

**LOS GREMIOS MÉDICOS
PRETENDEN EN ESTA RONDA DE NEGOCIACIÓN DEL
CONSEJO DE SALARIOS DEL
AÑO 2010:**

1. La presente propuesta al Consejo de Salarios se realiza sobre el supuesto que constituye un todo orgánico, donde sus distintos puntos mantienen un equilibrio interno. Por lo tanto, la revisión, supresión o modificación de alguno de ellos por parte de los otros actores en su natural derecho, supondrá que el Sindicato Médico podrá revisar su posición sobre los demás que se presentan a continuación.-
2. ASPECTOS DE AJUSTE SALARIAL
 - **Plazo:** acuerdo de largo plazo, de 3 o 5 años.
 - **Periodicidad de los ajustes:** anuales.
 - **Componentes de los ajustes:**
 - a. **Inflación.** Ajuste según el porcentaje de inflación esperada de acuerdo al promedio entre la meta mínima y máxima de inflación (centro de la banda) del Banco Central del Uruguay (BCU) para el período considerado, vigente al momento del ajuste.
 - a.1. **Correctivo.** Las eventuales diferencias entre la inflación esperada y la efectivamente registrada en cada año se corregirán en el ajuste siguiente; para calcular la inflación efectiva se considera el dato correspondiente que publica el Instituto Nacional de Estadística (INE).
 - a.2. **Cláusula gatillo.** Cuando la inflación real registrada en el curso de un año cualquiera de vigencia del convenio supere la inflación esperada en un 30% del

techo de la banda definida por el BCU (utilizada para establecer la inflación esperada), en el mes inmediato siguiente los salarios se corregirán en la diferencia porcentual registrada. A partir de ese momento, y por el plazo que reste para finalizar el convenio, el componente inflacionario pasará a ajustarse semestralmente, siguiendo el mismo mecanismo de determinación de la inflación esperada (cálculo para el semestre), pasándose a correctivos semestrales.

b. Recuperación del salario real. Se trata de recuperar la totalidad del salario real perdido en el período de Gobierno de Batlle. Dado que no se ha completado el proceso de recuperación, se plantea un incremento de **11,69%** durante el período de vigencia del convenio.

c. Incremento del salario real. Se acepta el concepto de productividad media de la economía y de productividad sectorial como referencias para la determinación del incremento del salario real, pero modificando los indicadores y la ponderación propuesta por el Poder Ejecutivo (PE).

c.1. **Componente macro.** En lugar del indicador propuesto por el PE que surge de la Encuesta de Expectativas Económicas, por la cual se relevan estimaciones de diversas instituciones y profesionales independientes, se propone utilizar la proyección realizada por el PE a los efectos de delinear el “*Escenario macroeconómico para la elaboración presupuestal 2010-2015¹*”. Se definiría la productividad macro para cada ajuste anual a partir de los valores anuales proyectados.

Ponderador para este indicador: **90%**, en lugar del 50% sugerido por el PE. El fundamento del cambio se desarrolla en el punto c.2 (componente sectorial).

¹ Tomado de la página WEB del MEF, de la presentación denominada *noticia_20100511_mef.pdf*

Correctivo: En el último de los ajustes del período de vigencia del convenio, se calcula el acumulado de los porcentajes de aumento de salarios otorgados por concepto de “*componente macro*” en el período de vigencia del convenio finalizado y el acumulado del “*componente macro*” efectivamente producido en el mismo período. Si el último supera al primero, se otorgará un aumento de salarios por la diferencia porcentual; en caso contrario, no opera el correctivo.

c.2. **Componente sectorial.** Se propone utilizar indicadores referidos al PBI y al empleo del sector salud, publicados por entidades independientes con relación al regulador y demás actores involucrados (por ejemplo, BCU, INE), que no representan expectativas de agentes sino datos históricos en base a los cuales estructurar la proyección. Debe afinarse los plazos de recopilación y publicación de los datos requeridos por parte de las entidades respectivas.

Ponderador para este indicador: **10%**, en lugar del 50% sugerido por el PE. El menor peso relativo se fundamenta en que el ajuste del salario a través de indicadores de productividad propuesto por el PE introduce una innovación con relación al pasado. Para su adecuada implementación, se entiende que resulta necesario un proceso de aprendizaje y confianza de los agentes involucrados, lo que se alcanzaría a partir de un lapso de implementación que permitiera evaluar adecuadamente su comportamiento.

Correctivo: En el último de los ajustes del período de vigencia del convenio, se calcula el acumulado de los porcentajes de aumento de salarios otorgados por concepto de “*componente sectorial*” en el período de vigencia del convenio finalizado y el acumulado del “*componente sectorial*” efectivamente producido en el mismo período. Si el último supera al primero, se otorgará un aumento de salarios por la diferencia porcentual; en caso contrario, no opera el correctivo.

3. Sobre la base de un CONVENIO como el detallado precedentemente, el Sindicato Médico del Uruguay, pone un fuerte acento en las condiciones en que el médico desarrolla su actividad profesional en la esfera laboral, impulsando estrategias de cambio orientadas a agregar valor al proceso asistencial, mejorar la calidad de vida de la población, y racionalizar la labor médica durante su “ciclo vital” en aras del bienestar general.

4. A tal efecto proponemos alcanzar los siguientes objetivos:
 - a. Diseñar propuestas de cambio que contemplen **una imagen objetivo y un proceso de transición**, por especialidades, niveles de atención y modalidades de trabajo, con diferentes alternativas, para que las instituciones, en acuerdo con sus cuerpos médicos, puedan seleccionar las que resulten funcionales a su tamaño, naturaleza, gestión asistencial y capacidad para alcanzar los necesarios equilibrios institucionales y laborales.
 - b. Articular propuestas que contemplen las fases de **ingreso al mercado de trabajo**, el **desarrollo profesional** en actividad, y el **retiro médico**, orientando las acciones hacia un modelo racional de bienestar del médico.
 - c. Propender a la **concentración del trabajo médico** en un proceso de eliminación del multiempleo a partir de una necesaria integración al nuevo régimen para quienes ingresan al modelo y de forma progresiva, voluntaria, incentivada y con aplicación de garantías que resulten

factibles en el marco de cada diseño, para quienes se encuentran en actividad.

d. Impulsar un proceso de convergencia hacia la **unificación de los sistemas de retribución médica**, las diferentes modalidades de atención y condiciones laborales en las distintas áreas de actividad reconociendo especificidades

e. Implementar el **cambio del modelo de trabajo médico** ajustado a la agenda, los planes y el cronograma de ejecución del proceso de transición, tomando el próximo período de Gobierno como horizonte de concreción de la imagen objetivo planteado.

5. A los efectos de alcanzar los objetivos referidos realizamos las siguientes propuestas para ser discutidas en la próxima ronda del Consejo de Salarios:

- **Concentración del trabajo médico y contenido laboral**. Sobre el punto proponemos lograr un esquema laboral con cargos de alta dedicación y jornadas que incluyan actividad asistencial de distinta naturaleza, en presencia y en ausencia del paciente (contacto directo, interconsulta con otras especialidades, formación médica permanente, ateneos, etc.)

- **Proceso de transición** Para alcanzar dicho objetivo proponemos un lapso en el cual los cargos de alta dedicación coexistan con los actuales con sus respectivas cargas horarias. Los primeros serán en todos los casos los cargos de ingreso y los segundos los cargos médicos vigentes al momento de comenzar el nuevo sistema. A estos últimos se le

respetarán las actuales situaciones y condiciones laborales o podrán pasar al nuevo sistema laboral a diseñarse en forma voluntaria en cuyo caso tendrán el estímulo económico resultante del nuevo régimen.

- **Compensación por alta dedicación.** Se deben definir coeficientes a aplicar al valor hora del cargo que corresponda con la finalidad de incentivar la concentración del trabajo médico, tendiendo a desalentar el multiempleo.

- **Ejecución e implementación del proceso de cambio:** El proceso transición debe tener un horizonte de cinco años, completando la imagen objetivo del nuevo modelo en ese período, signado por la negociación y en el respeto a los derechos adquiridos de aquellos cargos médicos existentes al momento de implementarse el cambio.

- **Número de actos por hora de trabajo** como referencia para distintas actividades. A modo de ejemplo, en la actividad de policlínica se debe reducir la actual carga de pacientes - hora contemplando situaciones especiales como primera consulta, algunas especialidades por su naturaleza, etc.

- Fijar el **número de cargos** médicos, asociado a la población cubierta.

- **Relación laboral,** los cargos médicos deberán establecerse en relación de dependencia y deberá titularizarse a los profesionales cuando su condición de suplentes no se condice con la realidad.

- **Carrera funcional** Se deberán establecer mecanismos para determinar los ingresos y ascensos a las instituciones. El mecanismo que se propone priorizar como forma de acceso a los cargos de ingreso al mercado de trabajo médico de futuro es por la vía de las residencias

médicas, tendiendo a la universalización del método hasta donde resulta factible extenderlo.

- **Departamentalización** En aquellas instituciones que lo justifique, mediante criterios a acordar, se deberán generar departamentos con los grados correspondientes en cada caso.

- **Especialidades Médicas** La presente propuesta tiene un carácter de plataforma global y general, a la que será incorporada las demandas de las distintas Sociedades Científicas, cuando sean analizadas en cada caso en particular.

- **Unificación de esquemas remunerativos**. El Sindicato Médico del Uruguay pretende alcanzar la unificación progresiva de los sistemas y niveles de retribución y las condiciones de trabajo en las diferentes esferas de la actividad médica, en cumplimiento de funciones directamente asistenciales y las docentes en el ámbito asistencial.

REIVINDACIONES A INCORPORAR AL LAUDO

1- ACTUALIZACION CLASIFICACION DE ACTOS SAQ.

Actualmente y salvo convenios bipartitos con algunas IAMC, las categorizaciones de intervenciones quirúrgicas vigente es la establecida en el laudo de 1966, por lo que se encuentra totalmente desactualizada.

Este último punto ha llevado a varias controversias en diversas Instituciones, en donde muchas intervenciones inexistentes hace casi 50 años son categorizadas a antojo de la empleadora ante el vacío normativo.

Se considera imprescindible la aprobación de una actualización de la misma en base a los trabajos realizados en el Sector Público, lo que además es funcional al objetivo de fondo de unificar las remuneraciones entre el sector Público y Privado.

Sobre este punto en la pasada Ronda del Consejo de Salarios se hizo un tímido intento de reforma, mediante la creación de una Comisión de Recategorización que jamás se reunió en forma efectiva.

2- ELIMINACION DE LA DIFERENCIA SALARIAL ENTRE UMU Y PLENARIO.

En el año 1995 y dada la crisis económica de las instituciones del PLENARIO, se generó una diferencia del 10% en la actualización entre las remuneraciones pagadas en las Instituciones de la UMU y del PLENARIO, la misma se ha trasladado al Laudo del actual Consejo de Salarios, al punto de que la planilla del laudo SAQ mantiene dos columnas de actualización diferentes.

Se entiende que dada la inexistencia de fundamentos vigentes para justificar dicha diferencia se hace necesaria la eliminación de la misma.

3- ACTOS QUIRURGICOS REALIZADOS A TERCEROS.

En los últimos tiempos se ha venido generalizando una tendencia por parte de las IAMC a tercerizar sus servicios a Seguros, Empresas y al Sector Público.

Mediante dicha modalidad se perciben aranceles por determinadas intervenciones donde se incorporan los honorarios de los profesionales anestésico quirúrgicos, generalmente asignándoles los valores del Arancel vigente en cada especialidad.

Pese a ello, las Instituciones (salvo escasas excepciones) remuneran a los profesionales en relación de dependencia de acuerdo al laudo vigente, es decir con sumas sensiblemente inferiores a las que efectivamente perciben en su nombre.

Ante esta situación se propone circunscribir la aplicación del laudo en relación de dependencia únicamente a la población afiliada a la IAMC, pasando a percibir el arancel de las Sociedades o un monto a determinar por las intervenciones realizadas en la Institución pero para pacientes no afiliadas a la misma.

4- MECANISMOS DE TRAMITACION DE LICENCIAS (Anuales y por Congreso)

Se han detectado varios problemas en Instituciones específicas a la hora de formalizar la solicitud de las Licencias por Congreso pactadas en el LAUDO.

Sucede que si bien el laudo establece el Derecho a usufructuar 10 días de licencia por Congreso al año, no establece un procedimiento con las garantías suficientes para el médico solicitante.

Dicha situación ha posibilitado que determinadas Instituciones nieguen de principio dichas licencias salvo que las mismas se soliciten acompañadas por la asignación de un profesional suplente, lo que en los hechos y en muchas especialidades es de difícil concreción.

En el mismo sentido se ha detectado el problema cuando se solicitan el goce de las licencias anuales reglamentarias, fundamentalmente en el periodo Enero – Marzo.

Ante dicha situación se propone el establecimiento de un procedimiento que otorgue garantías a ambas partes y que permita al profesional planificar adecuadamente sus vacaciones y la asistencia a los Congresos.

Entendemos que ello se puede cristalizar por la vía de establecer comunicaciones del trabajador con antelación suficiente (puede ser un mes calendario) y a partir de las cuales se determine la responsabilidad de la Institución el encontrar quien ocupara la función temporalmente vacante.

5- SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Dado el riesgo que conlleva el desempeño de la función medica y tomando en cuenta que cuando se da en relación de dependencia los frutos del trabajo son percibido por el empleador, es lógico que la responsabilidad civil del ejercicio de la función medica en dichas condiciones sea soportada por quien se beneficia de ella y debe soportar por tanto los riesgos: el empleador.

En dicho sentido entendemos pertinente que las IAMC corran a su cargo con el costo de un seguro de responsabilidad civil por cada médico que permita el desempeño de la función sin mayores erogaciones para el trabajador.

Se implementaría calculando el costo del seguro para todos el numero de médicos que se desempeñan en el Sector Privado y luego dividiendo dicho costo entre todos los cargos del sistema privado, lo que se pagaría al SAIP.

6- INCORPORACION DE LAS CATEGORIAS SUED AL LAUDO SAQ

En el año 2008 se incorporan a la SAQ los profesionales endoscopistas, como consecuencias de ello han quedado incluidas en el laudo SAQ del Sector PUBLICO, no sucediendo los mismos en el Sector Privado.

Se hace necesario establecer un sistema para dicha especialidad de forma tal que permita la remuneración a destajo y un sistema de guardias y policlínicas mínimas.

7- PAGO DE LAS CIRUGÍAS DE URGENCIA.

Deberá establecerse un mecanismo de reconocimiento de las cirugías de Urgencia, todas aquellas que:

- Se realicen notoriamente fuera del horario habitual de trabajo coordinado de sala de operaciones
- Reintervenciones que se realicen como consecuencia de una complicación posoperatoria
- Sean consecuencia de un ingreso no coordinado previamente
- Deriven de la enfermedad que motivó su ingreso, siendo una patología de resolución urgente y no coordinada.

SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY

FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR

MESA DE LAS SOCIEDADES ANESTÉSICO QUIRÚRGICAS.