MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL DEL TRABAJO
DIVISIÓN NEGOCIACIÓN

ACTA DE RECEPCIÓN. En Montevideo, el siete de abril de 2014 reunido el Consejo de Salarios del Grupo 15 "Servicios de Salud y Anexos" - Medicos, por el sector Trabajador los Dra. Graciela Fernandez, asistido por el Ec. Luis Lazarov, por el sector Empleador Sr. José Luis Gonzalez y Dr. Ariel Bango, por el Poder Ejecutivo Dr. Nelson Díaz, Lic. Fausto Lancellotti y Lic. Laura Torterolo.

Las partes presentan los siguientes acuerdos, suscritos fuera de este ámbito, los que se adjuntan a la presente acta y se adoptan como decisión del Consejo de Salarios:

- Acuerdo de noviembre de 2012.
- Acuerdo de fecha 11 de junio de 2013.
- Acuerdo de fecha 29 de octubre de 2013.
- Acuerdo de fecha 6 de noviembre de 2013.

El Consejo de Salarios solicita la registración y publicación de la presente acta.

Leída la presente, se firma en el lugar y fecha indicado.

Luis Lazarov
SAV

UMV

Dr. Nelson Díaz

PAPEL NOTARIAL DE ACTUACIÓN

Ev Nº 625961

ESC. JAVIER HUGO WORTMAN GOLDSTEIN - 08033/1

En Montevideo, el 11 de junio de 2013, reunida la CAM creada por Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012, integrada por: en representación del MSP, Giselle Jorcin, Mara Castro y Gabriela Pradero; en representación del MTF Félix González; en representación del SMU Graciela Fernández y Luis Lazarov; en representación de la UMU Alfredo Torres y Álvaro Ginzo; en representación de la FEMI Ariel Bango; en representación del Plenario Antonio Kamaid y Julio Spiess; en representación de la CITS Sebastián Ferrero y Daniel Baccardatz; y en representación de MUCAM José Bongiasta, **ACUERDAN** elevar al Consejo de Salarios la siguiente propuesta:

**Primero.** **Pasaje de 5 a 4 consultas por hora en la actividad de policlínica.**

**Primero.1. Antecedentes.**

Por acta de Consejo de Salarios, de fecha 29 de diciembre de 2011, reunido el Grupo de Actividad No. 15, Servicios de Salud y Afines, con delegados presentes de ambos sectores profesionales se acordó que, ***"En relación a lo dispuesto en el literal d) y e) del numeral 7 de la cláusula QUINTA, de existir por parte de una Institución la imposibilidad, tanto por restricciones de infraestructura como de dotación de recursos humanos, de cumplir con los plazos allí dispuestos, deberá presentarse ante el Consejo de Salarios la fundamentación de la situación planteada y la propuesta de modificación de cronograma antes del 1° de abril de 2013. La aceptación de la modificación requerirá acuerdo unánime de las partes", (Apartado 8, Acta de Consejo de Salarios, Montevideo 29 de diciembre de 2011)***

La reducción progresiva de pacientes por hora en policlínica ha encontrado un número importante de dificultades logísticas y humanas que deben estudiarse con mayor profundidad.

En virtud de las restricciones de infraestructura como de dotación de recursos humanos existentes, resulta muy difícil que se pueda dar cumplimiento al cronograma y plazos oportunamente dispuestos, todos los cuales, surgen del capítulo de antecedentes referido "ut supra".

**Primero.2. Comisión Asesora Multipartita (CAM)**

Incluir en la agenda de la CAM el análisis de la implementación de la reducción del número de pacientes atendidos por hora, acordada en la cláusula 7 literal "d" del numeral quinto del acta de Consejo de Salarios de fecha 3 de noviembre de 2010.

Este espacio de análisis conjunto, tendrá por objeto entonces, en un plazo de 90 días a partir de la primera convocatoria, analizar los requerimientos económicos, materiales y profesionales necesarios, y proponer un nuevo cronograma para la implementación progresiva del cambio antedicho.

**Segundo.** **RETRIBUCIÓN VARIABLE PARA LA ACTIVIDAD DE URGENCIA Y EMERGENCIA CENTRALIZADA PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN. Medicina General, Familiar y Pediatría.**

**Segundo.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 multiplicado por el total de horas de emergencia y urgencia centralizada definitas en el cargo y efectivamente realizadas.

**Segundo.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.

**Segundo.3.** El pago variable para esta actividad caso se define en base al correcto registro en la historia clínica estandarizada, definida en el numeral undécimo 6 del acuerdo.

**Segundo.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.

**Segundo.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 negativo. La carga de acreditar documentalmente la correcta liquidación del variable será del empleador. Si a la fecha de pago al empleador no hubiera acreditado documentalmente al trabajador la específica liquidación de su variable, deberá abonarle preceptivamente la totalidad del mismo.

**Segundo.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.

**Segundo.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.

Segundo.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.

**Tercero. 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.

**Cuarto. Compatibilización de los cargos de alta dedicación con la actividad docente en la Facultad de Medicina de la Udelar**

**Cuarto.1. Antecedentes.**

El Consejo de Facultad de Medicina de la UdelaR, 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 posgrados, considerando entre otros casos "4. Que la calidad técnica de los docentes y posgraduados 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.

Cuarto.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.

Cuarto.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.

**Cuarto.4.** En el caso de estudiantes de postgrado que, en el marco del cumplimiento de un cargo de alto 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.

**Cuarto.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.
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.

**Cuarto.6.** Integrar a la Facultad de Medicina de la Udelaffa la CAM a los efectos de cumplir con los propósitos establecidos en el numeral 7.

SIGUE PAPEL NOTARIAL DE ACTUACION EV No.625963

PAPEL NOTARIAL DE ACTUACIÓN

**EV Nº 625963**

ESC. JAVIER HUGO WORTMAN GOLDSTEIN - 08033/1

**CONCUERDA**, bien y fielmente las fotocopias que anteceden, extendidas en dos fojas de Papel Notarial de Actuación EV No. 625961 y 625962 del suscrito Escribano, con los originales de su mismo tenor que tuve a la vista y cotejé personalmente.. **EN FE DE ELLO**, a solicitud del Sindicato Médico del Uruguay y para su presentación ante las oficinas públicas y/o privadas que corresponda, expido el presente, que sello, signo y firmo en Montevideo el catorce de enero de dos mil catorce.

096381 124155

ARANCEL OFICIAL
ART. 8
HONOR: $ 406
APORTE: $63

JAVIER WORTMAN GOLDSTEIN
ESCRIBANO

En Montevideo, el 29 de octubre de 2013, reunida la CAM creada por Acta del Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012, integrada por: Eduardo Figueredo y Luis Lazarov y Gustavo Grecco en representación del SMU; de Alfredo Torres y Alvaro Ginzo por la UMU, Julio Spiess por el Plenario, Sebastián Ferrero, Daniel Baccardatz y Nuria Santana por la CIES, Ariel Bango y Claudio Rabotti por la FFMI, José Bonanata y Nicolás Cetta por MUCAM, Leticia Zumar por el MEF y Elena Clavell, Mara Castro y Giselle Jorcin por el MSP, **ACUERDAN elevar al Consejo de Salarios el siguiente pre acuerdo:**

## A) Reformulación del trabajo médico en Medicina Intensiva

### 1. Antecedentes

La presente propuesta de modificación del régimen de trabajo para Medicina Intensiva de Adulto, Unidades Cardiológicas, Pediátrica y Neonatología, se enmarca en los lineamientos generales del acuerdo aprobado y suscrito ante el Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012.

### 2. Ámbito espacial de aplicación

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

### 3. Definiciones y descripción de tareas.

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).

#### 3.1. Cargos de Alta Dedicación Longitudinal (CADL)

Se define al CADL, como aquel régimen de trabajo médico caracterizado por la concurrencia diaria, preferentemente en horario matinal, y sin perjuicio de que pueda abarcar los horarios de la tarde y/o vespertino, a la Unidad de Medicina Intensiva.

Los CADL desarrollarán su labor de lunes a viernes o de lunes a sábados, según las necesidades del servicio, entendiéndose que los feriados no laborables se consideran como fin de semana y deberán gestionarse por cada Unidad. La carga horaria será de 40 a 48 hs semanales.

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.

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
- 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.

### 3.2. Acceso a los CADL

Se propone que su acceso, y, 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.

### 3.3. Régimen de trabajo

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 se desempeñarán en el régimen de lunes a viernes o de lunes a sábados, preferentemente en horario matutino (8 a 14 hs). Sin perjuicio de ello, podrán instrumentarse CADL en el horario de la tarde y/o vespertino si las necesidades de la Institución así lo requiriesen, siempre que la asistencia matinal brindada por los médicos con cargo longitudinal esté garantizada, cuando haya más de un CADL y sean unidades existentes a la fecha de la firma de este pre acuerdo. Las horas remanentes hasta completar la carga horaria total se realizarán en régimen de guardia, que deberán 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 de los pacientes a los cuales está asignado cada médico. Los cargos de 44 hs. o más deben cumplir con una guardia nocturna semanal.

## 4. Médico de Guardia (MG)

Los MG desempeñan su tarea en el modelo de trabajo objetivo en cargas horarias de 24 horas semanales (20 hs entre semana y una guardia de fin de semana de 24 hs. cada 5 semanas, a la cual se agrega una hora para el pase de guardia) en régimen presencial. La distribución de las horas en el mes es flexible y se podrá definir para cada trabajador de acuerdo a las necesidades del 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.
--- 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 el 2.3), 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 no se encuentre cerrada la Unidad, (entendiéndose como tal, cuando 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. Cargos de Alta Dedicación Transversal (CADT)

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 hs.

### 5.1 Régimen de trabajo de los CADT

El régimen de trabajo básico de los CADT será de dos guardias de 20 hs (de 12 a 8 en la semana, realizadas entre lunes y viernes o entre lunes y sábados inclusive, y una guardia de 24 horas de fin de semana cada 3 semanas

### 5.2 Acceso a los CADT

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.

## 6. Cargos de Alta Dedicación Mixtos (CADM)

En los Servicios de Medicina Intensiva pequeños, de hasta 8 camas habilitadas, ubicados en cualquier punto del país, se suma a los objetivos generales de la 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. Éstos tendrán carga horaria semanal de 40 a 48 horas, con una carga mínima de 20% en horario longitudinal con presencia en la institución al menos 3 días de lunes a sábado. Las horas remanentes se realizarán en horario de guardia, que deberá comprender fines de semana y guardias nocturnas en días hábiles de acuerdo a las necesidades del servicio, hasta completar el volumen horario semanal de 40 a 48 hs. Para estas Unidades los MG se superponen con el horario longitudinal de los CADM sin liberar horas de guardia.

## 7. Dotaciones

Bajo el nuevo régimen objetivo de trabajo, se asignará un CADL cada 4 a 6 camas habilitadas. Para los horarios que se asigne a los MG y CADT será la dotación médica existente actualmente según la normativa vigente (1 cargo cada 5 a 8 camas).

Sin perjuicio del horario que cumplan los CADL según decisión de la institución, la dotación médica en relación a las camas habilitadas debe respetar la relación establecida en la normativa vigente.

## 8. Desarrollo Profesional Continuo

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.

## 9. Disposiciones Especiales

Para el caso de todos los cargos de alta dedicación en Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales, podrán computarse dentro de la carga horaria funciones de Policlínicas Pediátricas hasta un porcentaje máximo de 25%. Para el pago de estas horas regirán los valores y condiciones incluidas en la definición de Cargos de Alta Dedicación de Pediatría.

## 10. Jefatura y Coordinación actuales.

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.

## 11. Implementación.

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.

## 12. Remuneración

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.

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 todos las horas asignadas a los MG.

- Aquellos médicos GIII titulares que en el cambio de modelo reducen su carga horaria en 4 hs, 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 hs, percibirán un aumento de su valor hora del 20%, que será de $622.
- 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

## B) Consideraciones Generales

1) **Pago variable para los cargos de alta dedicación longitudinal (CADL) y transversal (CADT) en Medicina Intensiva.** Al 15 de diciembre de 2013, la CAM definirá la forma de pago variable para los cargos de alta dedicación en medicina intensiva. Aquellos cargos que comiencen a implementarse previo a esta fecha implicarán el pago del 100% del salario de manera fija. Una vez acordado en el Consejo de Salarios, la forma de pago variable se aplicará a los cargos ya creados.

2) **Jefatura de Servicio.** Los cargos de Jefaturas de Servicio de CTI, se analizarán por la CAM de acuerdo al orden dispuesto en el numeral 17, del acta del Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012..

3) **Aplicación del numeral 16 de acta de Consejo de Salarios de 5 de noviembre de 2012.** Al sólo efectos de los Cargos de Alta Dedicación de Medicina Intensiva, podrán ser considerados como efectivizados Cargos Transversal que se incorporen en los tres años siguientes al cambio en la Unidad. Para ello, deberá presentarse una propuesta de incorporación de los CADT, 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 transversales 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, deberá ser documentado al informar la creación de cada cargo de alta dedicación.

4) **Revisión de normativa.** Las partes se comprometen a realizar gestiones para lograr ámbitos apropiados para la realización de las modificaciones a la normativa en Medicina Intensiva vigentes.

**C) Pasaje de 5 a 4 consultas por hora en la actividad de Policlínica.**

En función de las dificultades de implementación del pasaje de 5 a 4 consultas por hora en Policlínica, con fecha 11 de junio de 2013 se acordó en la CAM un plazo de 90 días para proponer un nuevo cronograma. No habiendo sido posible obtener el producto previsto en la fecha dispuesta, se acuerda extender el plazo de presentación del nuevo cronograma, al 15 de diciembre de 2013.

De acuerdo al acta de Consejo de Salarios de fecha XXX de noviembre de 2012, la CAM integrada por: en representación del MSP, Giselle Jordin, Mara Castro y Gabriela Pradere, en representación del MEF Félix González, en representación del SMU Luis Lazarov, en representación de la UMU Alfredo Torres, en representación de la FFMI Ariel Bango, en representación del Plenario Julio Spiess, en representación de la CIES Sebastián Ferrero, y en representación de MUCAM José Bonanata, ACUERDAN elevar al Consejo de Salarios la siguiente propuesta:

1. 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 | Med. Gral. | 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 | |
| | 45 a 64 | | 1,9 | |
| | 65 a 74 | | 3,5 | |
| | > 74 | | 4,1 | |
| SEXO FEMENINO | < 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 |

2. En la cláusula 17 numeral 1 del acuerdo mencionado se establece como plazo el 30 de noviembre de 2012 para definir la forma de pago variable para la actividad de emergencia y urgencia de medicina general y pediatría. Se propone prorrogar el plazo para el 22 de marzo de 2013. Aquellos cargos que comiencen a implementarse a partir de enero de 2013 bajo el nuevo régimen de trabajo médico implicarán el pago del 100% del salario de manera fija para las horas correspondientes a urgencia y emergencia. Una vez acordado en el consejo de salarios la forma de pago del variable se aplicará a los cargos ya creados.
3. En la cláusula 11.0 del mencionado acuerdo el MSP se compromete a presentar el contenido mínimo de las historias clínicas para las especialidades comprometidas

antes del 15 de diciembre de 2012. Se propone prorrogar el plazo para el 22 de marzo de 2013 y crear una subcomisión técnica integrada por las partes que participan en la CAM, para analizar la propuesta entregada por el MSP. En este caso, el variable de policlínica de los cargos creados antes de la aprobación de este punto en el Consejo de salarios, se abonará en función de las consultas de acuerdo al método acordado sin considerar el correcto registro de la historia clínica que entrará en vigencia una vez que se acuerde en el Consejo de Salarios. Todo cambio en los contenidos mínimos de la historia clínica que realice el MSP con posterioridad a dicho acuerdo deberá ser notificado a las empresas y trabajadores y deberá incorporarse en un plazo máximo de seis meses.

En Montevideo, el 6 de noviembre de 2013, reunida la CAM creada por Acta del Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012, integrada por: en representación del SMU Martín Rebella, Eduardo Figueredo y Luis Lazarov; en representación de las empresas: Alfredo Torres y Alvaro Ginzo por la UMU, Julio Spless por el Plenario, Sebastián Ferrero y Daniel Baccardatz por la CIES, Ariel Bango y Claudio Rabotti por la FEMI, José Bonanata y Nicolás Cetta por MUCAM; en representación del MEF Leticia Zumar y por el MSP Elena Clavell, Mara Castro y Giselle Jorcin, **ACUERDAN elevar al Consejo de Salarios el siguiente pre acuerdo:**

## A) Reformulación del trabajo médico en Medicina Interna

### PRIMERO (ANTECEDENTES)

Por Acta del Consejo Salarios Grupo 15 (Salud Privada) del 5 de noviembre de 2012 se resolvió *"Recepcionar el preacuerdo sobre condiciones de trabajo médico"* que reguló los cargos de alta dedicación para determinadas especialidades médicas.

El art. 17 de dicho acuerdo dispuso la creación de la Comisión Asesora Multipartita (CAM) bajo la coordinación del Ministerio de Salud Pública y con la participación del Estado (Poder Ejecutivo), el Sindicato Médico del Uruguay y la más amplia participación de las instituciones del sector, con el objetivo de monitorear la ejecución del referido acuerdo.

Asimismo, se estableció como cometido de la CAM la elaboración de propuestas para elevar al Consejo de Salarios conforme al cronograma de trabajo oportunamente acordado, en el cual, se fijó como objetivo la *"Definición de los cargos de alta dedicación de medicina interna y medicina intensiva (adultos, pediátrico y neonatal)"* (Punto 17.3).

En cumplimiento de este cronograma, la CAM aprueba la siguiente propuesta para la implementación de cargos de alta dedicación en medicina interna, para que la misma sea elevada al Consejo de Salarios para su recepción.

### SEGUNDO (GENERALIDADES DE LA ESPECIALIDAD)

La Medicina Interna, entendida como especialidad, consiste en el ejercicio de una atención clínica, completa y científica, que integra en todo momento los aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos con los humanos del enfermo, 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 (1).

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.

## TERCERO (REGIMEN LABORAL DE LOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA INTERNA)

*3.1 Internista de Sanatorio ( G III)*

• Definición de función: Es aquel 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.

*3.2 Médico de guardia sanatorial (G II)*

• Definición de función: es aquel 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.

*3.3 Médico de puerta (G II)*

• Definición de función: es aquel 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.

*3.4 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.

*3.5 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.

**CUARTO (NUEVO MODELO DE TRABAJO MEDICO EN MEDICINA INTERNA)**

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.

**QUINTO (DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS DE LOS CARGOS)**

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 trabajaran en régimen de 40 a 48 horas semanales (de 139 a 209 horas mensuales respectivamente), 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.

En actividad ambulatoria se asistirán 4 pacientes por hora en caso de controles, y se otorga doble turno en caso de primeras consultas.

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.

SEXTO **(MODELO DE TRANSICIÓN)**

*6.1 Generalidades*

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.

*6.2 Régimen Laboral*

En forma transitoria, hasta que se redacte la normativa correspondiente, se regulara 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 camas en servicios polivalentes / quirúrgicos.

- el médico internista trabajando en régimen de visita domiciliaria la relación será de dos pacientes por hora.

- el médico internista trabajando en régimen de guardia interna no tendrá asignado un sector mayor a 50 camas.

- El internista de 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 hs, pudiendo extenderse a 6 hs en caso de necesidades asistenciales del servicio. En caso de que el médico cumpla su tarea en un plazo menor a 4 hs igualmente se abonarán las 4 hs.

(1) 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.

## B) Consideraciones Generales

1) **Pago variable para los cargos de alta dedicación de Medicina Interna.** Al 15 de diciembre de 2013, la CAM definirá la forma de pago variable para los cargos de alta dedicación en medicina interna. Aquellos cargos que comiencen a implementarse previo a esta fecha implicarán el pago del 100% del salario de manera fija. Una vez acordado en el Consejo de Salarios, la forma de pago variable se aplicará a los cargos ya creados.

2) **Jefatura de Servicio y Consultantes.** Los ***cargos de avance (consultante) nivel 2, como las jefaturas de Servicio, nivel 3***, se definirán en la CAM de acuerdo al orden dispuesto en el numeral 17, del acta del Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012.