REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCION NACIONAL DE TRABAJO
DIVISION NEGOCIACION

ACTA CONSEJO DE SALARIOS. En Montevideo, el 5 de Noviembre de 2012, reunido el Consejo de Salarios Grupo N° 15, Salud Privada, con delegados presentes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y de los sectores profesionales, por MTSS – DINATRA, Dr. Nelson Díaz, Lic. Fausto Lancellotti y Lic. María Laura Torterolo; en representación de los Trabajadores Médicos, Dr. Martín Rebella y Dra. Graciela Ferńandez, asistidos por Ec. Luis Lazarov y Dra. Natalia Veloso y en representación de los Empleadores, Sr. José Luis González y Dr. Ariel Bango; con la presencia, asimismo, de la Cra. Giselle Jorcin, en representación del M.S.P.; quienes deciden:

PRIMERO: Recepcionar el Pre-Acuerdo sobre condiciones de trabajo médico que se adjunta y forma parte de la presente.

SEGUNDO: Adoptar el mismo, de acuerdo a lo dispuesto por Acta de Consejo de Salarios de fecha 3 de Noviembre de 2010, Cláusula QUINTA, "Condiciones de Trabajo Médico", como decisión del Consejo de Salarios.

TERCERO: Solicitar al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la registración y publicación de la presente decisión.

Leída la presente, en el día de la fecha, las partes firman de conformidad 7 ejemplares de un mismo tenor.

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de Nov/12

José Luis González
U.M.V.

ARIEL BANGO
COOP. MEDICOS DEL INTERIOR

MTSS

P/SMV.

SMV

ACTA DE PREACUERDO PARA SER SOMETIDA AL CONSEJO DE SALARIOS.

En Montevideo, al 1º de noviembre de 2012, los abajo firmantes suscriben el presente preacuerdo a ser presentado ante el Consejo de Salarios del Grupo 15.

1. **ANTECEDENTES**
   1.1. La resolución de Consejo de Salarios de fecha 3 de noviembre de 2010, inscripta con el Nº 18/2010, estableció un marco conceptual y lineamientos generales de cambio en las condiciones de trabajo médico (cláusula quinta, numeral 1).
   1.2. El numeral 2 de la referida cláusula creó una Comisión de Trabajo Médico cuya actividad no ha logrado cumplir con los plazos previstos y las expectativas generadas, no obstante los esfuerzos hechos por las partes. En el referido numeral se previó un período de transición entre el 1º de junio de 2011 y el 30 de junio de 2014, el cual no ha podido comenzar a implementarse a la fecha, en virtud de las circunstancias reseñadas.
   1.3. El numeral 7 de la citada cláusula quinta introdujo dos limitaciones en cuanto al número de pacientes atendidos por hora, según especialidades, de acuerdo al cronograma que fija. A la fecha está vigente lo previsto en los literales a), b) y c) del referido numeral (atención de cinco pacientes por hora).
   1.4. A partir del 31 de diciembre de 2013 como máximo (mediante cronograma de implementación a partir del 1º de julio de 2013), el número de pacientes por hora se estableció en cuatro para los médicos que se indican en el referido laudo.
   1.5. El literal e) del numeral 7 de la cláusula quinta prevé que a partir del 1º de julio de 2013 el número máximo de atención de pacientes será de tres por hora para psiquiatría, psiquiatría infantil, neuropediatría, fisiatría y geriatría.
   1.6. La resolución de Consejo de Salarios de fecha 29 de diciembre de 2011 establece la forma de pago en el marco de la reducción del número de pacientes atendidos por hora en policlínica.
   1.7. Finalmente el literal f) previó la reserva de turno doble en el caso de primera consulta, que fue ajustado el 29 de diciembre de 2011 en su ámbito de aplicación vinculándola al médico de referencia (Médico General, Médico de Familia, Médico Geriatra, Médico Internista y Médico Pediatra) que en su primera consulta asiste a aquellos usuarios que han elegido a éste profesional y a los casos vinculados al cumplimiento de pautas y protocolos establecidos por los programas de salud.
   1.8. Las partes acuerdan iniciar un proceso de instauración de un **NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO**, a través de la creación de cargos de alta dedicación con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida del profesional.
   1.9. La creación de cargos de alta dedicación constituye un desarrollo y consolidación de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, aportando un mayor grado de eficiencia, estabilidad y

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de Nov/12

calidad en la atención. En función de ello, las partes firmantes del presente acuerdo asignan un valor cualitativo sustancial a la alta dedicación y concentración del trabajo, razón por la cual a los cargos a crearse se les asigna una tarifa salarial diferente que la prevista en el laudo vigente a la fecha.

1.10. Es voluntad de las partes firmantes que los cargos de alta dedicación no sean pasibles de acumulación.

2. ÁMBITO TEMPORAL DE APLICACIÓN PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN

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.

3. ÁMBITO PERSONAL DE APLICACIÓN PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN

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

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.

4. ÁMBITO ESPACIAL DE APLICACIÓN PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN

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.

5. RÉGIMEN DE TRABAJO PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN

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

5.2. Los médicos comprendidos en el ámbito personal de aplicación de este convenio, trabajarán en régimen de 40 o 48 horas semanales (las que equivalen a 175hs y 209hs mensuales respectivamente).

CONCUERDA: fielmente con su original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de Nov/12

5.3. 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.

5.4. 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. En ningún caso la carga horaria comprenderá horas de retén.

5.5. 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.

5.6. 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. 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.

5.7. Bajo este régimen de trabajo en ningún caso el régimen de guardias excederá las 16 horas corridas.

6. DEFINICIÓN DE LAS ACTIVIDADES PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN.

6.1. 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.

6.2. Policlínica de Ginecotocología y Obstetricia: En policlínica el ginecólogo será responsable de la atención primaria en todo su concepto: control prenatal; prevención del cáncer genito-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

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de NOV/12

reproductiva, incluirá la colocación del diu y la realización del pap dentro de este cargo sin que esto implique un pago adicional al establecido para la consulta.

6.3. Atención Domiciliaria: atención de las consultas domiciliarias urgentes y no urgentes.

6.4. 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.

6.5. 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)

6.6. 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.

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de Nov/12

7. MÉDICO GENERALISTA CON ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA.

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.

8. HORAS DE ACTIVIDADES INSTITUCIONALES PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN.

Esta actividad incluye como mínimo 2 horas semanales comprendidas dentro de las 40 o 48 hs 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.

9. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE LA POBLACIÓN DE REFERENCIA.

El método de referenciación propuesto descentraliza el proceso de determinación del número de personas referenciadas para cada médico, evitando la definición centralizada de un número promedio.

El método sigue los siguientes pasos en cada institución:
Se determina para cada perfil de cargo el número de consultas potencialmente realizables en el año. Surge de multiplicar el número de horas del cargo destinadas a consulta en policlínica anualizadas (se suponen 43 semanas de trabajo al año) por la cantidad de pacientes por hora prevista en el Acuerdo. Este número constituye la máxima cantidad de consultas que realizará el médico al año (consultas potencialmente realizables). Estas consultas se dividen en programadas[1] y espontáneas, según los porcentajes que se establezcan para cada especialidad.[2]

Las consultas del médico, programadas y espontáneas, deberán destinarse a su población de referencia. Las consultas "sobrantes"[3] de cada médico diariamente podrán ser utilizadas para consultas espontáneas de usuarios que no necesariamente estén referenciados a ese médico. A su vez, en relación a la población, se toma en consideración el número de consultas programadas que define el programa correspondiente.

Luego se acumula el número anualizado de consultas programadas que tiene computadas el médico para la población que lleva referenciada en cada momento del tiempo en la institución considerada, según el tramo de edad al que pertenezcan los usuarios referidos.
Se compara para cada momento del tiempo, la cantidad de consultas programadas anualizadas que el médico lleva computadas para la población usuaria referida, con el máximo de consultas programadas anualizadas potencialmente realizables para ese perfil del cargo.

El primero de los valores podrá seguir aumentando con usuarios referenciados hasta alcanzar su tope en la segunda cantidad mencionada.

De ese modo se determina el número de población referenciada por médico en cada momento del tiempo y en cada institución, resultando un número de usuarios referenciados que no necesariamente coincidirá entre los diferentes profesionales de cada IAMC, dependiendo críticamente del mix por tramo de edad que compone cada población de referencia.

El número de médicos, las horas semanales del perfil de cargo seleccionado, y la relación de consultas programadas y espontáneas determinarán de modo crítico la capacidad institucional para brindar la cobertura necesaria para esta modalidad de trabajo.

---

1 Son consultas programadas aquellas que se generan como consecuencia de los controles que los Programas de Salud del MSP consideran como exigencia según los distintos tramos etarios de la población.
2 El nuevo régimen de trabajo debe permitir obtener información real sobre le tipo de consultas que será utilizada luego para revisar estos porcentajes que se asumen al inicio.
3 Por consulta "sobrante" se considera aquel horario diario destinado a la atención en policlínica que no tiene agendadas consultas previo al comienzo de horario de la consulta.

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de

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.

Régimen provisional de referenciación

En la medida que no se cuenta actualmente con información desagregada sobre el motivo de la consulta que permita cuantificar la proporción de consultas espontáneas y programadas, se establece un régimen de transición en el que se trabajará con las consultas totales. El cálculo tomará en cuenta la tasa de utilización por tramo de edad y sexo, bajo el supuesto que esas consultas incluyen las espontáneas y programadas. Para esto se utilizarán los datos del SINADI para el período enero – diciembre de 2011.

Luego de transcurridos 18 meses de aplicación, se deberá convocar a las partes para que en base a los datos de los nuevos cargos se calculen las proporciones de consultas programadas y espontáneas y se comience a aplicar el método original.

En este caso, el método sigue los siguientes pasos en cada institución:
Se parte del número de consultas potencialmente realizables en el año por el médico que se calculan igual que en el método general pero no se dividen en programadas y espontáneas.
En este caso también las consultas del médico deberán destinarse a su población de referencia y las consultas "sobrantes" de cada médico podrán ser utilizadas en cada día de policlínica para consultas espontáneas de usuarios que no necesariamente estén referenciados a ese médico.
En relación a la población, se toma la cantidad de consultas promedio anuales por edad y sexo que figuran en el SINADI para el año 2011.

Luego se acumula el número anualizado de consultas que tiene computadas el médico para la población que lleva referenciada en cada momento del tiempo en la institución considerada, según el tramo de edad y sexo al que pertenezcan los usuarios referidos.
Se compara para cada momento del tiempo la cantidad de consultas anualizadas que el médico lleva computadas para la población usuaria referida con el máximo de consultas anualizadas potencialmente realizables para ese perfil del cargo.

El primero de los valores podrá seguir aumentando con usuarios referenciados hasta alcanzar su tope en la segunda cantidad mencionada.

De ese modo se determina el número de población referenciada por médico en cada momento del tiempo y en cada institución, resultando un número de usuarios referenciados que no necesariamente coincidirá entre los diferentes profesionales de

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de 10/12

cada IAMC, dependiendo críticamente del mix por tramo de edad y sexo que compone cada población de referencia.

Al igual que en el método general, 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. Cada institución acordará con sus respectivos médicos la forma en que se instrumentará la comunicación de las altas y bajas de los usuarios referenciados.

10. CONDICIONES GENERALES DE LA RETRIBUCIÓN PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN.

10.1. 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).

10.2. 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%.

10.3. La relación entre el porcentaje fijo y el variable podrá ser excepcionalmente modificada mediante acuerdo en el Consejo de Salarios.

10.4. El valor indicado en esta cláusula remunera todos los actos médicos.

10.5. 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.

11. RETRIBUCIÓN VARIABLE PARA LA ACTIVIDAD DE POLICLÍNICA PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN. Medicina General, Familiar y Pediatría.

11.1. La retribución variable de policlínica representa el 25% del valor hora definido en la cláusula anterior multiplicado por el total de horas de policlínica definidas en el cargo y efectivamente realizadas.

11.2. El pago variable de policlínica está compuesto de dos etapas.

11.3. 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[4] 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

4 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.

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de Nov/12

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 (35,4$ a valores del 1º de julio de 2012).

11.4. 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.

11.5. 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 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.

11.6. 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

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de Noviembre

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 competa a este proceso.

11.7. 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.

12. RETRIBUCIÓN VARIABLE PARA LA ACTIVIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN.

12.1. La retribución variable de la atención domiciliaria representa el 25% del valor hora definido en la cláusula quinta multiplicado por el total de horas de atención domiciliaria definidas en el cargo (59$ a valores del 1º de julio de 2012).

12.2. 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.

12.3. 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)

12.4. 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.

13. RETRIBUCIÓN VARIABLE PARA GINECOTOCOLOGÍA Y OBSTETRICIA PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN.

13.1. Se aplican los aspectos generales establecidos en la cláusula décima.

13.2. La forma de pago para la actividad en policlínica es análoga a la establecida en la cláusula undécima

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de Nov/12

13.3. 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.

13.4. 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 ginecotocología de este tipo dentro de la Institución. Cada procedimiento quirúrgico ginecotocológico 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 ginecotocólogo en este régimen durante el cuatrimestre, 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.

14. CLÁUSULA DE SALVAGUARDA POR RECLAMOS DEL LAUDO ACTUAL.

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.

15. 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 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.

Constancia fidedigno con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de Nov/12

12

16. FINANCIAMIENTO PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN

La transición del cambio en el laudo médico será financiada con la Meta 4, creada por resolución de la JUNASA Nº 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, ginecotocología. 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.

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 contaría 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 igualitariamente 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 7000 afiliados FONASA cada 5.14$ a valores actuales, 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.

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente 10/1/12 en Montevideo a los 6 días del mes de

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 cápitas.

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de Nov/12

17. COMISIÓN ASESORA MULTIPARTITA (CAM).

Se crea la CAM del Consejo de Salarios del Grupo 15, coordinada por el MSP, y con la participación del Poder Ejecutiva, 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:

17.1. Análisis de la forma de pago variable para la actividad de emergencia y urgencia de medicina general y pediatría. Plazo 30/11/2012

17.2. Revisión del laudo vigente para determinar los aspectos que quedan sin vigencia en el nuevo régimen. Plazo 15/12/2012

17.3. Definición de los cargos de alta dedicación de medicina interna y medicina intensiva (adultos, pediátrico y neonatal). Plazo 15/03/2013

17.4. Definición de los cargos de alta dedicación de geriatría y psiquiatría. Plazo 30/04/2013

17.5. Análisis de los cargos de jefatura, coordinación y consultantes. Plazo 31/05/2013

17.6. Análisis y definición de los cargos de avance para todas las especialidades. Plazo 30/07/2013

17.7. 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

Asimismo, las empresas deberán informar a la CAM todo ingreso de suplentes a partir del 1 de enero de 2013, fundamentando su necesidad y detallando el nombre del médico, el cargo que ocupa y las características del mismo.

CONCUERDA: fielmente con el original que luce archivado en este Servicio. Se expide el presente en Montevideo a los 6 días del mes de NOV/12

José Luis González
UdelaR.

Adela Zabala
COOP. MEDICOS DEL INTERIOR

SMU

Gabriela Pradere
MSP.

G. Pinchi
MSP.

Rubino
SMU

15

DIRECCION NACIONAL DE TRABAJO

Montevideo, 6 de noviembre de 2012

Pase a División Documentación y Registro.

p/a Pablo Gutiérrez

LUIS CÉSAR ROMERO
Director Nacional de Trabajo

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
DIVISION DOCUMENTACION Y REGISTRO
REGISTRO DE LAUDOS

Montevideo, - 8 NOV 2012

Reg. Con el Nº 360/2012 Folio, 01 al 15

Grupo 15 Sub-Grupo Coord. Trab. Médico

LAUDO INSCRIPTO
Entra en vigencia una vez publicado

Por Div. Doc. y Registro

Mª del CARMEN LARIA
Jefa (I) Div. Doc. y Registro