

MEMORANDUM DE EJECUCIÓN DE LOS PREACUERDOS DE
6 de octubre de 2010 y 21 de diciembre de 2010
ASSE-SMU-FEMI

En Montevideo, el 24 de mayo de dos mil once, estando presentes **POR UNA PARTE** Enrique Buccino y Cecilia Greif en representación de ASSE.- **Y POR OTRA PARTE** I) Julio Trotchansky y Martín Rebella. en representación del Sindicato Médico del Uruguay (en adelante SMU); II) Gonzalo De León y Claudio Rabotti en representación de la Federación Médica del Interior (en adelante FEMI), dan comienzo a la ejecución y aplicación de los Preacuerdos de 6 de octubre de 2010 y 21 de diciembre de 2010, según las siguientes cláusulas:

PRIMERO.- SISTEMA DE PAGO VARIABLE DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. ARTICULO 727 Ley de Presupuesto – Con los fondos establecidos en el referido artículo se crea el Fondo Específico Variable Primer Nivel que financiará el sistema de capitación de los grupos de población priorizados por la ASSE. La ASSE realizará (en función de las necesidades asistenciales y sus Programas priorizados por todas las Redes de Atención Primaria del país y en un plazo máximo de 60 días a partir del día de la firma del presente acuerdo), en todos los departamentos del país, la convocatoria a los médicos que cumplen funciones en el primer nivel (Medicina General, Medicina de Familia, Pediatría, Medicina Rural y Geriátrica) a incorporarse al Sistema de Capitación. A partir del mes en que el Médico exprese en forma documentada, su voluntad de incorporarse al sistema, cobrará un ficto de doscientas cápitas durante los cuatro primeros meses. Luego de ese período, cada Médico cobrará según el número de cápitas efectivamente documentadas que cumplan metas establecidas en el Compromiso Funcional por Sistema de Pago Variable del Primer Nivel. Si antes del referido plazo se encuentra documentada la superación por parte del profesional de las 200 cápitas, se le liquidara como Variable del primer nivel por la cantidad de cápitas efectivamente documentadas. (VER ANEXO 1 ADJUNTO)
ASSE se compromete a trabajar conjuntamente con las gremiales firmantes en la revisión del pago y las cargas horarias del sistema de retén de todos los médicos rurales acordado en el seno de la Comisión de Seguimiento del Acuerdo 2008.

SEGUNDO.- SISTEMA DE PAGO VARIABLE DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. ARTICULO 726 Ley de Presupuesto- En un plazo no mayor a sesenta días se comenzará a realizar el pago del segundo nivel de atención tomando como base la partida variable por egreso hospitalario (VEH). Dicho fondo, derivado de la previsión presupuestal que surge del artículo específico de la Ley de Presupuesto Nacional. El procedimiento respecto a este pago variable será el que se describe a continuación: En primer lugar se asignará el fondo anual en forma mensual, constituyendo el Fondo mensual de Variable Egreso Hospitalario. Dicho Fondo Mensual se distribuirá a los hospitales de agudos del área metropolitana y de los hospitales Centros Regionales del interior que documenten los egresos hospitalarios que tengan historias clínicas completas, con resumen de alta (con copia para el médico de referencia del Primer Nivel), y hoja de cierre con todos los datos escriturados en forma adecuada para su codificación. La Unidad Ejecutora dispondrá de 10 días hábiles para

enviar la información sobre el número y profesionales que realizaron efectivamente los egresos según lo precedentemente establecido.

El valor unitario del egreso, que variará en función de la actividad global mensual de las UE que participan, se distribuirá entre los profesionales de forma porcentual, correspondiendo un 70 % para el médico responsable de la atención del paciente durante el episodio de internación (que debe ser quien cierre la historia clínica) y el restante 30 % se distribuirá entre los médicos que participan en los procesos de apoyo y los de interconsulta. El pago de este complemento no incluye a los profesionales anestésico – quirúrgicos. (ANEXO 2 ADJUNTO)

TERCERO.- INCREMENTO DEL FONDO VARIABLE DEL SEGUNDO NIVEL.-

Los descuentos de la partida variable por cumplimiento horario fijada en un 8% para los Médicos de Guardia Interna se volcarán íntegramente a incrementar el fondo de pago variable del segundo nivel, ajustándose de esta forma trimestralmente, que será comunicado por ASSE a las gremiales médicas.

CUARTO.- SISTEMA DE CARGOS DE ALTA DEDICACION. Artículo 735 Ley de Presupuesto –

La distribución del monto asignado por el artículo 735 de la Ley de Presupuesto (18.719) para la compensación de cargos de alta dedicación se distribuirá de la siguiente forma:

1. Con el 25% de los fondos asignados por el artículo mencionado, se construirá un Fondo Específico para los médicos de CTI de Adultos, Pediátricos y Neonatología de ASSE. Dicho Fondo en primer lugar cubrirá (por única vez) un complemento de un 10% sobre el valor hora de los profesionales médicos de los servicios de CTI de adultos, pediátrico y neonatológico. Dicho aumento será retroactivo al 1 de enero de 2011. El pago se realizará en los 15 días hábiles posteriores a la firma del presente.

En segundo lugar el saldo resultante de dicho Fondo Específico se utilizará para financiar cargos longitudinales (de cobertura diaria por parte del profesional que asume el cargo) de alta dedicación horaria (de entre 40 y 48 hs. Semanales). Las inasistencias injustificadas a la cobertura diaria del cargo implicará una falta grave susceptible de la pérdida de la compensación por alta dedicación. El número definitivo de cargos de alta dedicación en la medicina intensiva de adultos, pediátricos y neonatológicos surgirá en función del remanente del Fondo Específico de CTI. En los casos del Hospital Español y el Hospital Pereira Rossell, cuando el servicio contemple esta forma de trabajo, el fondo financiará el complemento de aquellos que hoy realizan la carga horaria (40 o 48 horas semanales) y la forma de trabajo longitudinal. Los llamados para dichos cargos se efectuarán de acuerdo a las necesidades de los servicios. (ADJUNTO) La remuneración de los cargos de alta dedicación, tendrán una relación de 1,3 del valor hora del médico de guardia en los cargos de 40 horas y de 1,4 del valor hora del médico de guardia en los cargos de 48 horas.

- 2.- Financiación de 20 cargos de alta dedicación de diferentes especialidades médicas, que se regirán de acuerdo a la reglamentación específica.

3.- Financiación y la conformación de Equipos de Gestión Clínica y de cargos de alta dedicación de diferentes especialidades anestésico-quirúrgicas en la Institución.

QUINTO.- COMPLEMENTO SALARIAL EN CARGOS DOCENTES .

Artículo 733 Ley de Presupuesto - ASSE se obliga a transferir en un plazo no mayor a treinta días al Programa de Fortalecimiento de los Recursos Humanos, las partidas necesarias para el pago del incremento salarial de los cargos docentes vinculados a la asistencia en la ASSE.

SEXTO.- MANDOS MEDIOS.- ASSE expresa, a través de sus representantes, que resolvió y se está ejecutando desde el 1° de enero último, el pago de un incremento salarial del 15% para los Médicos que se desempeñan como Jefes de Departamento y un 10% para aquellos que se desempeñan como Jefes de Servicio. A su vez, manifiesta, que constituyó una Comisión para diseñar la estructura de los mandos medios de ASSE, a la que convocará en un plazo no mayor a quince días, a las gremiales médicas para su participación. Para los mandos medios médicos de las áreas de Medicina Intensiva, Pediatría Intensiva y Neonatología el incremento se ajustará a lo establecido en el Anexo 3 (ADJUNTO).

SEPTIMO.- RESIDENCIAS MÉDICAS.- Las partes acuerdan que la remuneración de los residentes es un punto de análisis en la Comisión que se conformará para estudiar la convergencia de las remuneraciones y condiciones de trabajo médicas en la órbita del MSP.

Mientras dicha comisión se expida, ASSE abonará a los residentes que trabajan en el primer nivel de atención el promedio del variable del segundo nivel percibido por los residentes del Hospital Pediátrico del mes inmediato anterior.

El primer pago, en el caso de los residentes del primer nivel se realizará a los 30 días de la liquidación del variable del segundo nivel, a efectos que se determine el monto del mismo.

Una vez acordado en la Comisión el salario fijo a percibir en el sistema nacional de residencias médicas.

Se solicitará en instancias de rendición de cuentas correspondiente los fondos para dicho financiamiento, lo que constituirá su única retribución por parte del residente.

OCTUBRE.- AUMENTO DE CARGA HORARIA.- Se habilitará, a partir de noviembre 2011 el aumento de carga horaria hasta 24 horas semanales en la función Policlínica Ampliada siempre que la demanda así lo justifique.

NOVENO.- Se reactivará la Comisión de Concursos acordada entre los Gremios y ASSE en el año 2008 tomando como insumo los documentos intermedios ya elaborados. La misma deberá encarar además aspectos referidos a la Carrera Funcional en ASSE y los llamados a proveer cargos de Jefaturas en las Unidades Ejecutoras de ASSE. A partir de noviembre 2011, se habilitará la posibilidad de que los profesionales puedan solicitar una licencia extraordinaria de hasta diez días anuales para asistir a Jornadas científicas y Congresos organizados por Sociedades científicas o Facultad de Medicina. La misma deberá estar debidamente justificada y aprobada por la Gerencia Asistencial de ASSE.

DECIMO.- Se acuerda la distribución equitativa entre el Area Metropolitana y el Interior de los cargos propuestos por ASSE como "de alta dedicación"(EGECLINICO).

DECIMOPRIMERO.- PRESUPUESTACIÓN DE MÉDICOS COMPRENDIDOS EN COMISIONES DE APOYO Y PATRONATO DEL PSICÓPATA.-

En un plazo no mayor de sesenta días, ASSE convocará la totalidad de médicos que se encuentran contratados por las Comisiones de Apoyo Locales y de ASSE y Patronato del Psicópata con anterioridad al 19 de diciembre de 2005, a los efectos de comenzar el procedimiento de presupuestación de los cargos previstos en el Preacuerdo que se harán efectivos durante el presente año. Dicho proceso será voluntario, sin pérdida de fuentes de trabajo y cobrando por concepto de líquido mensual, igual suma que la cobrada al momento de la presupuestación en la facturación mensual. La presupuestación de la totalidad de los médicos comprendidos en la presente cláusula, no podrá extenderse más allá del 31 de diciembre de 2011. Los Médicos contratados con posterioridad al 19 de diciembre de 2005, se incorporarán en la forma y plazos establecidos en el Preacuerdo.

DECIMOSEGUNDO.- DISPOSICIÓN LEGAL.- ASSE se compromete a incorporar una disposición en la próxima Ley de Rendición de Cuentas, que contemple la eliminación de la incompatibilidad dispuesta por el artículo 32 de la Ley N° 11.923, de 27 de marzo de 1953, con la redacción dada por el artículo 12 de la Ley N° 12.079, de 11 de diciembre de 1953 (doble cargo en la Administración Pública) con carácter general y sin limitaciones en el tiempo.-

DECIMOTERCERO.- DENUNCIA DE LOS ACUERDOS.- El presente convenio y los preacuerdos de 6 de octubre y 21 de diciembre de 2010, quedan sujetos a la condición que se mantengan las condiciones de trabajo y retribuciones de todos los médicos que prestan servicios en ASSE existentes a la fecha de la firma del Preacuerdo de 6 de octubre de 2010.

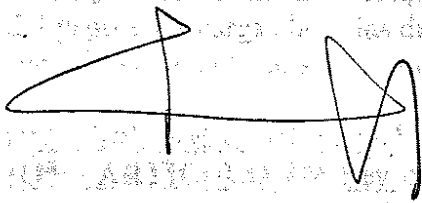
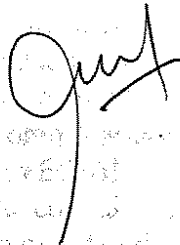
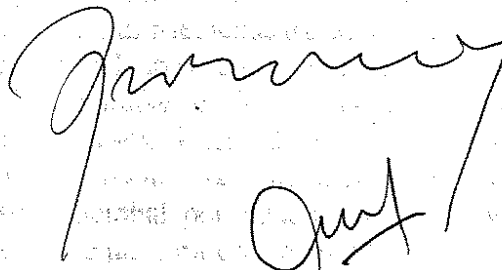
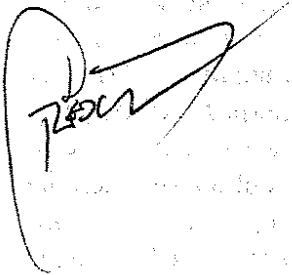
ASSE y las gremiales firmantes exceptúan de lo antes mencionado y acuerdan que en función de lo establecido en la Ley de Presupuesto, las condiciones de trabajo no se encuentran afectadas por la extensión del área de cobertura geográfica de la nueva Unidad Ejecutora 105, por lo que los profesionales médicos que se desempeñan en las unidades móviles y de traslados de ASSE deberán cubrir el servicio que se presta a los usuarios de toda el área metropolitana, que incluye Las Piedras, Ciudad del Plata, Ciudad de la Costa, Pando y Canelones y sus zona aledañas. Las retribuciones médicas del personal asistencial del 105 se equiparán dentro de la Unidad Ejecutora lo antes posible con fecha límite del 31 de diciembre del 2012.

Si alguna de las condiciones de trabajo o retribuciones médicas (con las excepciones ya referidas) vigentes a la fecha indicada (6 de octubre de 2010), se modifican en todo o en parte para un grupo de Médicos, el SMU, FEMI (y SAQ), a partir del 1° de mayo de 2011 se declaran liberados del cumplimiento de los Preacuerdos así como del presente Convenio y sus consecuencias, pudiendo denunciarlos y reclamar en la forma que estimen pertinente, la equiparación con los salarios más altos y las condiciones laborales más beneficiosas que se hubieran fijado en ASSE para ese grupo de médicos.

Quedan excluidos de lo establecido precedentemente, esto es la posibilidad de denunciar los Preacuerdos y el presente documento, los cambios en condiciones de trabajo y retribuciones que fueron pactadas en los Preacuerdos mencionados, en el presente y en las resoluciones de la Comisión de Seguimiento adoptadas por unanimidad, así como los ajustes salariales otorgados con carácter general.

Exceptúase además los acuerdos establecidos en toda situación de emergencia sanitaria declarada por la autoridad competente.-

DECIMOCUARTO.- Declaración de emergencia sanitaria.- Cuando ASSE considere que existe la necesidad de declarar una emergencia sanitaria, convocará a las gremiales firmantes a los efectos de comunicar sus causas y consecuencias, con especial referencia a la incidencia de la misma en las condiciones de trabajo y remuneraciones de los médicos, con una anticipación no menor a siete días, salvo casos de fuerza mayor.- Las gremiales presentarán su opinión y aportes sobre dicha consideración, las que serán consideradas por ASSE, sin perjuicio de sus propias facultades legales.-



Handwritten notes on the left margin, including a large signature and the word 'gremial' written vertically.

MEDICINA INTENSIVA DE ADULTOS Y PEDIÁTRICA

ANEXO

- 1) ASSE se encuentra en un proceso de reforma de la estructura del trabajo médico en medicina intensiva, en adultos y en pediatría, en consonancia con los postulados de reestructura del trabajo médico en general impulsados por las gremiales médicas y ASSE. Se pretende lograr, en un mediano y largo plazo, un mercado laboral que permita optimizar los recursos humanos disponibles, concentración laboral, disminución del multi -empleo como generador de trabajo de mala calidad tanto para el médico como para el paciente y la gestión clínica del sistema en general. Asimismo, se pretende generar políticas anticíclicas que se anticipen a la creciente carencia de intensivistas en nuestro medio.
- 2) En esta etapa, SUMI y SUNPI se comprometen a aportar, a través de la Dirección del CTI del Hospital Español y la Dirección de los CTI de Pediatría y Neonatología del CHPR, un resumen de resultados y beneficios de la experiencia de los planes pilotos en ejecución acerca de la modalidad de gestión longitudinal con concentración laboral, que tanto en términos asistenciales como en satisfacción de los médicos, avalan en la práctica la implementación y expansión de un modelo con estas características. Se entiende por longitudinalidad aquella modalidad de trabajo en medicina intensiva con asistencia diaria al lugar de trabajo, con responsabilidades, compromiso e involucramiento particulares que lo distinguen de la modalidad actual tradicional de trabajo basado en un esquema de guardias semanales.
- 3) Esta reestructura se basa en el respeto a los siguientes principios, en vistas a lograr una implementación gradual y progresiva con una amplia base de consenso.

Los mismos son:

- Respetar derechos laborales adquiridos y libertad de elección de los médicos en actividad para permanecer en los cargos que ejercen en la actualidad.
- Implementación gradual y pensada en términos de años, evitando la búsqueda de resultados inmediatos.
- Flexibilidad a la hora de la implementación práctica de acuerdo a la realidad asistencial de cada unidad, permitiendo ajustar horarios según necesidades, siempre respetando el criterio de longitudinalidad.

- 4) Respecto a la remuneración de los mandos medios de los servicios de medicina intensiva, dada las particularidades de la conformación de los mismos, se acuerda lo siguiente:

Para los cargos de Coordinación y Jefaturas de Servicio, se acuerda diferenciar las Unidades de Medicina Intensiva en Pequeñas, Medianas o Intermedias y Grandes, de acuerdo a su tamaño y la complejidad de la gestión clínica y administrativa que su funcionamiento implican. Coordinadores y Jefes de Servicio recibirán un complemento funcional diferencial, respetando los siguientes criterios:

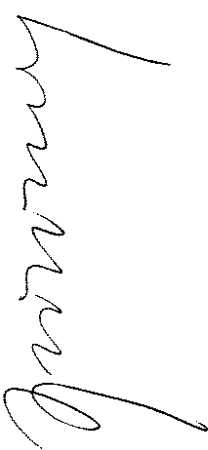
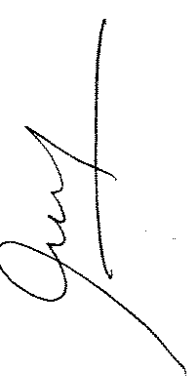
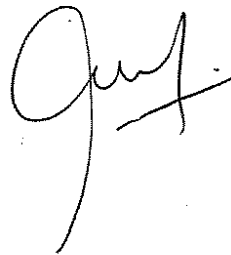
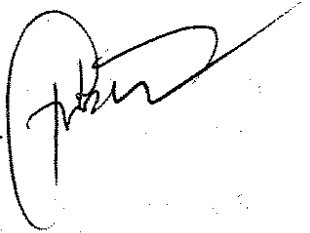
a) Para los médicos coordinadores, el complemento de estos por la función que realizan será de hasta un 10% (debiendo mantener una diferencia del 20% respecto al valor hora del médico de guardia).

b) Para los médicos de los Jefes de Unidades Pequeñas (hasta 8 camas, con un médico de guardia), el complemento de estos por la función que realizan será de hasta un 10% (debiendo mantener una diferencia del 20% respecto al valor hora del médico de guardia).

c) Para los Jefes de Unidades Intermedias o Medianas (de 8 a 16 camas, con dos médicos de guardia), el complemento de estos por la función que realizan será de hasta un 15% (debiendo mantener una diferencia del 25% respecto al valor hora del médico de guardia).

d) Para los Jefes de Unidades Grandes (más de 16 camas, con más de dos médicos de guardia), el complemento de estos por la función que realizan será de hasta un 20% (debiendo mantener una diferencia del 30% respecto al valor hora del médico de guardia).

El pago de dichos incrementos salariales será retroactivo al 1° de enero de 2011.



**INSTRUMENTACION DEL PAGO VARIABLE PARA EL PRIMER NIVEL DE
ATENCION
ANEXO**

1- Objetivo.

El cambio de modalidad de remuneración y de pago por cápita a los profesionales que adscriban población en el Primer Nivel de Atención promueve que niños, adolescentes y residentes del área rural usuarios de ASSE cuenten con médico de referencia favoreciendo el cambio de modelo de atención y la atención en salud

2- Implementación de la propuesta

La población de referencia para cada una de las Unidades Asistenciales del 1er Nivel se definirá en función de la distribución geográfica (se proporcionará a cada profesional el padrón con la población de referencia de su área de cobertura) Los profesionales que pueden participar de este Programa son: médicos generales, médicos de familia, médicos de área, médicos rurales, pediatras y geriatras que actualmente se desempeñen en el 1er nivel de atención. El médico será responsable por la atención de salud de la población del área de influencia, cumpliendo con metas asistenciales previamente definidas, en el marco de los programas prioritarios definidos por el MSP (Programa Nacional de Atención a la Niñez, Programa Nacional de la Mujer y Género, Programa de enfermedades crónicas no transmisibles, Programa de Salud Rural) Aduana, Programa Previniendo, Escritorio Médico que permitan cumplir el Compromiso de Gestión firmado por los Directores de 1er Nivel con la Gerencia General y el Directorio de ASSE (se definirá un conjunto de metas e indicadores para evaluar la aplicación de los Programas y indicadores seleccionados en el Compromiso de Gestión)

En los primeros seis meses de la implementación cada médico del área rural deberá alcanzar el 35 % de adscripción de su población de referencia y presentar informe de actividad con el total de población asistida discriminada en edad y sexo y porcentajes de cumplimiento de indicadores seleccionados en el Compromisos de Gestión y Programas mencionados.

Al año de implementación se realizará evaluación en base al Compromiso de Gestión, actividades desarrolladas en territorio, actividades interinstitucionales, indicadores de Programas del MSP. (ej. cantidad mínima de consultas apropiadas de controles en salud por edad). Para el segundo año se propondrá el cumplimiento de indicadores de impacto.

Los médicos pediatras deberán cumplir con los objetivos establecidos en el Programa Nacional de Atención a la Niñez. En los primeros seis meses de la implementación cada médico pediatra deberá alcanzar el 60 % de adscripción de su población de referencia. Asimismo deberán cumplir con el 100 % de la aplicación del número de controles establecido por edad y de la inmunización. Al año de implementación se realizará evaluación en base al Compromiso de Gestión, actividades desarrolladas en territorio, actividades interinstitucionales, indicadores de Programas del MSP (ej. cantidad mínima de consultas apropiadas de controles en salud por edad). Para el segundo año se propondrá el cumplimiento de indicadores de impacto.

La Dirección Nacional y Departamental de 1er Nivel implementaran el sistema de registro, seguimiento, apoyo y mejora continua de los médicos participantes y del cumplimiento por los profesionales de las actividades propuestas

3 Forma de remuneración.

La remuneración estará conformada por un componente fijo y otro variable. Este último será el que determinará el pago per cápita de \$21 por usuario adscrito en la población rural, \$17 en población sub urbana o urbana. El pago fijo es el que corresponde al compromiso funcional del profesional, para la adscripción no se requiere contrato o cargo específico, excepto que tiene que tener horas asignadas en Unidad Asistencial del Primer Nivel y disposición a realizar actividades en territorio.

La capitación mínima por médico es de 200 personas. Se abonará a los profesionales que entren en el programa por la población real adscrita. En los primeros cuatro meses aquellos profesionales que no alcancen los 200 usuarios, se les abonará un ficto correspondiente a la capitación de 200 usuarios. Vencido dicho plazo, de no haber adscrito el mínimo de población establecido (200 usuarios) no continuará percibiendo el variable del primer nivel de atención.

4- Requisitos: Podrán participar del pago variable por adscripción de niño/as, adolescentes y población rural (usuarios de ASSE) los siguientes profesionales: :

- Pediatras, Médicos generales, de Área, Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, con compromiso funcional firmado con ASSE que se desempeñen en Unidades Asistenciales del 1er nivel de atención (Consultorios, Policlínicas, Centros de Salud, Centros Auxiliares del 1er nivel de atención, Bus o ronda rural) podrán adscribir niños/as y adolescentes (menores de 20 años) del Departamento de Artigas.

- Médicos generales, médicos de Área, Médicos Rurales, Especialistas en Medicina familiar y Comunitaria, Pediatras, Geriatras en funciones en Unidades Asistenciales del 1er nivel de atención (Consultorio, Policlínica, Centros de Salud, Centros Auxiliares del 1er nivel, Bus o ronda rural) podrán adscribir población residente en el área rural (población de menos de 5000 habitantes)

- Que acrediten residencia en el Departamento al que se presentan al llamado

Todos los profesionales que cumplan los requisitos precedentes podrán presentarse para adscripción de usuarios

5- Compromisos asumidos por los profesionales:

- Mantener actualizada la población de referencia (bajo área de cobertura) con datos de su ubicación geográfica, datos filiatorios, etc.
- Brindar atención a la población adscripta de su área de influencia según padrón de población aportado por ASSE. Se promoverá la inclusión de toda la población de su área de responsabilidad y realización de actividades comunitarias
- Firmar un Compromiso de Gestión con la UE (en el 1er cuatrimestre)
- Aplicar protocolos, pautas de RCR y Convenios locales existentes
- Cumplir la carga horaria de trabajo (componente fijo del compromiso funcional)
- Promover la participación de los usuarios en su área de referencia
- Registrar la actividad asistencial brindada en consultorio, en comunidad, ronda rural, utilizando herramientas (informáticas /planillas) proporcionadas por ASSE que permitan verificar la adscripción y cumplimiento de Programas de atención.

- Realizar actividades extramuros, definidas oportunamente en el Compromiso de Gestión del Primer Nivel, incluyendo la captación y control de embarazadas y niños menores de 5 años en domicilio en los casos que amerite.

Objetivo:

El cambio de modalidad de atención de parto por esposa de los profesionales que pertenecen al personal de Atención Primaria y de Atención Secundaria y residentes del área rural, así como de ASSE rurales con médicos de familia, favorecerá el cambio de modelo de atención y la atención en salud.

[Handwritten signatures]

Descripción de la actividad:

La actividad se desarrollará para una zona de las Unidades Administrativas de la 1ª y 2ª zonas definidas en función de la distribución geográfica (se proporcione la zona prioritaria de trabajo a la población de referencia de su área de cobertura). Los profesionales que serán asignados serán médicos generales, médicos de familia, ginecólogos, pediatras, enfermeras, enfermeras que actúen como prescripcionistas en el área de atención al médico común, a pesar de la falta de algunos de los requisitos de los programas, cumpliendo con todos los requisitos previamente definidos en el marco de los programas prioritarios definidos por el MSP (Programa Nacional de Atención a la Mujer, Programa Nacional de la Mujer y Género, Programa de Atención a las Mujeres Adultas Responsables, Programa de Salud Rural Adhesiva, Programa Preventivo de Salud Bucal) que permitan cumplir el Compromiso de Gestión firmado por las Direcciones de las Unidades Administrativas y el Directorio de ASSE (se definirá un conjunto de metas a corto plazo para evaluar la implementación de los programas y hallar áreas susceptibles de ser mejoradas de Gestión) y se evaluará.

En las primeras seis meses de implementación cada médico deberá alcanzar un 15% de adherencia de la población de referencia y mantenerla durante el resto del periodo de implementación y la discriminada en salud de la población beneficiaria de la actividad se detallará en el Compromiso de Gestión y Planificación de las Unidades.

[Large handwritten signature on the left margin]