemas y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y afecciones externas de la cabeza y el cuello. También deberá capacitarse para enfrentar y resolver hasta cierto nivel de complejidad, en el ámbito de las urgencias de las patologías de las subespecialidades quirúrgicas (Vascular, Tórax, Urología) ante la no disponibilidad de dichos especialistas, para iniciar el tratamiento, estabilizar y/o trasladar al paciente a un centro de mayor complejidad.

**Cirujano de equipo.** Operan y participan de las intervenciones quirúrgicas tanto de emergencia como de coordinación. El cirujano realiza todas las actividades en conjunto con otro cirujano de equipo y/o con su jefe de equipo y/o ayudante/s con experiencia, ya sean otros especialistas quirúrgicos o residentes de cirugía general.

**Jefe de equipo.** Es el responsable del equipo y de las intervenciones quirúrgicas que el equipo desarrolle. Coordina todos los actos quirúrgicos y define el rol a ocupar en el equipo. Asimismo

---

<sup>129</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>130</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>131</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

está a la orden para ser convocado por el cirujano interno. Coordina todas las tareas con los cirujanos de su equipo.

**Coordinador.** Se encarga de la supervisión longitudinal de todos los pacientes del servicio. Es el apoyo de todos los jefes de equipo. También y de acuerdo a las características de la institución, podrán desempeñarse como jefe de equipo. Estarán a disposición de los jefes de equipo durante el desempeño de la guardia de estos últimos frente a cualquier eventualidad. Tendrán también visita diaria a los pacientes internados o ingresados al servicio de emergencia y actividades institucionales. Participarán de las reintervenciones y las cirugías complejas (pacientes de CTI).

**Jefe de servicio.** Es el responsable administrativo y médico de todo lo que sucede en el servicio y el personal a cargo.

Las instituciones deberán contemplar en su estructura todas las funciones descritas en la presente cláusula. En el caso de las funciones de coordinar y jefe de servicio, las mismas pueden ser desempeñadas por distintas personas o pueden acumularse en un mismo cargo, dependiendo de la forma organizativa de las instituciones y su escala.

#### 11.5. Régimen de trabajo.<sup>132</sup>

1. Los médicos comprendidos en el ámbito personal de aplicación trabajarán en régimen de 175 a 209 horas mensuales
2. Los CAD desarrollarán su labor de lunes a domingo, según las necesidades del servicio, entendiéndose que los feriados no laborables se consideran como fin de semana y deberán gestionarse por cada institución.
3. La carga horaria mensual podrá comprender horas de policlínica, guardia interna, guardia de retén, actividad en block quirúrgico coordinada, horas de block fuera de la guardia, visita sanatorial, horas para actividades no asistenciales. La asignación de horas dentro de los cargos la define la institución con las restricciones que se presentan en la tabla siguiente:

	Cirujano de equipo	Cirujano jefe de equipo
Policlínica	Mínimo 5%	Mínimo 5%
Guardia interna	Máximo 60%	Máximo 60%
Guardia retén	Máximo 84 horas semanales	
Actividad en block quirúrgico coordinada	Mínimo de 10% (con excepción de los cargos que son exclusivos de urgencia y emergencia)	
Horas de block fuera de la guardia	Mínimo 10% (en aquellos cargos que sean exclusivos de	Mínimo 10% (en aquellos cargos que sean exclusivos de

<sup>132</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

	urgencia y emergencia)	urgencia y emergencia)
Visita sanatorial		Mínimo 15%
Actividades institucionales	Mínimo 2 horas semanales	Mínimo 2 horas semanales

4. A los efectos de la definición de actividades dentro del cargo, se establece que 3 horas de retén equivalen a 1 hora presencial.
5. La cantidad de consultas por hora en policlínica son las definidas en el acuerdo de consejo de salarios de fecha 3 de noviembre de 2010 (“MÁXIMO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HORA EN POLICLÍNICA.” Página 7 de este texto ordenado).
6. Bajo este régimen de trabajo, en ningún caso el régimen de guardias presenciales excederá las 16 horas corridas. Durante la transición y hasta que todos los cargos de un mismo servicio de cirugía estén bajo el nuevo régimen de trabajo, las guardias internas podrán excepcionalmente ser de 24 horas de trabajo corrido.
7. La distribución de las horas en las distintas actividades tendrá flexibilidad dentro del mismo cargo, según requerimiento del servicio y dentro de los límites jurídicos derivados del derecho del trabajo, respetando mensualmente los límites por actividad establecidos en las cláusulas anteriores. La institución será responsable de brindar anualmente al profesional un listado con el detalle de horas cumplidas en el año correspondientes a cada tipo de actividad.
8. La carga horaria asignada a guardia podrá incluir al menos una guardia nocturna semanal y una guardia mensual de fin de semana o feriados de acuerdo a las necesidades del servicio.
9. Horas de actividades institucionales. Esta actividad incluye como mínimo 2 horas semanales comprendidas dentro de las 40 a 48 horas semanales, y teniendo en cuenta 43 semanas laborales anuales, las horas totales en el año son 86. Estas horas deben ser flexibles, tanto en su contenido como en su distribución anual de acuerdo a los requerimientos del servicio. Quedan excluidos los días de licencia por congreso.

#### **11.6. Unidad Básica Quirúrgica (UBaQ).<sup>133</sup>**

1. Se constituye la UBaQ que estará compuesta por 2 cirujanos de equipo y 1 cirujano jefe de equipo. El régimen de trabajo de las guardias de los cirujanos de equipo puede seleccionarse entre 2 alternativas:
  - 1.1. Diariamente la institución tiene 1 cirujano de equipo de retén y 1 de guardia interna, donde los cirujanos de equipo alternan entre presencial y retén.
  - 1.2. Diariamente la institución cuenta con 2 cirujanos de equipo de guardia interna.

<sup>133</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

2. Cada servicio de cirugía deberá contar con al menos una UBaQ diariamente, lo que implica que las instituciones que así lo requieran contraten un número mayor de UBaQ que el definido en el presente acuerdo, manteniendo el sentido del nuevo régimen de trabajo en cuanto a la atención longitudinal y el trabajo en equipo.
3. La elección del sistema la realiza la institución, tomando en cuenta su cantidad de afiliados, la utilización que los mismos tengan de los servicios de cirugía y la organización de los servicios. La estructura de los cargos puede ser modificada con posterioridad a la contratación en función de normativas futuras del MSP vinculadas a las emergencias o urgencias quirúrgicas o la instalación de Centros de Referencia Nacional o una estructura regionalizada y de caracterización institucional.
4. Las UBaQ funcionan de lunes a viernes o de lunes a sábado de acuerdo a la organización que la institución defina.

**11.7. Instituciones de menos de 50.000 afiliados en el departamento donde se encuentra ubicada su sede principal.<sup>134</sup>**

1. Las instituciones de este porte pueden organizar su servicio de cirugía quirúrgico en base a la cláusula 7 ("Unidad Básica Quirúrgica (UBaQ).Página 72 de este texto ordenado) o con el régimen excepcional previsto en la presente cláusula, que sustituye la cláusula 7.1 ("Unidad Básica Quirúrgica (UBaQ)..
2. En este caso, los dos cirujanos de equipo de una misma UBaQ pueden estar de retén al mismo tiempo.
3. Cada UBaQ podrá complementarse con un ayudante quirúrgico.
4. Durante la guardia de retén en el caso de las instituciones contempladas en la presente cláusula el cirujano convocado debe hacerse presente en un plazo perentorio
5. Un mismo jefe de equipo puede estar a cargo de dos UBaQ.
6. Para la aplicación de la presente cláusula se podrá establecer una tolerancia del 10% de afiliados.
7. Para que deje de aplicarse la presente cláusula ante el crecimiento en el número de afiliados de una institución, el mismo debe ubicarse por encima del umbral durante seis meses consecutivos.
8. Aquellas instituciones que se regulan por la cláusula 7 ("Unidad Básica Quirúrgica (UBaQ).Página 72 de este texto ordenado) y que durante 6 meses consecutivos presenten menos de 55.000 afiliados podrán aplicar la presente cláusula. La modificación de los componentes de actividad de los CAD deberán realizarse en acuerdo con los trabajadores.
9. Dentro del mismo régimen establecido en este capítulo 8 ("Instituciones de menos de 50.000 afiliados en el departamento donde se encuentra ubicada su sede principal. Página 73 de este texto ordenado) y como excepción a la cláusula 8.2 ("Instituciones de menos de 50.000 afiliados en el departamento donde se encuentra ubicada su

---

<sup>134</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

sede principal. Página 73 de este texto ordenado), en aquellas instituciones que tengan menos de 25.000 afiliados, cada UBaq podrá estar integrada al menos por un jefe de equipo y 1 cirujano de equipo de retén. Se aplica en este caso también la tolerancia de 10% establecida en la cláusula 8.6 (“Instituciones de menos de 50.000 afiliados en el departamento donde se encuentra ubicada su sede principal. Numeral 6. Página 73 de este texto ordenado).

10. Aquellas Instituciones que tienen entre 25.000 y 50.000 afiliados que no puedan cumplir con las dotaciones exigidas, podrán presentar ante la CAM una propuesta de creación de la UBaq en el régimen dado por la cláusula 8.9 (“Instituciones de menos de 50.000 afiliados en el departamento donde se encuentra ubicada su sede principal. Numeral 9. Página 73 de este texto ordenado), con la debida fundamentación. De aprobarse el planteo realizado se habilitará la contratación de dichos cargos por vía de excepción.

#### **11.8. Régimen de trabajo en blocks quirúrgicos descentralizados.**<sup>135</sup>

Las instituciones contempladas en las cláusulas 7 y 8 (“Unidad Básica Quirúrgica (UBaq).Página 72 de este texto ordenado. “Instituciones de menos de 50.000 afiliados en el departamento donde se encuentra ubicada su sede principal. Página 73 de este texto ordenado) que tengan blocks quirúrgicos situados en una ciudad diferente a donde se ubica la sede principal se pueden acoger al régimen establecido en la presente cláusula para dichos blocks.

En este caso, diariamente tiene que haber un cirujano general y un ayudante quirúrgico ambos con regímenes de retén. Las ayudantías quirúrgicas las podrán realizar exclusivamente otras especialidades quirúrgicas o residentes de cirugía general.

En caso de organizarse de esta manera, con este equipo se podrán realizar exclusivamente intervenciones quirúrgicas menores, corrientes y mayores, excluyéndose las altas con la excepción de las de urgencia.

#### **11.9. Remuneración.**<sup>136</sup>

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 (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación. Página 15 de este texto ordenado).
2. El salario nominal total mensual del cirujano de equipo es \$162.405,9 para 175 horas mensuales y \$193.958,65 para 209 horas mensuales, que equivale a un valor hora de \$928,03, expresado a valores del 1º de julio de 2015.
3. El salario nominal total del cirujano jefe de equipo es \$203.006 para 175 horas mensuales y \$242.448 para 209 horas mensuales, que equivale a un valor hora de

---

<sup>135</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>136</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

- §1.160 expresado a valores del 1º de julio de 2015. En todos los casos, el salario del cirujano jefe de equipo es un 25% superior al salario CAD del cirujano de equipo.
4. En los casos en que las horas mensuales incluyan horas de retén las mismas se computan con una equivalencia de 3 horas de retén por 1 hora presencial, es decir que el valor hora de esta actividad equivale a 1/3 del valor hora de la actividad presencial.
  5. El salario del cirujano de equipo incluye un componente fijo de 75% y un componente variable de 25% y el salario del cirujano jefe de equipo el componente fijo es de 60% y el variable 40%.
  6. Los valores referidos en esta cláusula remuneran todos los actos médicos.
  7. Los valores indicados incluyen el fondo de categoría, 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.

#### **11.10. Mecanismos de pago variable de la actividad de block quirúrgico.<sup>137</sup>**

1. FONDO. Se crea un fondo de pago variable (FPV - AQ) para cada institución, constituido por el 25% de la masa salarial de los cirujanos de equipo y el 40% de la masa salarial de los jefes de equipo correspondiente a la actividad de block quirúrgico.
2. PUNTAJE POR CIRUGÍA. Cada procedimiento quirúrgico de cirugía general tendrá asignado un puntaje de acuerdo a su complejidad, clasificado según corresponda a una cirugía corriente, mayor y alta; y para cada caso si es coordinado o urgente, de acuerdo a la categorización a la que se hace referencia en el capítulo siguiente.
3. DISTRIBUCIÓN DEL FONDO. El FPV – AQ se distribuye entre las UBaQ de acuerdo a la cantidad de cirugías realizada por cada una, su complejidad y si son coordinadas o urgentes
4. PROCEDIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN A LA UBaQ. Cada mes se acumularán los puntos por las cirugías realizadas por estas UBaQ y se dividirá el FPV - AQ entre la suma de los puntos del mes, obteniéndose de ese modo un precio del punto. Se multiplicará el precio del punto por la cantidad de puntos acumulados por cada UBaQ en este régimen durante el mes correspondiente, configurándose de esta manera el componente variable a reembolsar en cada UBaQ y cada profesional.
5. PROCEDIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN DENTRO DE LA UBaQ. Dentro de cada UBaQ, la distribución se realizará de manera proporcional a lo aportado por cada integrante de la UBaQ al FPV.
6. ACTIVIDAD DEL JEFE. El jefe de equipo deberá participar directamente en al menos el 40% de las cirugías del período de referencia.
7. Se incorpora a la agenda de la CAM la definición de algunos aspectos vinculados al mecanismo de pago variable que no quedan contemplados en el presente acuerdo, como ser el mecanismo de cómputo de las cirugías donde participen más de un jefe de equipo, análisis de los incentivos en los servicios de cirugía de la cláusula 7 ("Unidad Básica Quirúrgica (UBaQ).Página 72 de este texto ordenado), entre otros.

---

<sup>137</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

#### **11.11. Categorización de cirugías.<sup>138</sup>**

De manera transitoria se utilizará la categorización de cirugías acordada en ASSE que se adjunta en el anexo. Se define un plazo inicial de 90 días para realizar los ajustes que se consideren necesarios, y posteriormente una vez al año deberá volver a evaluarse para realizar las modificaciones que sean necesarias de acuerdo a la evolución propia de la disciplina.

#### **11.12. Régimen de suplencias.<sup>139</sup>**

Durante el período que dure la transición, aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo establecido en el laudo del año 1965 en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios.

En los casos que la suplencia sea por el total de horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora del NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO.

Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de trabajo médico, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades de servicio.

#### **11.13. Compatibilización de los cargos de alta dedicación con la actividad docente en la facultad de medicina de la Udelar.<sup>140</sup>**

Se ratifica para estos cargos el marco general del nuevo régimen de trabajo médico en lo que refiere a la compatibilización con la actividad docente (“COMPATIBILIZACIÓN DE LOS CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN CON LA ACTIVIDAD DOCENTE EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UDELAR”. Página 29 de este texto ordenado).

#### **11.14. Cómputo de los cargos para la meta 4.<sup>141</sup>**

Los cambios al nuevo régimen deberán realizarse a través de las UBaQ. Los cargos no podrán ser contratados uno a uno sino que deberán contratarse o convertirse de a una UBaQ, es decir 2 cirujanos de equipo y un jefe de equipo. Los cargos pertenecientes a la UBaQ conforman un equipo y deben realizar la actividad quirúrgica como tal. En las instituciones de menos de 50.000 afiliados que se adscriban al régimen excepcional, la unidad mínima de contratación es de dos cirujanos adscriptos al mismo equipo quirúrgico y en las de menos de 25.000 un cirujano.

---

<sup>138</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>139</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>140</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>141</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

### **11.15. Evaluación del acuerdo.**<sup>142</sup>

El presente acuerdo deberá evaluarse al menos una vez por año para incorporar los ajustes necesarios que surjan de su implementación.

## **12. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO ANATOMÍA PATOLÓGICA.**<sup>143</sup>

### **12.1. Ámbito personal de aplicación.**<sup>144</sup>

El nuevo régimen de trabajo se aplica a aquellos cargos que se desempeñen en Anatomía Patológica. Solo podrán acceder a los cargos de especialistas los que tengan el título habilitante, en trámite o reválida en curso.

### **12.2. Régimen de trabajo.**<sup>145</sup>

1. El régimen de trabajo se rige de acuerdo a la cláusula 4 del Acta de Consejo de Salarios de fecha 28 de diciembre de 2015 sobre las especialidades médicas (“Régimen de trabajo. Página 60 de este texto ordenado).
2. *Actividades.* La actividad de Anatomía Patológica en los CAD incluye los siguientes procedimientos: macroscopía, microscopía, biopsias extemporáneas, citologías, autopsias y técnicas especiales de Inmunohistoquímica (IHQ). El conjunto de estas actividades permite elaborar un Informe Final Anatomopatológico.
3. *Máximo de informes anatomopatológicos mensuales.* Un Patólogo realiza los procedimientos referidos en el punto anterior y cada uno de ellos requiere un tiempo específico de trabajo, siendo el conjunto de estas diferentes actividades lo que permite elaborar un Informe Final Anatomopatológico. Así considerado, se establece que un CAD de 30 horas semanales<sup>146</sup> puede realizar: un máximo de 68 Informes Finales de Anatomía Patológica, que se corresponden con un máximo de 176 procedimientos.<sup>147</sup>
4. *Especificaciones sobre las distintas tareas*
  - 4.1. *Macroscopía.* Comprenderá alrededor de 17 piezas por jornada de 5 horas, con material de tipo general que incluye piezas de diferente complejidad y distribuidas aproximadamente de la siguiente manera: 3 piezas grandes, 5 piezas medianas y pequeñas y 9 biopsias. Dentro de las 17 piezas de estudio macroscópico se incluye el estudio anatomopatológico diferido del material de estudio por extemporánea y que se restará de las piezas grandes, medianas o pequeñas según corresponda. En las

<sup>142</sup> Acta de la CAM 16 de diciembre de 2015 – Acta Consejo de Salarios 28 de diciembre de 2015.

<sup>143</sup> Acta CAM 14 de diciembre de 2016.

<sup>144</sup> Acta CAM 14 de diciembre de 2016.

<sup>145</sup> Acta CAM 14 de diciembre de 2016.

<sup>146</sup> En el caso de que se opte por una carga horaria diferente a las 30 horas semanales, dentro del rango establecido, se deberá aplicar una relación proporcional para la cantidad de informes exigibles.

<sup>147</sup> Corresponden aproximadamente a 68 macroscopías + 68 microscopías + 12 extemporáneas + 28 estudios de IHQ.

biopsias se deberá tener en cuenta que hasta 3 tomas biópsicas diferentes de 1 mismo paciente se considera 1 procedimiento.<sup>148</sup>

4.2. *Microscopía*. Corresponderá a procedimientos histológicos mensuales que incluyen:

- Informes con técnica de rutina de Hematoxilina y Eosina del total del material estudiado macroscópicamente.
- Hasta 28 procedimientos diagnósticos por inmunohistoquímica (IHQ) del material estudiado con Hematoxilina y Eosina. Los procedimientos diagnósticos por Inmunohistoquímica se contabilizarán de la siguiente manera: 1 Anticuerpo corresponderá a 1 procedimiento excepto los Receptores Hormonales en donde el par (estrógeno + progesterona) se contabiliza como 1 procedimiento<sup>149</sup>.
- Se realizarán estudios citológicos de líquidos orgánicos, cepillados, expectoración, líquido pleural, de mama, tiroides, partes blandas y digestivas.
- La Colpocitología Oncológica (PAP), de ser incluida será rigiéndose por las normativas vigentes en el Manual de los Laboratorios de Citología Ginecológica (CHLCC- MSP) y según acuerdo entre las partes.
- No queda incluido dentro del CAD la realización de maniobra técnica de punción ni tomas de colpocitología oncológica, salvo acuerdo de partes.
- *Biopsias extemporáneas*. Máximo 3 procedimientos por jornada de 6 horas destinada al estudio de biopsias extemporáneas. Las extemporáneas pueden corresponder cada una a 1 paciente diferente o bien 1 paciente puede tener más de 1 procedimiento que se contabilizarán en forma independiente<sup>150</sup>. La macroscopía diferida de estos materiales, deben incluirse en el total de los 68 procedimientos macroscópicos del cargo. Las extemporáneas de preferencia serán coordinadas con 24 horas de anticipación y a fijar de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas.

4.3. Podrán incluirse autopsias sobre la siguiente base: 1 autopsia de adulto representa una carga horaria de 14 horas y 1 autopsia fetal, neonatal o de lactante representa una carga horaria de 8 horas<sup>151</sup>. De incluirse esta actividad será según común acuerdo entre las partes y siempre contando con todos los requisitos necesarios para realizarlas.

### 12.3. Horas de actividades institucionales.<sup>152</sup>

Para los cargos de 40 a 48 horas semanales, esta actividad incluye como mínimo dos horas semanales, y para los cargos de menos de 40 horas representa una hora semanal (que equivalen anualmente a 86 y 43 horas respectivamente).

---

<sup>148</sup> Ejemplo: Estudio de cáncer de mama corresponderá a 3 procedimientos de IHQ

- Receptor de Progesterona + Receptor de Estrógeno=1procedimiento
- Her2+Ki67=2procedimientos

<sup>149</sup> Ejemplo: Estudio de cáncer de mama corresponderá a 3 procedimientos de IHQ

- Receptor de Progesterona + Receptor de Estrógeno=1procedimiento
- Her2+Ki67=2procedimientos

<sup>150</sup> Ejemplo: paciente con resección sectorial de mama y ganglio centinela se contabilizan como 2 extemporáneas.

<sup>151</sup> La carga horaria referida (14/ 8 horas) incluye trabajo con el cuerpo, estudio macroscópico microscópico y elaboración de informe final.

<sup>152</sup> Acta CAM 14 de diciembre de 2016.

Estas horas quedan comprendidas dentro de las 20 a 48 horas semanales del cargo, y su gerenciamiento queda librado a las disposiciones administrativas de la institución de asistencia médica colectiva correspondiente, pudiendo la misma determinar el acumular determinado número de horas de forma de ocupar, por ejemplo, una jornada de actividades médicas y de capacitación dentro de la órbita institucional.

#### **12.4. Remuneración.**<sup>153</sup>

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 (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación. Página 15 de este texto ordenado).
2. El salario total mensual es \$88.826,8 para 87 horas mensuales y \$213.386,1 para 209 horas mensuales, que equivale a un valor hora de \$1021 expresado a valores del 1º de julio de 2016.
3. Este salario incluye un componente fijo de 75% y un componente variable de 25%.
4. Los valores referidos en esta cláusula remuneran todos los actos médicos, procedimientos y técnicas diagnósticas.
5. Los valores indicados incluyen el fondo de categoría, 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. 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 (“Retribución variable para la actividad de atención domiciliaria para cargos de alta dedicación.” Página 23 de este texto ordenado).

#### **12.5. Mecanismo de pago variable.**<sup>154</sup>

En acuerdo entre las partes, se puede optar por un mecanismo de pago variable individual o un mecanismo de pago variable por equipo de trabajo. Cada institución puede implementar ambos mecanismos de pago variable, de forma individual para algunos médicos y por equipo para otros.

1. *Pago variable Individual.* La retribución variable representa el 25% del valor hora definido en la cláusula 5.2 (“Remuneración. Página 79 de este texto ordenado), multiplicado por el total de horas mensuales del cargo. Al valor obtenido se lo divide entre el máximo de informes finales definidos para el cargo, obteniéndose de ese modo el valor unitario del informe. El valor unitario del informe al 1º de julio de 2016 es de \$489,85.<sup>155</sup> Para contabilizar el número de informes finales, se evaluará el promedio de informes realizados cada 3 meses.

---

<sup>153</sup> Acta CAM 14 de diciembre de 2016.

<sup>154</sup> Acta CAM 14 de diciembre de 2016.

<sup>155</sup> Para el cálculo del valor unitario se parte de la relación cargo de 87 horas – 68 informes mensuales. Valor unitario del informe a julio de 2016= $((1.021*0,25)*30*4,35)/68= \$ 489,85$

2. *Pago variable por equipo de trabajo.* Se crea un fondo de pago variable (FPV) constituido por el 25% del salario de cada Anátomo Patólogo integrante del equipo. En función de la cantidad de horas semanales de cada CAD se calcula el máximo de informes finales que puede realizar el equipo de Anátomo Patólogos. El monto del FPV a distribuir es la cantidad de informes realizados en el mes por el valor unitario del informe. Cada CAD recibirá una proporción del monto a distribuir en función de su aporte al FPV, con independencia de qué integrante del equipo firmó el Informe Final. (Ver Anexo 3)

**12.6. Anexo 1: distribución orientadora de tareas para un cargo de 30 horas semanales.**<sup>156</sup>

TAREAS	CARGOS de inicio
Máximo de informes anatomopatológicos mensuales	68 Informes de Anatomía Patológica Finales
Macroscopía	5 horas semanales
Microscopía	17 horas semanales
Extemporáneas	6 horas semanales
ANA	2 horas semanales
REMUNERACION	CAD inicio por 30 horas semanales según corresponda

**12.7. Anexo 2: Macroscopía, clasificación de los tipos de piezas.**<sup>157</sup>

**Piezas grandes:** resecciones quirúrgicas simples (masa, estómago, intestino delgado, reacciones atípicas, pulmón, hígado, recto, próstata, lobectomías, ovario, útero, tiroides, pene, vulva, laringectomía total, colpectomía, absceso tubo-ovárico); resecciones quirúrgicas mayor (mastectomía radical, mastectomía radical modificada, gastrectomía subtotal y total, hemicolectomías y colectomías, hysterectomías con anexectomía uni o bilateral, resección anterior de recto, neumonectomía, nefrectomía, hepatectomía derecha o izquierda, orquiectomía, Werthein Meigs).

**Piezas Medianas y pequeñas:** legrados, apéndice cecal, vesícula biliar, lipomas, biopsias de piel, placentas, miomectomías, bazo.

**Biopsias:** biopsia endoscópicas (laringe, bronquial, urológica, prostática, digestiva, endometrial), biopsia exéresis de pólipos (digestivos, endometriales y cervicales), BMO, biopsia de ganglio linfático, PBP, PBH.

<sup>156</sup> Acta CAM 14 de diciembre de 2016.

<sup>157</sup> Acta CAM 14 de diciembre de 2016.

### 12.8. Anexo 3: ejemplo de distribución del pago variable por equipo de trabajo.<sup>158</sup>

Se muestra un ejemplo de cálculo de composición del FPV y su distribución para el caso de un equipo de trabajo compuesto por 3 CAD de Anatómo Patólogos: un CAD de 20 horas semanales, otro de 30 horas y otro de 40 horas. Cada CAD aporta al FPV el 25% de su salario mensual, lo que genera un FPV de \$99.930 expresado a valores de julio de 2016. El aporte del CAD de 20 horas semanales representa el 22% del FPV total, el de 30 horas semanales el 33% y el de 40 horas semanales el 45% restante. El grupo de CAD puede realizar un máximo de 204 informes mensuales. Dado que en 87 horas mensuales se pueden realizar 68 informes, en este caso que entre los 3 cargos totalizan 392 horas mensuales pueden realizar 204 informes al mes.

En caso de realizar efectivamente todos los informes, cada CAD cobra la totalidad de su aporte al FPV y de realizar menos informes cada CAD cobra en función de su porcentaje de aporte al FPV. Por ejemplo, si el grupo de CAD realiza 180 informes en el mes, el monto a distribuir será de \$88.173= 180\*489,85, y se distribuirá entre cada profesional de la siguiente manera:

	Horas semanales	Cantidad máxima de informes mensuales	Salario total mensual	Aporte al FPV (25% del Salario total)	% de aporte al FPV	Recibe del FPV
CAD 1	30	68	\$133.241	\$33.310	33%	\$29.391
CAD 2	20	45	\$88.827	\$22.207	22%	\$19.594
CAD 3	40	91	\$177.654	\$44.414	44%	\$39.188
Total	90	204	\$399.722	\$99.930	100%	\$88.173

### 13. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO IMAGENOLÓGÍA.<sup>159</sup>

#### 13.1. Marco Conceptual.<sup>160</sup>

La Imagenología es la especialidad médica que tiene como fin el diagnóstico y tratamiento de las diversas entidades patológicas, utilizando como soporte técnico fundamental los datos morfológicos y funcionales aportados por las imágenes del cuerpo humano. Dichas imágenes pueden ser obtenidas por radiaciones ionizantes o no ionizantes y otras fuentes de energía. La especialidad incluye además, procedimientos intervencionistas guiados por imágenes, con fines de diagnóstico o de tratamiento. Es una especialidad clínico-imagenológica, ya que implica la evaluación del problema clínico del paciente y su asociación con los datos aportados por las imágenes. Las solicitudes de estudios realizadas a los Médicos Imagenólogos deben entenderse como consultas clínicas, por lo que es una especialidad de referencia para otras

<sup>158</sup> Acta CAM 14 de diciembre de 2016.

<sup>159</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

<sup>160</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

especialidades médicas a las que proporciona servicios de consulta. El Médico Imagenólogo siempre que realice un estudio deberá realizar un informe por escrito.

La creciente complejidad tecnológica de la Imagenología hace que no sea posible para el médico imagenólogo adquirir un alto grado de capacitación en todas las áreas. Sin embargo la alta capacitación es un factor relevante en la calidad de la atención sanitaria. Es deseable entonces que el médico imagenólogo tenga conocimientos básicos de todas las técnicas, pero profundice su capacitación y se desempeñe en un área específica de la Imagenología o Subespecialidad. En la subespecialidad elegida es fundamental que domine todas las modalidades de imagen que tengan aplicación en dicha área, pero además incorpore conocimientos de otras disciplinas afines. Solamente con esta capacitación podrá interactuar en igualdad de condiciones con el médico clínico y podrá ser un factor importante en la resolución del problema del paciente.

De acuerdo a los conceptos mencionados y teniendo en cuenta la calidad de la atención sanitaria, es recomendable que los cargos de alta dedicación sean planteados para cada subespecialidad de imagenología, principalmente para la actividad coordinada y en aquellas instituciones con características específicas, poblacionales y tecnológicas, que hagan viable este esquema organizativo ideal.

#### Subespecialidades.

Se describen las características básicas de cada subespecialidad.

#### Neuro imagenología.

Área de interés: sistema nervioso central, cráneo, columna vertebral y médula espinal, cara y cuello.

Técnicas de diagnóstico: tomografía computada, resonancia magnética, radiografía simple, ecografía y doppler e intervencionismo.

#### Imagenología de cuerpo (body).

Área de interés: cuello, tórax, abdomen, pelvis.

Técnicas de diagnóstico: tomografía computada, resonancia magnética, ecografía, radiografía simple y contrastada, intervencionismo.

#### Imagenología del sistema músculo-esquelético.

Área de interés: raquis, huesos, articulaciones, músculos y partes blandas afines.

Técnicas de diagnóstico: tomografía computada, resonancia magnética, radiografía simple, ecografía, intervencionismo.

#### Imagenología mamaria.

Área de interés: mama y axila

Técnicas de diagnóstico: mamografía, ecografía, resonancia magnética, galactografía, intervencionismo.

#### Imagenología pediátrica.

Área de interés: niños

Técnicas de diagnóstico: tomografía computada, resonancia magnética, ecografía, radiografía simple y contrastada, intervencionismo.

#### Imagenología vascular.

Área de interés: aparato cardiovascular.

Técnicas de diagnóstico: tomografía computada, resonancia magnética, ecografía.

*No se incluyen las técnicas intervencionistas de diagnóstico y/o tratamientos por la alta especialización que requieren, y porque son pocos los médicos imagenólogos que realizan estas técnicas.*

### **13.2.      Ámbito personal de aplicación.<sup>161</sup>**

El nuevo régimen de trabajo se aplica a aquellos cargos que se desempeñan en imagenología. Solo podrán acceder a los cargos de especialistas los que tengan el título habilitante, en trámite o reválida en curso.

### **13.3.      Ámbito temporal de aplicación.<sup>162</sup>**

Como excepción al régimen general, a partir del 1º de febrero de 2020 el nuevo régimen de trabajo se hará obligatorio para los cargos creados o que se transformen y los médicos que ingresen a las instituciones, a partir de dicha fecha. Sin perjuicio de ello, en caso de que una institución contrate un CAD de estas especialidades previo a dicha fecha, todos los nuevos cargos de esa especialidad en la Institución deberán ser bajo el nuevo régimen de trabajo.

### **13.4.      Régimen de trabajo.<sup>163</sup>**

1. La carga horaria será de 30 a 48 horas semanales (dependiendo de las necesidades de la institución que solicite los cargos).
2. Los CAD desarrollarán su labor de lunes a domingo, según las necesidades del servicio, entendiéndose que los feriados no laborables se consideran como fin de semana y deberán gestionarse por cada institución.
3. La carga horaria mensual podrá comprender estudios de coordinación y de urgencia, en régimen de guardia interna, de retén, y actividades no asistenciales. La guardia interna solo aplica a los cargos de 40 o más horas semanales.
4. Donde el documento refiere a estudios o regiones, se está aludiendo al estudio con informe realizado por el médico. La cantidad de estudios que podrá realizar el servicio es independiente de la cantidad de informes pautados para los médicos

---

<sup>161</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

<sup>162</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

<sup>163</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

5. Se definen las Unidades Imagenológicas Equivalentes (UIE) en base al tipo y complejidad de cada estudio de acuerdo a la siguiente tabla:

	Cantidad de estudios por hora	UIE
Estudios simples	10	1
Estudios simples específicos	6	1,7
Estudios corrientes	4	2,5
Estudios complejos	3	3,3
Estudios especializados	2	5,0
Estudios especializados específicos	1	10,0

Los estudios que integran cada categoría se detallan en el Anexo.

6. Actividad de coordinación:

6.1. La actividad de coordinación no podrá superar las 8 horas diarias y se organizará preferentemente por sub-especialidad.

6.2. En instituciones con pequeñas poblaciones de referencia o aquellas con escaso desarrollo tecnológico propio, las actividades podrán ser desarrolladas como imagenólogo general. En estos casos debe asegurarse por parte de la institución un mecanismo de referencia o consulta especializada frente a casos de alta complejidad que requieran especialistas dedicados a una subespecialidad.

6.3. En las instituciones con elevado número de usuarios y/o Departamentos de Imagenología con equipamiento disponible en todas las áreas (radiografía digital, mamografía, ecografía incluyendo sus distintas modalidades, tomografía computada y resonancia magnética) se priorizará la implementación del trabajo de coordinación en la modalidad de sub-especialidades, de forma progresiva y de acuerdo a sus necesidades asistenciales.

6.4. En las horas de coordinación se podrán incluir pacientes de urgencia y estudios a ser informados en la modalidad de teleimagenología, siempre respetando los límites acordados y las condiciones necesarias para realizar teleimagenología con las pautas que se definan oportunamente por parte de la regulación.

6.5. Durante la actividad de coordinación se podrán realizar hasta 10 UIE por hora (que representa 10 estudios simples o su equivalente). El número de estudios por hora dependerá entonces del tipo y complejidad de cada estudio, lo cual será definido para cada subespecialidad en la tabla correspondiente (Ver Anexo).

7. Actividad en régimen de guardia:

7.1. La guardia podrá realizarse en régimen de retén o en régimen de guardia interna, de acuerdo a las características de cada institución.

7.2. En la guardia la modalidad de trabajo puede ser como imagenólogo general e incluir estudios de las diversas técnicas para situaciones clínicas de urgencia/emergencia y previamente establecidas en la descripción del cargo correspondiente.

- 7.3. La actividad en régimen de guardia no podrá superar el 75% de las horas semanales. La guardia interna no excederá las 16 horas corridas.
- 7.4. La actividad en régimen de retén no podrá superar las 84 horas semanales.
- 7.5. La institución deberá garantizar la presencia del licenciado en imagenología al mismo tiempo que el imagenólogo en aquellos estudios que requieren de la participación de ambos profesionales.
- 7.6. La carga horaria asignada a guardia podrá incluir al menos una guardia nocturna semanal y una guardia mensual de fin de semana o feriados de acuerdo a las necesidades del servicio.
- 7.7. A los efectos de la definición de actividades dentro del cargo, se establece que 3 horas de retén equivalen a 1 hora presencial.
- 7.8. Durante la guardia interna se podrán realizar hasta un máximo de 25 estudios corrientes, o su equivalente dependiendo de la sub-especialidad, en 12 horas. Esto implica un máximo de 62,5 UIE cada 12 horas.
- 7.9. El número máximo de estudios durante una guardia de retén que podrá realizar un médico imagenólogo durante 12 horas de guardia será de 12 estudios corrientes o su equivalente en otras técnicas dependiendo de la sub-especialidad. Esto implica un máximo de 30 UIE cada 12 horas.
8. El control de los umbrales máximos de estudios definidos en las cláusulas anteriores se realizará cada 3 meses, considerando los últimos 12 meses de trabajo.
- 8.1. La distribución de las horas en las distintas actividades tendrá flexibilidad dentro del mismo cargo, según requerimiento del servicio, respetando mensualmente los límites por actividad establecidos en las cláusulas anteriores. La institución será responsable de brindar anualmente al profesional un listado con el detalle de horas cumplidas en el año correspondientes a cada tipo de actividad.
- 8.2. Los umbrales máximos definidos en las cláusulas anteriores y en el Anexo se revisarán una vez por año en base a la información que aporten las partes, a los efectos de evaluar posibles modificaciones a elevar al Consejo de Salarios.

### **13.5. Horas de actividades no asistenciales.<sup>164</sup>**

Las actividades no asistenciales incluyen 2 horas semanales para los cargos de 40 a 48 horas semanales totales, y 1 hora semanal para los cargos de menos de 40 horas semanales totales (que equivalen anualmente a 86 y 43 horas respectivamente). El gerenciamiento de estas horas semanales queda librado a las disposiciones administrativas de la institución, pudiendo la misma determinar la acumulación de determinado número de horas de forma de ocupar, por ejemplo, una jornada de actividades médicas y de capacitación de dentro de la órbita institucional.

---

<sup>164</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

Debe asegurarse que estas actividades sean preferentemente de profundización o capacitación así como también participación en actividades directamente relacionadas con el área de desarrollo profesional.

### **13.6. Descripción general de actividades.**<sup>165</sup>

1. Analizar las imágenes teniendo en cuenta el cuadro clínico del paciente y emitir un informe imagenológico que debe ser referido al médico tratante y a la historia clínica.
2. Participar activamente en la realización del estudio en algunas modalidades de diagnóstico por imágenes o supervisión de la realización del mismo por parte del licenciado encargado.
3. Supervisar estudios de Tomografía Computada (TC) y Resonancia Magnética (RM), lo que incluye la realización de reconstrucciones y manipulación de las imágenes con post procesamiento.
4. Asegurar que se cumplan las medidas de seguridad para el paciente pertinentes para cada estudio.
5. Brindar al paciente toda la información necesaria para que pueda comprender los objetivos del estudio y conocer los eventuales efectos adversos del mismo. En los casos en los cuales se requiera un consentimiento informado, debe asegurarse que el paciente comprenda todo lo expresado en dicho texto y recabar el respectivo documento.
6. Controlar la calidad de las imágenes obtenidas e indicar medidas correctivas en los casos que lo requieran.
7. Realizar procedimientos intervencionistas con fines diagnósticos o terapéuticos guiados por técnicas de imágenes. Esto incluye las entrevistas pre-procedimiento con el paciente, la obtención del consentimiento correspondiente y el seguimiento post-procedimiento del mismo.
8. Intervenir en la protección radiológica de los pacientes realizando acciones acordes con los dos principios básicos en los que se basa la protección radiológica: evitar que se efectúen exploraciones innecesarias (evaluación crítica de la indicación de estudio en conjunto con el médico referente), y asegurar que las pruebas que usan radiaciones ionizantes se realicen con las menores dosis de radiación posibles manteniendo su calidad diagnóstica.
9. Consulta imagenológica, que consiste en la discusión con colegas clínicos o con otros imagenólogos sobre el diagnóstico y/o manejo de pacientes individuales con problemas clínicos concretos.
10. Involucrarse en las tareas de gestión del Centro de Diagnóstico por Imágenes, en mayor o menor medida según el cargo que desempeñe.

---

<sup>165</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

11. Mantener actualizados sus conocimientos mediante la participación periódica en actividades científicas dentro de la especialidad o en actividades científicas multidisciplinarias.

### **13.7. Pautas básicas de procedimiento en imagenología.**<sup>166</sup>

1. Para la realización de un estudio de diagnóstico por imágenes debe existir una solicitud emitida por el médico tratante, en el cual esté presente la identificación del paciente, el estudio solicitado y los datos clínicos que justifiquen el estudio.
2. El médico imagenólogo debe tener acceso además de los datos clínicos, a las imágenes e informe de estudios anteriores del paciente, si la situación clínica lo requiere.
3. Debe existir la posibilidad de una comunicación directa entre el médico que solicita el estudio, el licenciado que realiza el estudio y el médico que realiza el informe.
4. En ciertas circunstancias puede suceder que el médico imagenólogo considere que el estudio solicitado no es el más útil para la situación clínica del paciente. En estos casos está dentro de sus competencias comunicarse con el médico tratante para sugerir otras modalidades de diagnóstico que podrían ser más adecuadas.
5. Si bien para cada estudio debe existir un protocolo que indique todos los pasos a seguir para su realización en forma correcta, el médico imagenólogo podrá variar algunos aspectos del estudio para lograr una mayor adaptación a la situación clínica del paciente.
6. En caso de fallas en las imágenes obtenidas, el médico imagenólogo debe realizar las sugerencias pertinentes para la corrección de los errores. También puede indicar imágenes adicionales si la situación clínica lo requiere.
7. El análisis de las imágenes debe realizarse en una estación de diagnóstico que reúna todos los requisitos exigibles para realizar dicha función de acuerdo a la normativa vigente.
8. El proceso de interpretación de las imágenes debe realizarse en un ambiente que brinde el confort necesario para que el médico pueda concentrar su atención en el estudio minimizando los factores que puedan generar distracciones.
9. El análisis de las imágenes debe terminar siempre con la elaboración de un informe imagenológico que debe ser remitido al médico solicitante o incluido en la historia clínica. El paciente tiene derecho a recibir una copia del mismo.
10. El médico imagenólogo debe brindar al paciente toda la información solicitada en relación al resultado del estudio.
11. El médico imagenólogo debe tomar las primeras medidas de asistencia en el caso de la ocurrencia de algún efecto adverso frente a la inyección de un medio de contraste, o cualquier otra circunstancia durante el estudio.

---

<sup>166</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

12. Los hallazgos urgentes, o inesperados, o clínicamente significativos deben ser comunicados directamente al médico solicitante, además de la elaboración de el informe radiológico correspondiente.

### **13.8. Remuneración.**<sup>167</sup>

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 (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación. Página 15 de este texto ordenado).
2. El salario total mensual es \$143.987,34 para 131 horas mensuales y \$229.720,26 para 209 horas mensuales, que equivale a un valor hora de \$1.099,14 expresado a valores del 1º de julio de 2017. Las horas de retén se computan con una equivalencia de 3 horas de retén por 1 hora presencial, es decir que el valor hora de esta actividad equivale a 1/3 del valor hora de la actividad presencial.
3. Este salario incluye un componente fijo de 75% y un componente variable de 25% en el caso de las horas presenciales, en el caso de la guardia retén el componente variable es de 35% y el fijo de 65%. El pago del componente variable dependerá del número de estudios realizados, de su complejidad y de si son coordinados o urgentes, en régimen de guardia interna o retén.
4. Los valores referidos en esta cláusula remuneran todos los actos médicos, procedimientos y técnicas diagnósticas.
5. Los valores indicados incluyen el fondo de categoría, 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. 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 (“Retribución variable para la actividad de atención domiciliaria para cargos de alta dedicación. Página 23 de este texto ordenado).

### **13.9. Mecanismo de pago variable ACTIVIDAD DE COORDINACIÓN.**<sup>168</sup>

1. De acuerdo a lo establecido en la Cláusula 5.6.5. (“Régimen de trabajo. Página 83 de este texto ordenado), en la actividad de coordinación se pueden realizar hasta 10 UIE por hora.
2. VALOR DE LA UIE. El valor unitario de la UIE surge del cociente entre el monto variable y el número máximo de estudios por hora de cada actividad. El valor unitario de la UIE para coordinación es de \$27,5<sup>169</sup>, expresado a valores del 1º de julio de 2017.
3. El pago del componente variable de la remuneración surge de multiplicar el número de UIE realizadas por el valor unitario definido en el numeral anterior.

---

<sup>167</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

<sup>168</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

<sup>169</sup> Este valor surge de aplicar al valor hora el 25% para obtener su componente variable y dividir entre las 10 UIE máximas a realizar en una hora:  $(\$ 1.099,14 * 0,25) / 10$

**13.10. Mecanismo de pago variable ACTIVIDAD DE GUARDIA INTERNA.** <sup>170</sup>

1. De acuerdo a lo establecido en la Cláusula 5.7.8. ("Régimen de trabajo. Página 83 de este texto ordenado), en la actividad de guardia interna se pueden realizar hasta 62,5 UIE cada 12 horas.
2. VALOR DE LA UIE. El valor unitario de la UIE surge del cociente entre el monto variable y el número máximo de estudios por hora de cada actividad. El valor unitario de la UIE para guardia interna es de \$52,8<sup>171</sup>, expresado a valores del 1º de julio de 2017.
3. El pago del componente variable de la remuneración surge de multiplicar el número de UIE realizadas por el valor unitario definido en el numeral anterior.

**13.11. Mecanismo de pago variable ACTIVIDAD EN RÉGIMEN DE RETÉN.** <sup>172</sup>

1. De acuerdo a lo establecido en la Cláusula 5.7.9. ("Régimen de trabajo. Página 83 de este texto ordenado), en la actividad de retén se pueden realizar hasta 30 UIE cada 12 horas.
2. VALOR DE LA UIE. El valor unitario de la UIE surge del cociente entre el monto variable y el número máximo de estudios por hora de cada actividad. El valor unitario de la UIE para guardia en régimen de retén es de \$102,6<sup>173</sup>, expresado a valores del 1º de julio de 2017.
3. El pago del componente variable de la remuneración surge de multiplicar el número de UIE realizadas por el valor unitario definido en el numeral anterior. Alcanzadas las 15 UIE se accederá al 100% del pago variable sin perjuicio de los límites establecidos en la Cláusula 5.7.9 ("Régimen de trabajo. Página 83 de este texto ordenado).

**13.12. Régimen de Suplencias.** <sup>174</sup>

Durante el período que dure la transición aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo establecido en el laudo del año 1965 en lo que respecta a las condiciones de trabajo y salarios. En los casos que la suplencia sea por el total de las horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora establecidos en el presente acuerdo. Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro la institución trabajen bajo el nuevo régimen de trabajo médico, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades del servicio.

**13.13. Anexo.** <sup>175</sup>

---

<sup>170</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

<sup>171</sup> Este valor surge de multiplicar por 12 horas el 25% del valor hora para obtener el componente variable de una guardia de 12 horas y dividir entre las 62,5 UIE máximas que se puede realizar:  $((\$1.099,14 * 12 * 0,25) / 62,5)$

<sup>172</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

<sup>173</sup> Este valor surge de multiplicar por 12 horas el 35% del valor hora de retén (que representa 1/3 del valor hora total) y dividir por las 15 UIE con las que se alcanza el total del componente variable  $[(\$1.099,14/3) * 12 * 0,35] / 15$

<sup>174</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

<sup>175</sup> Acta CAM 8 de noviembre de 2017.

En este anexo se presentan la cantidad de estudios por hora para cada subespecialidad.

**Tabla 1. Imagenología del sistema músculo-esquelético.**

	Estudios por hora	Regiones por hora
<b>Estudios simples:</b>		
Radiografía simple (incluye portátiles)	10	
<b>Estudios corrientes:</b>		
Método de Green	4	
Goniometría	4	
Espinografía	4	
Bending	4	
Pelvimetría	4	
<b>Estudios complejos:</b>		
Densitometría	3	
Tomografía Computada		4
Resonancia Magnética		3
Ecografía músculo - esquelética		4
<b>Estudios especializados:</b>		
Punción bajo US	2	
Artro-TC	2	
Artro-RM	2	
Disco-TAC	2	
<b>Estudios especializados específicos:</b>		
Punción ósea bajo TC	1	
Biopsia resección O.O	1	

**Tabla 2. Imagenología pediátrica.**

	Estudios por hora	Regiones por hora
<b>Estudios simples:</b>		
Radiografía simple incluye radioscopia.	10	
<b>Estudios corrientes:</b>		
Radiología Contrastada: EGD simple y D/C, Colon por enema simple y Cabo distal	4	
Tránsito de delgado	4	
Ecografía: Abdominal, Aparato Urinario, Cadera, Tiroides, Partes blandas, Cuello, Ginecológica y Musculo esquelético.	4	
<b>Estudios complejos:</b>		
Radiología Contrastada: Colon por enema D/C, Fistulografía, Dacriografía, Genitografía, Pielografía anterógrada, Sialografía y Colangiografía	3	
Ecografía: Testicular, Tranfontanelar, Médula Espinal	3	
Resonancia Magnética		3

Tomografía Computada con anestesia y sin anestesia		3 y 4 respectivamente
<b>Estudios especializados:</b>		
CUMS Estudio dinámico de la función deglutoria por video fluoroscopia	2	
<b>Estudios especializados específicos:</b>		
Desinvaginación intestinal	1	
Punción biopsica o Drenaje bajo TC o Ecografía	1	

Tabla 3. Imagenología mamaria.

	Estudios por hora	Regiones por hora
<b>Estudios simples específicos:</b>		
Mamografía en modalidad de tamizaje (1):	6	
<b>Estudios corrientes:</b>		
Mamografía en modalidad de diagnóstico (2)	4	
Ecografía mamaria:	4	
<b>Estudios complejos:</b>		
Ecografía axilar para estadificación del cáncer mamario	3	
<b>Estudios especializados:</b>		
Punción citológica aspirativa con aguja fina, ecoguiada	2	
Punción biopsica ecoguiada	2	
Colocación de clip metálico con guía ecográfica	2	
Localización de lesiones subclínicas, ecoguiada (Puede ser con marcador metálico o con isótopo radiactivo).	2	
Galactografía	2	
<b>Estudios especializados específicos:</b>		
Resonancia magnética mamaria	1	
Localización de lesiones subclínicas con guía mamográfica, estereotáxica o por resonancia magnética	1	
Punción biopsica estereotáxica o por resonancia	1	
(1) Se realizan solamente las proyecciones mamográficas básicas. El médico radiólogo no está presente cuando las pacientes se realizan la mamografía. Los informes se hacen en diferido.		
(2) El médico radiólogo está presente cuando las pacientes se realizan la mamografía. Las imágenes se analizan en el momento. Se realizan las proyecciones mamográficas básicas y todas las proyecciones adicionales que indique el médico. Puede requerir ecografía complementaria.		

Tabla 4. Imagenología vascular.

	Estudios por hora	Regiones por hora
<b>Estudios corrientes:</b>		
Eco Doppler de vasos de cuello	3	
Eco Doppler Testicular	3	
<b>Estudios complejos:</b>		
Eco Doppler de miembros superiores	2	
Eco Doppler de miembros inferiores	2	
Eco Doppler renal	2	
Eco Doppler portal	2	
Eco Doppler mesentérico	2	
Eco Doppler en trasplante hepático	2	
Eco Doppler en trasplante renal	2	
Eco Doppler en trasplante pancreático	2	
Eco Doppler peneano	2	
Eco Doppler de fístula arterio-venosa	2	
<b>Estudios especializados:</b>		
Angio TC vasos de cuello, troncos supra-aórticos	2	
Angio TC aorta	2	
Angio TC abdomen	2	
Angio RM vasos de cuello, troncos supra-aórticos	2	
RM angio de aorta	2	
RM angio abdominal	2	

Tabla 5. Neuro imagenología.

	Estudios por hora	Regiones por hora
<b>Estudios simples:</b>		
Rx de cráneo, macizo facial, senos faciales, cavum, base de cráneo, mandíbula, articulación tèmoro-mandibular, charnela cráneo-raquídea y columna vertebral (todas las regiones).	10	
<b>Estudios corrientes:</b>		
Ecografía trans-fontanelar	4	
Ecografía de raquis de recién nacido	4	
TC cráneo, oídon, base cráneo, macizo facial, (no incluye reconstrucciones multi-planares, 3D, VR, sustracción)	4	
<b>Estudios complejos:</b>		
TC multi-detector (incluyendo reconstrucciones multi-planares, 3D, VR, sustracción)	3	
TC columna vertebral (todas las regiones)	3	
Angio-TC arterial: polígono de Willis,	3	

Angio-TC venosa: venas y senos venosos intracranianos, venas de cuello y sistema cava superior	3	
Angio-TC médula espinal	3	
Sialo-TC	3	
Técnicas de perfusión por TC	3	
RM regiones simples	3	
<b>Estudios especializados específicos:</b>		
Mielo-TC.	1	
Cisterno-TC.	1	
Angio-RM arterial: polígono de Willis	1	
Angio-RM venosa intra-craneana	1	
Angio-RM de médula espinal.	1	
Sialo-RM.	1	
Mielo-RM.	1	
Cisterno-RM (incluyendo técnicas sin y con contraste intra-tecal).	1	
Plexo braquial y lumbo-sacro.	1	
RM pre-operatoria o con técnica de estereotaxia.	1	
RM fetal (estudio de cráneo, cara y raquis).	1	
Técnicas especiales: difusión, ADC, tensor de difusión y tractografía; susceptibilidad; perfusión; espectroscopía; estudio de flujo de LCR; resonancia funcional.	1	
PET y técnicas híbridas (PET-TC y/o PET-RM).	1	

Tabla 6. Imagenología de cuerpo (body).

	Estudios por hora	Regiones por hora
<b>Estudios simples:</b>		
Radiología simple	10	
<b>Estudios corrientes:</b>		
Ecografía de abdomen	4	
Ecografía de pelvis	4	
Ecografía ginecológica trans abdominal	4	
Ecografía de aparato urinario	4	
Ecografía de cuello	4	
Ecografía de glándulas salivares	4	
Ecografía de tórax	4	
Ecografía de tiroides	4	
Ecografía de escroto/testículo	4	
Ecografía peneana	4	
Ecografía ginecológica transvaginal	4	

Cervicometría	4	
<b>Estudios complejos:</b>		
Ecografía obstétrica	4	
Tránsito faringo esofágico	3	
Esófago gastroduodeno	3	
Duodeonografía hipotónica	3	
Colon por enema	3	
Tránsito de intestino delgado, colon	3	
Fistulografía, quistografía.	3	
Urografía de excreción	3	
TC de tórax sin contraste	4	
TC de tórax con contraste	3	
TC de abdomen-pelvis sin contraste	4	
TC de abdomen-pelvis con contraste	3	
RM de tórax	3	
RM abdomen-pelvis	3	
<b>Estudios especializados:</b>		
Ecografía trans rectal	2	
Translucencia nugal	2	
Ecografía estructural fetal	2	
Ecografía Doppler feto-placentario	2	
Ecografía Doppler de la arteria cerebral media del feto	2	
Canal vertebral	2	
Colangiografía post operatoria.	3	
Enteroclistis	3	
Dacriocistografía, sialografía.	2	
Pielografías.	2	
Uretrografía, uretrocistografía.	2	
Histerosalpingografía	2	
TC de hígado multifásica.	2	
TC renal multifásica.	2	
TC enterografía.	2	
TC urografía.	2	
RM colangiografía	2	
RM suelo pélvico	2	
RM recto-anal	2	
RM prostática.	2	
<b>Estudios especializados específicos:</b>		
Eco Doppler peneano con fármacos	1	
Biopsia visceral guiada por ecografía o TC.	1	
Biopsia transrectal prostática	2	
Intervencionismo transrectal (sin incluir drenaje)	1	
Intervencionismo transvaginal (sin incluir drenaje)	1	

Nefrostomía	1	
Drenaje de colecciones y otros	1	
Colangiografía transparietohepática.	1	
Colocación de drenajes.	1	
Desinvaginación.	1	
RM cardíaca	1	

#### **14. CONTENIDO DEL TEXTO ORDENADO**

El presente documento tiene por objeto ordenar de modo integral, unitario y sistematizado las disposiciones pre acordadas por la CAM y refrendadas en el Consejo de Salarios, las cuales se derogan expresamente, quedando las mismas como antecedente y fuentes de interpretación.