

En Montevideo el 1 de octubre de 2014, reunida la CAM creada por Acta del Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012, integrada por: Eduardo Figueredo, Luis Lazarov, Gustavo Grecco y Martín Rebella en representación del SMU, Alfredo Torres por la UMU, Julio Spiess por el Plenario, Sebastián Ferrero, Daniel Baccardatz y Nuria Santana por la CIES, José Bonanata y Nicolás Cetta por MUCAM, Ariel Bango, Leonardo Godoy y Isabel González por la FEMI, Leticia Zumar por el MEF, Laura Torterolo y Fausto Lanzeloti por el MTSS y Giselle Jorcín, Gabriela Pradere y Mara Castro por el MSP, ACUERDAN elevar al Consejo de Salarios el siguiente pre acuerdo:

### **ACTA MEDICINA INTENSIVA 2014**

#### **1. ANTECEDENTES**

- 1.1. Por acta de Consejo de Salarios, de fecha 7 de abril de 2014, se define el nuevo régimen de trabajo médico para el área de cuidados intensivos e intermedios.
- 1.2. La cláusula A.3.3 define el régimen de trabajo de los Cargos de Alta Dedicación Longitudinal (CADL) y la cláusula 1.5.1 define el régimen de trabajo de los Cargos de Alta Dedicación Transversal (CADT)
- 1.3. La cláusula A.6 define los Cargos de Alta Dedicación Mixtos (CADM) para unidades de hasta 8 camas, estableciendo un régimen de trabajo de 40 a 48 horas, con una carga mínima de 20% en horario longitudinal con presencia en la institución al menos 3 días de lunes a sábado
- 1.4. La cláusula A.7 define las dotaciones médicas en el nuevo régimen de trabajo.
- 1.5. La cláusula A.9 incorpora la posibilidad de incluir la actividad de policlínica pediátrica en los CAD en cuidados intensivos pediátricos y neonatales.
- 1.6. La cláusula A.11 del acta mencionada establece que una Unidad de cuidados intensivos e intermedios entra en el cambio de modelo médico cuando implementa como mínimo todos los CADL posibles y en forma simultánea, habilitando para ésta los cambios estructurales y de remuneración acordados.
- 1.7. La cláusula B.1 establece un plazo para definir la forma de pago variable para los cargos de alta dedicación en medicina intensiva. En dicha cláusula se define que hasta tanto no se acuerde el mecanismo de pago variable, la remuneración será 100% fija, y luego de acordado el mecanismo de pago variable se aplicará a los cargos ya creados y a crearse.

#### **2. CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN MIXTOS.**

Se sustituye la cláusula A.6 del acta de Consejo de Salarios que regula Medicina Intensiva de fecha 7 de abril de 2014 que quedará redactada de la siguiente forma:

En los servicios de medicina intensiva pequeños, de hasta 8 camas habilitadas (unidades de medicina intensiva, CTI – CI), ubicados en cualquier punto del país, se suma a los objetivos de la reforma del trabajo médico el de la radicación geográfica de especialistas en las localidades que cuentan con camas de cuidados intensivos.

Para dichas unidades se acuerda la creación de los CADM que tendrán las mismas actividades y competencias que las definidas en la cláusula A.3.1 del acta del 7 de abril para los CADL. Estos tendrán una carga horaria semanal de 40 a 48 horas, con una carga mínima de 20% en horario

longitudinal que nunca será menor a 3 horas diarias, y que se cumplirá con la presencia del profesional en la institución de al menos 3 veces en la semana de lunes a sábado.

Si la actividad se realiza en más de 3 días, se deberá mantener la carga horaria mínima de 3 horas presenciales por día, cumpliendo funciones longitudinales. Las horas remanentes hasta completar la carga horaria total se realizarán en régimen de guardia, que deberá comprender fines de semana y guardias nocturnas semanales de acuerdo a las necesidades del servicio.

Para estas unidades los Médicos de Guardia y/ o CADT se superponen con el horario longitudinal de los CADM sin liberar horas de guardia.

En caso que las unidades pequeñas opten por la contratación de CADM, al incrementar su número de camas superando las 8 camas deberán contratar CADL. En caso de no poder hacerlo deberán demostrar que no cuentan con los recursos humanos suficientes.

### **3. DEFINICIÓN DE UNIDADES SEGÚN SU TAMAÑO**

Se define como unidad de medicina intensiva pequeña (CTI - CI) de adultos para acceder a los CADM, a aquellas unidades que tienen 8 camas o menos y son las únicas de adultos que existen en la institución dentro de la misma planta física. Por contraposición, se definen como unidades de medicina intensiva grandes aquellas que cuentan en la institución con 9 camas o más (CTI-CI), aún en distintos pisos, considerándose a los efectos de la reforma del mercado de trabajo la sumatoria de las mismas como un Departamento de Medicina Intensiva.

De manera análoga, se considera como unidad pequeña de medicina intensiva pediátrica para acceder a los CADM aquellas que tienen 8 camas o menos y son las únicas pediátricas que existen en la institución dentro de la misma planta física. De manera idéntica se consideran las unidades de cuidados intensivos neonatales. En el caso de las unidades polivalentes (pediátrico – neonatal) se considerarán en forma separada las camas de pediatría y neonatología para definir las dotaciones necesarias en un caso y en otro.

### **4. DOTACIONES.**

Se sustituye la cláusula A.7 del acta de Consejo de Salarios de Medicina Intensiva del 7 de abril de 2014 que quedará redactada de la siguiente forma:

Bajo el nuevo régimen de trabajo, se definen las dotaciones en la siguiente tabla:

<b>Cantidad de camas CTI – CI</b>	<b>CAD</b>
8 camas o menos (unidades pequeñas)	2 CADM 3 veces por semana o 1 CADM con al menos 3 horas diarias de lunes a sábados o 2 CADL
9 a 12 camas	2 CADL
13 a 18 camas	3 CADL
19 a 24 camas	4 CADL
25 a 30 camas	5 CADL
31 a 36 camas	6 CADL
37 a 42 camas	7 CADL

Los CADL requeridos según la tabla anterior, deben cumplir el horario de trabajo longitudinal en forma simultánea.

Para los horarios fuera de la carga longitudinal que se asigne a los Médicos de Guardia y Cargos de Alta Dedicación Transversal será la dotación médica existente actualmente según la normativa vigente.

#### **5. RÉGIMEN DE TRABAJO DE LOS CADL.**

Se sustituye la cláusula A.3.3 del acta de Consejo de Salarios de Medicina Intensiva del 7 de abril de 2014 que quedará redactada de la siguiente forma:

Cada Institución organizará el régimen de trabajo de los CADL de acuerdo a la estructura y necesidades de sus respectivas Unidades. La carga horaria total será de 40 a 48 horas semanales. Los CADL podrán desempeñarse en el régimen de lunes a viernes o de lunes a sábados (hábiles), preferentemente en horario matutino (8 a 14 hs). Sin perjuicio de ello, podrán instrumentarse CADL en el horario de la tarde y/o vespertino si hay acuerdo entre las partes, y las necesidades de la Institución así lo requieren, y sean unidades existentes a la fecha de la firma de este preacuerdo. No se entenderá como una nueva unidad cualquier cambio estructural o edificio de una unidad preexistente.

Las horas remanentes hasta completar la carga horaria total se realizarán en régimen de guardia, que deberá comprender fines de semana y guardias nocturnas semanales de acuerdo a las necesidades del servicio. Los fines de semana o domingos (según la modalidad de trabajo) y feriados deberán ser cubiertos en forma alternada y deberán incluir la realización de la coordinación e informe médico a los familiares y/ o allegados de los pacientes que tiene asignado cada médico. Los cargos de 44 horas o más deben cumplir con una guardia nocturna semanal.

#### **6. RÉGIMEN DE TRABAJO DE LOS CADT**

Se sustituye la cláusula A.5.1 del acta Consejo de Salarios de Medicina Intensiva del 7 de abril de 2014 que quedará redactada de la siguiente forma:

El régimen de trabajo de los CADT será de 40 a 48 horas semanales en régimen de guardia, que deberá incluir guardias nocturnas y de fines de semana. En las unidades con más de 8 camas, las guardias de lunes a viernes no podrán superar las 20 horas de trabajo corrido. En el caso de las unidades pequeñas las guardias entre semana serán de hasta 24 horas de trabajo corrido.

Las partes se comprometen a realizar los máximos esfuerzos a fin de disminuir el régimen de guardias de 24 horas y asimilarlo al régimen general.

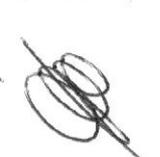
#### **7. RÉGIMEN DE TRABAJO DE LOS MG**

Se sustituye el primer párrafo de la cláusula A.4 del acta Consejo de Salarios de Medicina Intensiva del 7 de abril de 2014 que quedará redactada de la siguiente forma:

El régimen de trabajo de los MG será de 24 horas semanales en régimen de guardia, que deberá incluir guardias nocturnas y de fines de semana. En las unidades con más de 8 camas, las guardias de lunes a viernes no podrán superar las 20 horas de trabajo corrido. En el caso de las unidades pequeñas las guardias entre semana serán de hasta 24 horas de trabajo corrido.

La distribución de las horas en el mes es flexible y se podrá definir para cada trabajador de acuerdo a las necesidades de servicio.

## **8. ACTIVIDAD DE POLICLÍNICA PEDIÁTRICA.**

Se sustituye el numeral 9 del Acta Consejo de Salarios medicina intensiva del 7 de abril de 2014 que quedará redactado de la siguiente forma:

Como excepción, para el caso de todos los cargos de alta dedicación en cuidados intensivos pediátricos y neonatales que son especialidades de inserción secundaria, podrán computarse dentro de la carga horaria funciones de policlínicas pediátricas. En caso de incluir la policlínica dentro de las actividades del cargo, tiene que representar al menos el 15% de la carga horaria semanal y no más de 25%. En este caso tanto los CADL como los CADM, deberán mantener las cargas horarias longitudinales acordadas (6 horas de lunes a viernes o sábado en el caso de los CADL o 3 horas al menos 3 veces por semana en el caso de los CADM). Para el pago de estas horas regirán los valores y condiciones incluidas en la definición de Cargos de Alta Dedicación de Pediatría.

## **9. RETRIBUCIÓN VARIABLE PARA LA ACTIVIDAD EN CTI – CI**

### **9.1. Marco conceptual.**

Los incentivos económicos se focalizan en dos actividades:

- a) el registro de un paquete de datos mínimos en la historia clínica asociados al Sistema de Información del MSP, que permitan construir indicadores de calidad de la gestión asistencial. En este punto específico, dado que la calidad asistencial está ligada a la mejora continua en base al conocimiento y transparencia de la información proporcionada por estos indicadores, se acuerda la obligatoriedad del registro y envío periódico de los mismos al MSP; y
- b) la auditoría de historias clínicas por los mecanismos que el MSP determine.

La nueva organización que se propone en Medicina Intensiva, con CADL, CADM y CADT, procura mejorar la integración y el trabajo en equipo. Los profesionales en esta estructura tienen áreas de responsabilidad definidas pero dependen de los aportes de otros colegas. A su vez los logros de la unidad son la consecuencia de múltiples interacciones cuya individualización sería casi imposible. En base a estos conceptos se acuerda que los mecanismos para el pago variable sean colectivos.

El grado de cumplimiento de los objetivos de la unidad determina el monto a pagar por concepto de pago variable a cada uno de los médicos. Con esto se busca incentivar el trabajo en equipo y el control entre pares, sin perjuicio de las potestades disciplinarias y sancionatorias que la Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) administrativamente tiene sobre cada uno de los profesionales médicos que integran la referida unidad de terapia intensiva.

**9.2. Mecanismo de pago variable.**

- 9.2.1. Se crea un fondo de pago variable (FPV - CTI) para cada unidad de cuidados intensivos e intermedios, constituido por el 25% de la masa salarial de los cargos de alta dedicación de la unidad y el 20% de la masa salarial de los médicos de guardia titulares generados en el nuevo régimen de trabajo.
- 9.2.2. Los médicos que integran la unidad cobrarán un monto variable que está determinado por el grado de cumplimiento de los objetivos de mejora de la calidad de la unidad.
- 9.2.3. El pago variable estará sujeto al cumplimiento de las siguientes actividades: relevamiento de indicadores vinculados a la unidad y que sean exigibles por el MSP que se detallan en el anexo, y auditorías de historias clínicas. Cada componente tiene la misma ponderación.

Componente	Ponderación
Registros vinculados a la unidad	50%
Auditoría de las historias clínicas - a partir del momento en que el MSP defina los criterios-	50%

- 9.2.4. El monto del FPV a distribuir dependerá del cumplimiento de las actividades exigidas.
- 9.2.5. Para percibir el 50% del FPV vinculado a los registros de indicadores, se debe tener el 100% de la información mínima solicitada para todos los pacientes del período de tiempo considerado.
- 9.2.6. Para percibir el 50% del FPV vinculado a las auditorías, se debe constatar la realización de las mismas de acuerdo a las pautas que el MSP brinde. El MSP deberá confeccionar las pautas en un plazo no mayor a seis meses, vencido el cual cada institución podrá elaborar sus protocolos.
- 9.2.7. Luego de verificar el efectivo cumplimiento de las actividades, la Institución determina la cuota parte del FPV a distribuir entre el total de médicos. Cada médico recibirá una proporción del fondo ganado por la unidad, en función del porcentaje de su aporte al fondo inicial. Cumpliendo todas las actividades todos los médicos recibirán el 100% del componente variable (25% o 20% según el cargo que se trate) de su salario en los siguientes seis meses.
- 9.2.8. De las cláusulas 9.2.3 a 9.2.7 se desprende que el FPV a pagarse luego de realizada la evaluación es 0% en caso de que no se cumpla con ninguno de los componentes de la cláusula 9.2.3, 50% si se cumple con uno de ambos o 100% si se cumplen los dos.
- 9.2.9. El control del pago variable acumulará seis meses y condicionará el pago en los siguientes 6 meses. Si la Institución por cualquier razón no hace la evaluación de referencia de ambos componentes o alguno de ellos en los plazos establecidos, continuará obligada al pago del variable o su cuotaparte (en caso de que sea un solo componente) hasta su realización efectiva, en períodos no inferiores a los seis meses desde el anterior. El resultado de la evaluación deberá estar disponible en caso de reclamos, pudiendo ser solicitada la exhibición de la documentación que

*[Handwritten signatures and marks on the left margin]*

*[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]*

pruebe el resultado. La carga de acreditar documentalmente la correcta liquidación del variable será del empleador.

- 9.2.10. El pago variable debe tener flexibilidad en el tiempo y deberá convocarse al Consejo de Salarios cuando existan modificaciones previamente evaluadas y acordadas por parte de la CAM con relación a la forma de pago implementada y posibles cambios o incorporaciones que se consideren necesarios en los contenidos de los registros mínimos vinculados a la unidad. El paquete básico de los registros necesarios para construir los indicadores de calidad se determinarán en un ámbito técnico creado por la CAM a tales efectos, la que evaluará, en una instancia inicial a los seis meses y luego con una periodicidad anual, la pertinencia de los datos aportados y determinará la oportunidad de introducir nuevos indicadores, a efectos de mejorar progresivamente la calidad de la información.

## **10. RÉGIMEN DE SUPLENCIAS**

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 establecido en el laudo del año 1965 en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios. En el caso de las suplencias en la carga longitudinal de trabajo de los CADL o CADM, durante la transición el valor hora de los suplentes será el equivalente al grado 4 del laudo del año 1965.

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 NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO.

Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de trabajo médico, 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 de servicio.

## **11. DISPOSICIONES TRANSITORIAS.**

Aquellos Servicios de Medicina Intensiva que no se puedan transformar por no poder eliminar los cargos de coordinación, para poder iniciar la transformación de la unidad deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Deben estar contratados el 50% de los CADL o CADM que son necesarios para la unidad.
2. Cumplimiento por parte de los Médicos Coordinadores como mínimo de 4 horas presenciales diarias de lunes a sábado en el mismo horario que se ejerce el componente longitudinal de los CADL o completar la longitudinalidad semanal los días que no concurre el CADM (concurriendo presencialmente al menos 3 días a la semana), a los efectos de mantener la actividad médica asegurada.

Los médicos coordinadores que trabajen con este régimen en ningún caso serán considerados como cargos de alta dedicación para la meta 4.

Estos cargos de coordinación del laudo del año 1965 se extinguen cuando la persona cesa en el cargo por cualquier causal.

Cuando se analicen las jefaturas de acuerdo al cronograma establecido se asume el compromiso que las mismas deberán cumplir la longitudinalidad de la unidad.

### **Plazo de esta disposición transitoria**

El cumplimiento de la carga horaria longitudinal con cargos de Médicos Coordinadores será válida por 3 años a partir del cambio de la unidad, debiendo valorarse previo a dicho plazo en cada caso las razones por las cuales una Institución no ha podido completar la longitudinalidad con CADL o CADM y si fuese necesario redefinir una prórroga para poder seguir trabajando en la misma.

Para poder realizar el seguimiento de aquellas instituciones que continúen con la figura del Coordinador se nombrará una subcomisión que será designada en la CAM y que tendrá como objeto realizar el seguimiento de las distintas problemáticas que se vayan produciendo en el proceso de implementación. Esta subcomisión será responsable de informar a la CAM de la evolución de dicha implementación.

Anexo.

### **Datos Mínimos para las Unidades de Medicina Intensiva Adultos**

En el caso de las Unidades de Medicina Intensiva el trabajo se realiza en forma distinta a lo observable en otras áreas, por lo cual parece estratégico que los datos mínimos en este caso estén basados en la experiencia que la Comisión Honoraria Asesora de Medicina Intensiva (CHAMI) ha generado desde su creación a través del Sistema de Información y Monitoreo para la Medicina Intensiva (SIM-UMI).

Estos datos tienen como objetivo conocer y mejorar los resultados de la medicina intensiva, promover un cambio en el manejo de la información, lo cual quedó evidenciado al poder utilizarse en 50% de unidades de cuidados intensivos del país.

Se avanzará en esta etapa de tal manera que todas las unidades reporten este paquete mínimo de datos, para ampliar los mismos en una etapa posterior según se definió anteriormente.

### **Datos a Exigir:**

- Identificación del usuario (Cédula de Identidad)
- Sexo
- Edad
- Diagnóstico 1
- Diagnóstico 2
- Apache 2
- Fecha de Ingreso
- Fecha de Egreso
- Ventilación Mecánica (días)
- Condición del Alta (vivo o muerto)

**Datos Mínimos de Neonatología.**

En el caso de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales el trabajo se realiza en forma distinta a lo observable en otras áreas, por lo cual parece estratégico que los datos mínimos en este caso estén basados en la hoja de Hospitalización Neonatal (CLAP/SMR-OPS/OMS) Estos datos tienen como objetivo conocer e intentar mejorar los resultados de la Medicina Intensiva Neonatal así como promover un cambio en el manejo de la información.

**Datos a Exigir:**

- Identificación del usuario (Cédula de Identidad)
- Sexo
- Edad
- Diagnostico 1 (según hoja Hospitalización Neonatal CLAP/SMR-OPS/OMS)
- Diagnóstico 2
- Retinopatía
- Ecografía Transfontanelar
- CPAP
- Fecha de Ingreso
- Fecha de Egreso
- Edad Gestacional al Egreso
- Ventilación Mecánica (días)
- CPAP (días)
- Infección Intrahospitalaria (si /no) numero
- Condición del Alta (vivo o muerto)

**Datos Mínimos de Pediatría Intensiva**

Así como ocurre en las otras unidades también en las de Cuidados Intensivos Pediátrico y el trabajo se realiza en forma distinta a lo observable en otras áreas Los registros solicitados están basados en lo que se registra en algunas unidades de medicina intensiva pediátrica

El objetivo de los mismos es al igual que en los otros casos conocer e intentar mejorar los resultados de la medicina intensiva pediátrica así como promover un cambio en el manejo de la información.

**Datos a Exigir en Unidad de Medicina Intensiva Pediátrico:**

- Identificación del usuario (Cédula de Identidad)
- Sexo
- Edad
- PIM 2
- Diagnostico 1
- Diagnóstico 2
- Fecha de Ingreso
- Fecha de Egreso
- Ventilación Mecánica (días)
- Infección Intrahospitalaria (si /no) numero
- Condición del Alta (vivo o muerto)

*Sebastián Femenías*  
SEBASTIÁN FEMENÍAS  
CIEP

*[Handwritten signature]*

*Paulo Rosado*  
PICOES  
RUY

*[Handwritten signature]*  
PICOES  
DINA-SANTOVAL

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
MIS VISIONES  
SNU

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
VSP

*[Handwritten signature]*  
VSP