

# Los negociadores hablan de los acuerdos alcanzados

*Si bien las negociaciones para alcanzar acuerdos en los sectores público y privado respondieron a una estrategia trazada por el Sindicato Médico y a la cual aportaron muchos socios, las caras visibles del largo proceso que demandó innumerables reuniones fueron las del presidente Trostchansky, del*

*vicepresidente Fraschini, del secretario Rebella, y las de los asesores Lazarov y Lorente. En esta ocasión los Dres. Fraschini y Rebella y los asesores Ec. Lazarov y Esc. Julio Lorente se refieren a distintos aspectos del convenio con ASSE y del acuerdo en el Consejo de Salarios.*

## Dr. Martín Fraschini

### Los acuerdos salariales deben ir acompañados de la mejora del sistema de salud

*Para el vicepresidente del SMU, doctor Martín Fraschini, el acuerdo reciente es una continuidad del alcanzado en el 2008 con ASSE, marcando cambios históricos, pero que deben ser acompañados por el sistema de salud para ser efectivos en la mejora del trabajo médico y en la calidad de vida de los profesionales.*

“Es un acuerdo histórico de la misma magnitud que el acuerdo alcanzado en el año 2008 con ASSE. Creo que esto demuestra un camino en la construcción del cambio de modelo de trabajo médico dentro del sistema de salud” indicó Fraschini. “Eso va a traer aparejado dos cosas, una mejora en la calidad de asistencia y una mejora en la atención del usuario cuando concurre a atenderse. Esto genera las bases desde el punto de vista médico para dar una correcta asistencia” agregó.

“Sin embargo esta queda ensombrecida o no se visualiza los suficiente por el cuerpo médico, porque estamos con otros problemas que son de igual magnitud” aclaró Fraschini en referencia al tema de las Cajas de Auxilio. “Los médicos deberíamos estar festejando con champagne, pero el cuerpo médico esta preocupado por solucionar eso y no se está dando cuenta de los alcances de este convenio” indicó.

“El convenio tiene dos troncos, uno es el subsidio por enfermedad y el otro tronco es la pauta salarial, sin olvidarse de las condiciones de trabajo médico” agregó. “Hay dos que están semilaudadas y otra que está abierta que es el subsidio por enfermedad. Esto tiene implícito una comisión que está integrada por todos y debe expedirse antes del 15 de diciembre para tratar de fijar las líneas sobre los cambios del trabajo médico y que si no se hace se vuelve para atrás” aclaró Fraschini.

“El ajuste salarial habla de la magnitud de este convenio donde al final del quinquenio vamos a conseguir un 20% más por encima de la inflación” resaltó.



“Venimos trabajando fuerte dentro del SMU con unidad pero dentro de la diversidad. Generamos una pauta similar a la pública que implica disminuir la cantidad de pacientes que se atienden por hora; para las especialidades médicas a partir del 2013 son cuatro por hora, eso genera mas tiempo para ver al paciente y mejora la calidad de asistencia” explicó.

“Para la parte quirúrgica si se aumenta la cantidad de policlínica se aumenta la cantidad de horas de block, este convenio también prevé el pago por formación. El sistema tiene que poner dinero para eso” indicó. “Lo más importante es que para el 2014 todos los médicos del Uruguay van a tener un sistema único de trabajo, donde el médico que trabaja en el interior va a ganar lo mismo que el de Montevideo, por lo cual vamos a incorporar la administración de los recursos humanos”.

Hay especialidades como psiquiatría y neuropediatria que tendrán tres pacientes por hora, y durante las primeras consultas se reservarán dos números al final, para aumentar el tiempo de consulta.

“Lo que estamos dando son instrumentos a las instituciones para que puedan reformularse y mejorar la calidad de asistencia. Estamos sentando las bases para el cambio de modelo médico. Es un gran avance, pero el médico y el paciente están dentro de un sistema de salud que debe mejorar, para que todo esto que se está haciendo en lo público y en lo privado, el sistema no se encargue de hacerlo

pelota” afirmó Frascini. “Por ejemplo necesitamos mecanismos que evalúen la calidad de asistencia e indicadores, así como mejorar el control de la Junasa” agregó.

“Está todo muy lindo pero si tenés un sistema que destruye lo que hicimos, tampoco sirve, entonces lo que hay que planificar es ponerle el nombre a las cosas que están mal. Lo que tenemos hoy

en día es un Ministro que habla muy bien de la parte de financiación y técnica del sistema pero no traslada eso a la discusión global del sistema para que funcione” afirmó.

“El sistema sigue funcionando mal, tenemos un sistema público que compite deslealmente con el privado y la calidad no es la mejor, hay cosas que no están claras” afirmó el vicepresidente del SMU.

## Dr. Martín Rebella

### La participación de las Sociedades Científicas fue fundamental

El secretario del SMU, doctor Martín Rebella indicó que una de las cosas más destacables en este período de acuerdos en el sector público y en el privado más allá de lo que se logró en lo salarial y condiciones de trabajo, fue la participación de las sociedades científicas que dentro de su especificidad aportaron sus características para “aterrizar” los convenios en la realidad.

“Esto se inició cuando el Sindicato creó un grupo de trabajo con una pata política y una pata técnica, ahí se empezó a trabajar y a elaborar en vista de la negociación del sector público y el privado” explicó Rebella. “Lo primero que hicimos fue un documento general donde se pone el acento en el cambio de las condiciones de trabajo médico, porque estamos convencidos de que es necesario un cambio en las condiciones de trabajo que permita una mejora y un cambio en el ejercicio profesional mejorando la calidad del sistema” agregó.

“Que la reforma llegue al consultorio, que se traduzca en la mejora de la calidad de asistencia” puntualizó.

“Se creó un documento general donde se ponen arriba de la mesa una serie de aspectos que son: la tendencia a la concentración laboral, la racionalización de los pacientes que asistimos por hora en los distintos lugares de asistencia, tanto internación como en la policlínica y la formación en el desarrollo profesional continuo. Entender que el proceso asistencial no es lo mismo que en los años 60 y por lo tanto los cargos médicos tienen que contemplar los tiempos para la discusión”.

“Todo esta situación que lleva muchos años hace que la calidad de vida de los médicos sea muy mala con un grado de insatisfacción muy alto, por eso es necesario que los salarios sean acordes y la estabilidad laboral permita la concentración del trabajo” agregó.

Rebella hizo hincapié en otro logro: la educación médica continua, el tiempo dedicado a la formación remunerada. “Le llamamos horas no directamente asistenciales pero que están vinculados al proceso asistencial. Tiene que haber un momento en que me pueda sentar con un especialista X a conversar sobre la patología del paciente. Hoy se da, en el mejor de los casos, porque uno lo llama o él te llama y discutimos telefónicamente. Esto no puede quedar librado al voluntarismo, la medicina ha cambiado sustancialmente” afirmó.

“El segundo aspecto interesante de esta negociación es que lo hicimos con las sociedades científicas, porque la reforma del mercado de



trabajo tiene especificidades en cada disciplina y por eso convocamos a las sociedades a participar de este proceso” informó Rebella. “Por primera vez desde que estoy en el SMU las sociedades fueron parte viva del proceso y apostaron desde la especificidad. Todo lo que se resolvió desde el SMU fue con la participación de las sociedades científicas, tanto para la negociación pública como para la privada” agregó.

Para el dirigente los aspectos sustanciales a partir de ahora es que la reforma del trabajo médico debe instaurarse en todo el país. “Tiene que haber un laudo único nacional pero no en el discurso sino en los hechos, la forma de asistir al paciente no debe tener diferencias entre el sector público y el privado.

La forma de asistencia en este país era una salud pública pobre para pobres, sin embargo hoy en día dejó de ser pobre en la cantidad de ingresos que recibe ASSE, similar a la que recibe una mutualista por usuario, pero la calidad de la asistencia sigue siendo mala. Lo que decimos es que se tiene que ir hacia una organización única del sistema del trabajo público y privado, en Montevideo y el interior. Esto no quiere decir igual para todos, porque no es lo mismo un departamento de cirugía en una institución de 200.000 usuarios que en una de 20.000, tampoco es lo mismo resolver un problema de salud en Salto, en Artigas, o en Montevideo” precisó.

“Lo central es tender progresivamente a un laudo único nacional y que se efectivicen todas estas mejoras en las condiciones de trabajo médico y la reestructura del proceso de la calidad del trabajo. Así fue que llegamos en el sector público a una firma de un preacuerdo que habilita a alcanzar un acuerdo definitivo donde muchas de estas cosas están contempladas” aclaró.

“En el sector privado un punto es la pauta de incremento salarial, pensamos que es muy bueno, retroactivo a julio, que ronda un 20% de incremento salarial en el quinquenio, de hecho en el primer año

ya nos quedamos abajo de las proyecciones porque el indicador macro fue mayor del esperado” explicó Rebella.

“El segundo aspecto es el acento en las condiciones de trabajo, primero sabiendo que va a haber un período de transición, donde se va a respetar a quienes hoy están trabajando. Con ese escenario es que empezamos la negociación en el sector privado y la evaluación de los logros es muy satisfactorio, porque en el acuerdo firmado con el sector privado y con ASSE lo histórico que tiene, es el establecimiento de las bases para la reforma del mercado de trabajo” aclaró el secretario.

El SMU logró la racionalización de los números de pacientes que se ven por hora, “al 2013 progresivamente pasamos en todas las especialidades médicas a no ver más de 4 pacientes por hora, y en algunas especialidades se pasa a tres. A su vez se considera un tiempo mayor para la primera vez, y eso va a correr para todos los cargos médicos y policlínicas”.

Esto tiene un alcance nacional, el 15 de diciembre es el plazo para tener acordado el nuevo esquema de trabajo y remuneración de medicina general, pediatría, medicina familiar y ginecología. Esos cargos van a estar disponible a partir del 2011 con carácter nacional” aseguró Rebella.

Para el 2011 se diseñará con carácter nacional el nuevo esquema de condiciones de trabajo y remuneraciones para medicina interna e intensiva, y para el año siguiente para el resto de las especialidades. “Esto quiere decir que al 2013 vamos a haber discutido y trabajado plazos concretos para acordar con las empresas la reforma del mercado de trabajo y el diseño de los cargos médicos acorde para todas

las especialidades. Si no se cumple las partes pueden denunciar el convenio y este cae” indicó.

Un tercer aspecto es que para las especialidades de policlínica ya se establecen las cargas horarias progresivas y al 2014 pasa a ser obligatorio para todo el país, todos los cargos nuevos van a tender al aumento de la carga horaria de 88 horas mensuales.

“En resumen estos son los aspectos más importantes, vamos hacia el 2013 con una reforma del mercado de trabajo que va a tener una transición, no va a ser de un día para el otro, tendrá alcance nacional y respeta los derechos de los médicos que están trabajando y quieren seguir trabajando en el mismo régimen” aclaró el dirigente.

“Otro tema también importante es el subsidio por enfermedad. Logramos algo más, y es que el instrumento que va a manejar los subsidios por enfermedad serán las actuales Cajas de Auxilio, y cuando no existan se crearán. Los médicos van a seguir teniendo el 100% del subsidio por enfermedad, y pasa a ser obligatorio para todos” indicó.

“¿Por qué lo dijimos en el Consejo de Salarios?, porque llegado el caso, si al final de la transición hay que poner algo de dinero logramos que se vuelque un punto del salario del médico y un punto de las empresas al subsidio por enfermedad” precisó Rebella.

“Este proceso no termina acá, los médicos partimos de condiciones muy adversas, partimos de una esperanza de vida menor que el resto de la población, con las mayores tasas de suicidios entre los profesionales, una tasa de migración importante. Hay un montón de cosas por hacer y estudiar, pero tenemos una valoración positiva” afirmó.





Neblic<sup>®</sup>

Nebivolol

El  $\beta$ -Bloqueante de tercera generación

PRESENTACIONES:

Estuches conteniendo 20 y 30 comprimidos de Nebivolol 5 mg.





## Ec. Luis Lazarov

### Un acuerdo con una visión estratégica

*El economista Luis Lazarov, asesor del SMU explicó que el proceso de negociación en el sector privado está íntimamente ligado al acuerdo con ASSE, sobre todo en vista de la mejora del trabajo médico, una larga aspiración del sindicato, y que ambos tienen características históricas. En el sector privado los cambios y las mejoras son sustanciales con un aumento salarial superior a lo esperado.*

“El primer punto del enfoque es que el SMU planteó una visión estratégica con respecto al mercado de trabajo con un conjunto de aspectos que caracterizaban ese cambio de modelo y con una visión y orientación que sin duda tiene sus dificultades, ya que son modelos que se arrastran desde hace mucho tiempo atrás y que tienen sus aspectos positivos, pero también tienen de los otros: multiempleo y baja concentración horaria”, indicó el economista.

“Al día de hoy uno puede decir que son pasos muy importantes e históricos en la medida en que se empiecen a implementar y que los compromisos establecidos empiecen a caminar”, agregó Lazarov.

El otro punto destacado es el llamado “Plan B” sobre la cobertura del seguro por enfermedad ante la eventualidad que se ponga en práctica a partir el año que viene el artículo 69 de la ley 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

“Hay un común denominador entre los sectores públicos y privados, una visión estratégica, la participación de las sociedades científicas en cuanto a su especificidad, con remuneraciones acordes en un proceso de cambio que es transicional”, afirmó. “No tiene una orientación que surgió al azar, sino una concepción cuya raíz está en las propuestas que el SMU viene haciendo desde hace muchos años y se articula con la reforma de la salud” agregó el profesional.

“Se podría dividir el Consejo de Salarios en tres grandes capítulos, uno relacionado a lo que tradicionalmente es el acuerdo de ajustes salariales, a las que se denominan pautas de los convenios que tienen que ver con la forma, la oportunidad en que se realizan esos ajustes y cuáles son sus componentes”, explicó.

“Un segundo capítulo está vinculado a los cambios en las relaciones laborales y en el trabajo médico, que también tiene unos componentes salariales pero que hacen más que nada a la configuración de lo que va a ser el mercado de trabajo; y un tercer capítulo que es el Plan B del subsidio por enfermedad” precisó Lazarov.

El economista explicó que el convenio es a cinco años. “No hay en la historia reciente de las últimas décadas antecedentes de plazos tan largos en el área de la salud. Implica un desafío y tomar riesgos, pero le da estabilidad al sector y al país, pero igualmente es un horizonte muy largo de tiempo” aclaró.

El factor crucial para la aceptación de un convenio a cinco años en esta etapa fue que junto a ese acuerdo hay un capítulo de cambio del trabajo médico. “Se crea una comisión para ir tomando un diseño más específico, en la medida que no se llegue a un acuerdo y el Consejo de Salarios no lo logre resolver en determinados plazos,



el convenio cae. No en su totalidad porque aquello que ya se haya acordado en el acuerdo permanece” aclaró.

El convenio tiene ajustes anuales con componentes importantes. En primer lugar se ajusta por inflación, con criterios que se venían utilizando en convenios anteriores, por inflación esperada. Cuando se llega al final de ese año y se vuelve a hacer el ajuste se corrige respecto al año anterior según lo que realmente pasó y se realiza la proyección para el siguiente año, y así durante los siguientes cinco años. “Además hay una cláusula gatillo ante la eventualidad de índices muy alto de inflación, que, si se excede el 13%, se corrige. Es una previsión frente a la eventualidad de un pico de inflación” indica el economista.

“El segundo componente importante es el crecimiento del salario. Allí tenemos en primer lugar una pérdida muy importante de salario en el período de la presidencia de Jorge Batlle, faltando por recuperar alrededor de un 11.6% de salario real” explicó Lazarov.

Durante la negociación, el Poder Ejecutivo planteó, como pauta de ajuste salarial, que para definir cuánto crece el salario real por encima de la inflación se definiera de acuerdo a cómo le va al país. Son dos indicadores, uno macro, definido por la marcha de toda la economía, y uno micro, que se refiere al sector salud. Combinando esos dos indicadores se determina cuál va a ser el aumento de salario real en cada uno de los ajustes.

“En caso de crisis se estableció que nadie puede quedar con un salario menor que en el punto de partida. Nosotros hicimos un planteo algo diferente y le dijimos que el piso para los cinco años sea un crecimiento del 11.6% que era lo que habíamos perdido en el quinquenio anterior. El convenio dice que el Ejecutivo se compromete a que en cada uno de los ajustes haya un crecimiento del salario real tal, que, cuando acumulemos todo, pasando al final de los cinco años se haya recuperado 9.4%”, indicó.

Por otra parte explicó que hay un compromiso de las empresas ante la eventualidad de que no se cumpla alguna proyección que está planteada en el acuerdo, las mutualistas darían hasta un aumento real del 1% en cada uno de los últimos dos ajustes: 2013 y 2014.

“Le planteamos al Poder Ejecutivo que queríamos que tuviera más peso el indicador país que el sectorial. Lo que hicimos fue negociar

ese proceso. Esos indicadores están contruidos sobre dos realidades distintas: el indicador país se hace sobre la base de expectativas. Algo parecido se va a hacer con el sector salud pero sobre valores históricos, y después hay que ajustarlo. Si uno proyecta ese

crecimiento para los cinco años se podría decir que promedia en un 3,5% de crecimiento. Esto lo voy a tener que corregir el año que viene porque es una proyección, pero la expectativa es que no caiga porque viene creciendo”, precisó el especialista.

## Esc. Julio Lorente

### Consejo de salarios y condiciones de trabajo médico

#### Introducción

Como periódicamente ocurre, al vencer el 30 de junio pasado el convenio existente que regulaba los ajustes de salarios para los médicos en el sector privado, fue convocada una nueva ronda de Consejos de Salarios, para fijar los ajustes futuros.

El Consejo de Salarios es un órgano tripartito para cada rama de actividad creado por ley, que está integrado por tres representantes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en nombre del Poder Ejecutivo, dos representantes de las empresas y dos representantes de los trabajadores. Así, cada rama de actividad en el ámbito privado, tiene un Consejo de Salarios. En la salud dicho Consejo está integrado además de los tres representantes del Ministerio de Trabajo, por una representación del Ministerio de Salud Pública, por la especificidad de los temas que en él se consideran y que están vinculados a su competencia. Eventualmente participa el Ministerio de Economía y Finanzas por su participación en la regulación de precios que existe para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). En nombre de las empresas participa un representante de Montevideo que pertenece a UMU y otro representante de las instituciones de FEMI, normalmente asisten acompañados de un representante del Plenario de IAMC. Por el sector trabajador lo integran un representante de FUS por los trabajadores no médicos y un representante del SMU por los médicos, actuando como alterno el representante de FEMI Gremial.

El Consejo de Salarios se reúne en forma regular cada vez que vence un convenio de ajustes salariales, para considerar uno nuevo en el que se establecen los aumentos para el futuro por un plazo determinado por las partes, así como los criterios con los que se realizarán los mismos y su frecuencia. También constituye materia de los Consejos determinar los salarios mínimos por categoría y condiciones de trabajo, en el que interactúan los representantes sociales con los del Poder Ejecutivo. El acuerdo que se alcanza es obligatorio para toda la rama de actividad comprendida en el Grupo, en este caso toda la actividad vinculada a la salud de seres humanos en el sector privado.

En materia de ajustes de salarios así como lo vinculado al subsidio por enfermedad, es tratado en otro artículo de este mismo número de la Revista NOTICIAS, por lo cual consideraremos aquí exclusivamente los resultados alcanzados en el reciente Consejo de Salarios en lo referente a las condiciones de trabajo de los médicos.

Las condiciones de trabajo que rigen a los médicos hasta ahora, provienen en su mayoría de una regulación fijada en un Consejo de



Salarios hace más de cuarenta años. El SMU se propuso modificar esta situación y adecuar a la nueva realidad el trabajo médico, desde hace varios años. En los distintos acuerdos firmados se estableció la constitución de comisiones con este fin, no existiendo luego voluntad política por parte de los representantes de las empresas para hacer efectivo este propósito en los hechos, más allá de lo declarativo.

#### Preparación de la reciente ronda del Consejo de Salarios

Estos antecedentes llevaron al SMU a preparar con anticipación suficiente, una propuesta sobre el tema. Se constituyó una “Comisión de Trabajo Médico” que en forma sostenida fue elaborando las bases para su análisis en una forma más amplia. Las bases fundamentales apuntaban a la reducción del multiempleo en forma gradual, a partir de cargos de alta dedicación horaria, multi funcionales y con una retribución acorde, orientado hacia la aprobación de un laudo médico único nacional, lo cual se elaboraba en forma paralela, tanto para el sector público como para el privado.

A partir de ese primer esquema general, se convocó a las Sociedades Científicas que corresponden a las distintas especialidades, para transmitirles la intención del SMU de modificar en forma sustancial las condiciones de trabajo médico, lo cual era compartido por todas las especialidades que concurrieron en alto número a todas las convocatorias que se fueron haciendo en forma regular. A partir de un documento base que fue analizado y entregado a cada Sociedad, cada una de ellas hizo sus aportes, procediéndose a un nuevo diseño del documento que fue presentado al Consejo de Salarios como propuesta de negociación por parte del SMU. Algunas especialidades presentaron documentos muy detallados con determinación de cargos de horarios amplios, descripción de funciones y sus aspiraciones económicas en el marco de esta nueva forma de trabajo. Merece una mención especial la participación activa de las Sociedades Científicas, generando un espacio propio, participativo y con ricos aportes,

el que se manifestó, tendrá una forma reconocida en los Estatutos del SMU como un ámbito de toma de decisiones.

### **Convocatoria del Consejo de Salarios y los actores**

En esta situación el Poder Ejecutivo el 14 de junio último convocó al Consejo de Salario de la Salud, exponiendo los lineamientos presentados con carácter general a todas las ramas de actividad y que referían exclusivamente a los criterios para determinar los ajustes de salarios. El SMU manifestó su decisión de estar dispuesto a firmar un acuerdo a largo plazo si en él se incluía además de los ajustes de salarios periódicos una modificación sustancial de la forma en que los médicos prestan sus servicios en las instituciones y presentó el documento elaborado y acordado con las distintas sociedades científicas, expresando su condicionamiento de la firma a la inclusión de este aspecto.

Por su parte, el Ministro de Salud Pública había hecho saber a las autoridades del SMU su disposición de impulsar modificaciones en la forma de relación laboral de los médicos modificando las actuales y en un mismo sentido de las propuestas que formulaba el SMU. Las Sociedades Anestésico Quirúrgicas (SAQ) suscribieron el documento presentado por el SMU y realizaron una serie de reclamos específicos que fueron agregados al mismo y presentado al Consejo de Salarios. Mientras tanto las empresas, sin formular ningún tipo de propuestas o aportes, se limitaban a expresar que estaban dispuestas a realizar los cambios si estos se encontraban financiados totalmente con un traslado a cuotas.

### **Creación de Grupo de Trabajo con el MSP**

Para estudiar específicamente el trabajo médico se creó, formando parte del Consejo de Salarios pero con una participación preponderante de la delegación del MSP, un Grupo de Trabajo con la participación de las gremiales médicas, las empresas y el Poder Ejecutivo. En él, la delegación del MSP presentó un documento con su punto de vista sobre el tema, a su vez distintas delegaciones de Sociedades Científicas participaron de dichas reuniones presentando las propuestas elaboradas conjuntamente con el SMU. Durante toda la etapa de este trabajo la delegación empresarial, solicitó tiempo para estudiar las propuestas, no realizó ningún aporte y reiteró en forma permanente que era necesaria la decisión del Poder Ejecutivo autorizando el traslado a precios de los costos que generaban las nuevas condiciones de trabajo.

Finalmente, tras un prolongado trabajo se constituyó un grupo técnico, con el fin de buscar una primera redacción del documento sobre el tema para ser sometido a la aprobación del Consejo de Salarios. En este grupo hubo avances y retrocesos, intensas negociaciones con los distintos actores políticos de cada una de las partes, en las que se discutía desde integración de comisiones, forma de votación en ellas, plazos para la incorporación gradual de los cambios, especialidades comprendidas, garantías en caso de incumplimiento, etc.

### **La firma del acuerdo en el Consejo de Salarios**

Finalmente el 3 de noviembre de 2010 se firmó el documento que, a pesar de su complejidad, trataremos de resumir en sus aspectos más destacados exclusivamente en cuanto refiere a condiciones de trabajo médico, en el marco de un convenio de cinco años (2010 – 2015):

### **Objetivos generales**

La parte operativa del acuerdo, esta precedida de una serie de lineamientos generales que describen los objetivos que pretenden alcanzarse a lo largo de la vigencia del convenio y a los que deben ajustarse necesariamente los cambios a introducir. Entre ellos se transcriben a continuación los que comprenden a todas las funciones médicas que deberán incorporar una “ampliación o adecuación de la carga horaria con el objetivo de mejorar la calidad asistencial concentrando el empleo”, y un “redimensionamiento de la actividad, incorporando en la carga horaria actividades que exceden la atención directa al paciente” como la realización de ateneos, desarrollo profesional médico continuo (DPMC), inter consultas, etc. como parte de la jornada de labor y en forma remunerada.

### **Comisión tripartita**

A los efectos de acordar e incorporar los cambios se creó una Comisión tripartita en la cual “la representación médica estará integrada por el SMU como titular y secretariado gremial de FEMI como alterno”, debiendo cuando se traten temas vinculados a una especialidad, convocar a un representante de la misma y tratándose de una especialidad anestésico quirúrgica a la Mesa de la SAQ (MSAQ). Dicha Comisión deberá resolver por consenso de médicos y empresas de lo que debe dar cuenta al Consejo de Salarios, de no existir consenso podrá elevar dos informes para la decisión del Consejo.

### **Cometidos de la Comisión**

1. Diseñar antes del 15 de diciembre de 2010 con carácter nacional, los cambios de condiciones de trabajo y remuneraciones en los cargos de Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, Geriátrica y Ginecología (en este último caso, en la actividad ambulatoria de policlínica y la atención domiciliaria en programas específicos previamente acordados. El 1º de enero de 2011 las instituciones podrán tener a disposición estos nuevos cargos.
2. Al 30 de junio de 2011 con carácter nacional, debe hacer lo propio con los cargos de Medicina Interna, Medicina Intensiva de Adultos y Pediátrica. A partir del 1º de julio de 2011 las instituciones podrán tener a disposición estos nuevos cargos.
3. El resto de las especialidades no mencionadas deberán estar acordadas antes del 30 de junio de 2012.
4. Respecto a las especialidades Anestésico Quirúrgicas deberá proponer antes del 30 de junio de 2011, la actualización de la categorización para los actos quirúrgicos, contemplando expresamente su “clasificación y pago de las urgencias, la incorporación de los actos endoscópicos así como la posibilidad de creación de nuevas categorías o modificación de las existentes”.

El incumplimiento de algunas de las condiciones establecidas o el no acuerdo entre médicos y empresas en los plazos que se fijan para la Comisión o Consejo de Salarios, habilita la denuncia del mismo.

### **Período de transición**

La transición en los cargos tendrá un cronograma que se extiende desde el 1º de julio de 2011 al 30 de junio de 2014 según el siguiente detalle:

Los cargos de Policlínica de Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, Geriátrica y Ginecología que se creen en dicho período extenderán su carga horaria a 44 horas mensuales. Al año siguiente, los médicos comprendidos en esa situación extenderán su carga horaria a 88 horas mensuales.

La nueva forma de contratación comenzará a regir con carácter nacional, a partir del 1° de julio de 2014.

### **Número máximo de pacientes por hora en Policlínica**

Respecto a este punto se estableció:

1. A partir del 1° de marzo de 2011 el número máximo de atención de pacientes será de cinco pacientes por hora, para Medicina General, Medicina Familiar, Ginecología, Pediatría y Geriátrica. Las empresas pueden establecer un cronograma de implementación hasta el 30 de agosto de 2011.
2. El resto de las especialidades tendrán un máximo de cinco pacientes por hora desde el 1° de setiembre de 2011, plazo que podrá ser extendido hasta el 30 de junio de 2012.
3. A partir del 1° de julio de 2013 el número máximo de atención de pacientes será de cuatro por hora, para todas las especialidades, exceptuando de este último las Anestésico Quirúrgicas, con excepción de Ginecología. Dicho plazo se podrá extender hasta el 31 de diciembre de 2013.
4. Desde el 1° de julio de 2013 los pacientes por hora serán tres para Psiquiatría, Psiquiatría Infantil, Neurología, Neuropediatría, Fisiología y Geriátrica.

5. En la primera a consulta, se extenderá el tiempo de consulta a dos turnos de los que correspondan según la especialidad a partir del 1° de abril de 2011.

6. A los efectos del pago del complemento variable, se establecerán franjas proporcionales a las actuales para la labor de policlínica.

### **El futuro inmediato**

Después de cinco meses de prolongadas y difíciles negociaciones que intentamos reseñar, se alcanzó el Acuerdo, que estuvo jalonado de coincidencias y desencuentros, logros y concesiones, pero esto no es el final sino sólo el comienzo de una nueva etapa.

Se alcanzó el diseño de los objetivos que el SMU se había propuesto desde el principio. Ahora la Comisión dispone de plazos exigüos para concretarlo. El SMU tiene las propuestas acordadas con las distintas especialidades para presentar e instrumentar. Las empresas deberán confirmar en los hechos lo que tantas veces han dicho respecto a la necesidad de modificar el trabajo médico y el Poder Ejecutivo a impulsarlo con medidas en este sentido.

El esfuerzo llama a todos a participar en lo próximos meses de las actividades necesarias para lograr el objetivo final que se propuso el SMU en beneficio de la atención y salud de la población y de las condiciones en que los médicos desarrollan su actividad profesional. De la voluntad y decisión de todos los médicos para impulsar los cambios, depende el éxito para alcanzarlo.

TU BIENESTAR ES EL MOTIVO QUE NOS UNE



Caja de Jubilaciones y Pensiones  
de Profesionales Universitarios

Andes 1521  
TELÉFONO: 2902 8941  
[www.cjpu.org.uy](http://www.cjpu.org.uy)