

2015

COMISIÓN  
ASESORA  
MULTIPARTITA

# [NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO]

Texto ordenado del nuevo laudo médico  
vigente

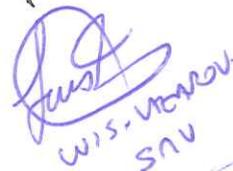
1º de julio de 2015



L. G. G. G.  
FEMI



ALVARO SPIERS  
PLENARIO



WIS. V. V. V.  
SAU



DR. S. S. S.  
P. C. E. S.



ALVARO TOMAS  
U. M. U.



ALVARO ZELRO - MER.

Cámara de Instituciones y Empresas de la Salud  
Federación Médica del Interior  
Plenario de Instituciones  
Unión de Mutualistas del Uruguay  
Médica Uruguaya  
Sindicato Médico del Uruguay  
Ministerio de Salud Pública  
Ministerio de Economía y Finanzas



J. J. J.



P. P. P.



# TABLA DE CONTENIDOS

1. MARCO CONCEPTUAL Y LINEAMIENTOS GENERALES DE LAS MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO MÉDICO .....	4
2. MÁXIMO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HORA EN POLICLÍNICA.....	5
2.1. Primera etapa .....	5
2.2. Segunda etapa.....	5
2.3. Implementación de la segunda etapa.....	6
2.4. Definición de doble turno .....	6
2.5. Plazos de vigencia de la segunda etapa .....	7
2.6. Determinación del pago variable para la reducción de pacientes por hora.....	8
3. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MEDICINA GENERAL, MEDICINA FAMILIAR, PEDIATRÍA Y GINECOTOCOLOGÍA.....	9
3.1. Ámbito temporal de aplicación para cargos de alta dedicación.....	9
3.2. Ámbito personal de aplicación para cargos de alta dedicación .....	9
3.3. Ámbito espacial de aplicación para cargos de alta dedicación .....	9
3.4. Régimen de trabajo para cargos de alta dedicación.....	10
3.5. Definición de las actividades para cargos de alta dedicación.....	11
3.6. Médico generalista con especialidad de medicina interna. ....	12
3.7. Horas de actividades institucionales para cargos de alta dedicación.....	12
3.8. Metodología para el cálculo de la población de referencia. ....	12
3.9. Información SINADI para la referenciación. ....	13
3.10. Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.....	13
3.11. Retribución variable para la actividad de policlínica para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría.....	14
3.12. Datos Mínimos para la historia clínica de Pediatría. ....	16
3.13. Datos Mínimos para la historia clínica de Medicina General/ Interna. ....	18
3.14. Datos Mínimos para la historia clínica de Ginecología.....	19
3.15. Datos Mínimos para la historia clínica de Puerta de Emergencia. ....	21
De la Asistencia .....	21
Pase de Guardia.....	22
3.16. Retribución variable para la actividad de atención domiciliaria para cargos de alta dedicación. ....	22
3.17. Retribución variable para la actividad de urgencia y emergencia centralizada para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría.....	22
3.18. Retribución variable para ginecología y obstetricia para cargos de alta	

dedicación.....	24
3.19. Cláusula de salvaguarda por reclamos del laudo actual.....	24
3.20. Régimen de trabajo de los suplentes.....	25
3.21. Financiamiento para cargos de alta dedicación.....	25
3.22. Comisión Asesora Multipartita (CAM).....	27
4. COMPATIBILIZACIÓN DE LOS CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN CON LA ACTIVIDAD DOCENTE EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UDELAR.....	27
5. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MEDICINA INTENSIVA.....	29
5.1. Antecedentes.....	29
5.2. Ámbito personal de aplicación.....	29
5.3. Ámbito espacial de aplicación.....	29
5.4. Definiciones y descripción de tareas.....	29
5.4.1. Cargos de Alta Dedicación Longitudinal (CADL).....	29
5.4.1.2. Acceso a los CADL.....	31
5.4.1.3. Régimen de trabajo de los CADL.....	31
5.4.2. Cargos de Alta Dedicación Transversal (CADT).....	31
5.4.2.1. Acceso a los CADT.....	32
5.4.2.2. Régimen de trabajo de los CADT.....	32
5.4.3. Cargos de Alta Dedicación Mixtos (CADM).....	32
5.4.4. Médico de Guardia (MG).....	33
5.5. Definición de unidades según su tamaño.....	34
5.6. Dotaciones.....	34
5.7. Desarrollo Profesional Continuo.....	35
5.8. Actividad de policlínica pediátrica.....	35
5.9. Jefatura y Coordinación actuales.....	35
5.10. Implementación.....	35
5.11. Disposiciones transitorias vinculadas a la implementación.....	36
5.12. Remuneración.....	37
5.13. Retribución variable para la actividad en CTI - CI.....	37
5.13.1. Marco conceptual.....	37
5.13.2. Mecanismo de pago variable.....	38
5.14. Régimen de suplencias.....	39
5.15. Datos Mínimos para la implementación del pago variable.....	40
5.15.1. Datos mínimos para Medicina Intensiva Adultos.....	40
5.15.2. Datos Mínimos de Neonatología.....	40
5.15.3. Datos Mínimos de Pediatría Intensiva.....	41
5.16. Consideraciones Generales.....	42
6. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO DE MEDICINA INTERNA.....	42

6.1.	Generalidades de la especialidad .....	42
6.2.	Definición general del cargo de alta dedicación de medicina interna .....	43
6.3.	Régimen laboral de los especialistas en medicina interna .....	43
6.4.	Nuevo modelo de trabajo medico en medicina interna.....	44
6.5.	Descripción de las tareas de los cargos .....	44
6.6.	Definición de las actividades para cargos de alta dedicación de medicina interna. ....	45
6.7.	Retribución variable para la actividad de medicina interna en visita sanatorial y guardia interna.....	46
6.8.	Retribución variable para la actividad de internación domiciliaria. ....	47
6.9.	Componentes mínimos de la historia clínica y el resumen de egreso .....	47
6.10.	Régimen de suplencias.....	47
6.11.	Médico pediatra en sanatorio cuidados moderados.....	48
6.12.	Modelo de transición .....	48
6.12.1.	Generalidades.....	48
6.12.2.	Régimen Laboral.....	49
7.	<b>NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO DE PSIQUIATRÍA DE ADULTOS Y PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA</b>	<b>49</b>
7.1.	Marco conceptual.....	49
7.2.	Ámbito personal de aplicación.....	50
7.3.	Régimen de trabajo .....	50
7.4.	Organización de la atención en policlínica .....	51
7.5.	Descripción general de actividades .....	51
7.6.	Definición de las actividades del CAD .....	53
7.7.	Horas de actividades institucionales .....	55
7.8.	Planificación del proceso psiquiátrico terapéutico .....	55
7.9.	Remuneración .....	55
7.10.	Régimen de trabajo de los suplentes .....	56
8.	<b>CONTENIDO DEL TEXTO ORDENADO.....</b>	<b>56</b>

## 1. MARCO CONCEPTUAL Y LINEAMIENTOS GENERALES DE LAS MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO MÉDICO<sup>1</sup>

Durante el presente convenio se deberán revisar los laudos médicos actuales. La revisión de los mismos se plantea en el entendido que los trabajadores son el recurso esencial de los sistemas de salud, y por ende la forma en que los mismos se organicen, impacta directamente en la atención de salud de la población y en la calidad de la misma. En este sentido, se pone un fuerte acento en mejorar la calidad de vida de la población a través de 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 y racionalizar la labor médica durante su "ciclo vital", en aras del bienestar general.

En este marco, los laudos médicos vigentes, deberán revisarse tomando como criterios generales los siguientes aspectos:

- Ampliación o adecuación de la carga horaria con el objetivo de mejorar la calidad asistencial concentrando el empleo.
- Redimensionamiento de la actividad, incorporando en la carga horaria, actividades que exceden la atención directa al paciente.

En el caso de la asistencia en policlínica, se adiciona a lo anterior:

- Incremento del tiempo disponible por consulta.
- Cambio en la forma de pago: combinando una proporción de salario fijo, con otro variable. En el caso del primer nivel de atención: un pago por población de referencia y actividades enmarcadas dentro de los planes y programas de salud que correspondan de acuerdo a las características epidemiológicas de dicha población. Para las demás especialidades, un componente variable relacionado con indicadores de desempeño a definir (ej. historia clínica completa).

En el caso de policlínica, los nuevos cargos deberán incorporar además de la consulta, el seguimiento de su población en domicilio frente a situaciones de enfermedad, según se establezca en la reglamentación para el caso del primer nivel de atención, el registro clínico y administrativo, seguimiento de su población de referencia en los otros niveles asistenciales, tareas de educación para la salud y Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC).

En todos los casos, el diseño de las propuestas de cambio deberán contemplar 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 las gremiales médicas que actuarán en consulta con el cuerpo médico de las respectivas instituciones, puedan seleccionar las que resulten funcionales a su tamaño, naturaleza, gestión asistencial y capacidad para alcanzar los necesarios equilibrios institucionales y laborales.

---

<sup>1</sup> Acta Consejo de Salarios 3 de noviembre de 2010.

## 2. MÁXIMO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HORA EN POLICLÍNICA.

### 2.1. Primera etapa<sup>2</sup>

- a. Para el pago del complemento variable cuando corresponda, se establecerán franjas proporcionales a las actuales para la labor de policlínica.
- b. A partir del 1º de marzo de 2011 el número máximo de atención de pacientes deberá ser de cinco por hora, para las especialidades de medicina general, medicina familiar, ginecología, pediatría y geriatría. A los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto anteriormente, las empresas podrán realizar un cronograma de implementación que no podrá superar el 30 de agosto de 2011.
- c. A partir del 1º de setiembre de 2011 el número máximo de atención de pacientes deberá ser de cinco por hora, para aquellos médicos no contemplados en el literal anterior y que en el artículo 3 del Decreto 440/985 de 15 de agosto de 1985 se les determinaba un máximo de atención de 6 pacientes por hora. A los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto anteriormente, las empresas podrán realizar un cronograma de implementación que no podrá superar el 30 de junio de 2012.

### 2.2. Segunda etapa<sup>3</sup>

Las partes acuerdan determinar el número de pacientes por hora en área ambulatoria, en atención a los grupos de situaciones que se detallarán a continuación.

El **Grupo N° I** está integrado por las siguientes especialidades: Fisiatría, Neurología, Neuropediatría, Psiquiatría, Geriatría, para las cuales las Instituciones podrán optar entre una de las siguientes alternativas:

- 1) cuatro (4) pacientes por hora y doble turno en la primera consulta; o
- 2) tres (3) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta.

La especialidad de Neurología quedará comprendida necesariamente en la opción N° 1.

El **Grupo N° II** está integrado por las siguientes especialidades: Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, Medicina Interna, para las cuales las Instituciones seguirán los siguientes criterios:

- En **Medicina General**, las Instituciones podrán optar entre **una** de las siguientes alternativas: a) el médico atenderá cinco (5) pacientes por hora con doble turno en primera consulta para los pacientes que soliciten referenciarse; o b) cuatro (4)

<sup>2</sup> Cláusula 7 del acta de Consejo de Salarios de 3 de noviembre de 2010.

<sup>3</sup> Acuerdo CAM 6 de agosto de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

pacientes por hora sin doble turno en primera consulta. En la policlínica de atención inmediata, atenderá cinco (5) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta.

- En **Medicina Familiar** se atenderán cinco (5) pacientes por hora con doble turno en primera consulta para los pacientes que soliciten referenciarse.
- En **Pediatría**, las Instituciones podrán optar entre **una** de las siguientes alternativas: a) cuatro (4) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta; o b) cinco (5) pacientes por hora con doble turno en primera consulta para los pacientes que soliciten referenciarse. En la policlínica de atención inmediata, se atenderán cinco (5) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta.
- En **Medicina Interna**, las Instituciones podrán optar entre una de las siguientes alternativas: a) cuatro (4) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta; o b) cinco (5) pacientes por hora con doble turno en la primera consulta.

El **Grupo N° III** está integrado por las demás especialidades médicas no incluidas en los Grupos N° I y II. Como criterio general se establece que las Instituciones podrán optar entre una de las siguientes alternativas:

- 1) cuatro (4) pacientes por hora sin doble turno en primera consulta; o
- 2) cinco (5) pacientes por hora con doble turno en primera consulta.

En **psiquiatría pediátrica**<sup>4</sup> el tiempo de atención en policlínica será de 30 minutos por paciente (2 pacientes por hora) sin doble turno para el paciente que se asiste por primera vez, o de 20 minutos (3 pacientes por hora), con doble turno en primera consulta para el paciente que se asiste por primera vez. Al 1° de noviembre de 2016 se convocará a las partes firmantes del acuerdo para evaluar la aplicación de este punto.

### **2.3. Implementación de la segunda etapa.**<sup>5</sup>

En cada uno de los grupos anteriores, la opción elegida para cada especialidad por la IAMC deberá ser formalmente comunicada por ésta a la DINATRA – MTSS en un plazo de 60 días de suscripto el presente acuerdo en el Consejo de Salarios. Del mismo modo para los casos en que posteriormente a su implementación surjan modificaciones, las mismas deberán comunicarse previo a esta. Cumplida la comunicación referida, el MTSS notificará la opción elegida al resto de las partes firmantes del presente acuerdo.

### **2.4. Definición de doble turno**<sup>6</sup>

A fin de establecer un marco conceptual para la interpretación de las definiciones previstas en el Acta de Consejo de Salarios de fecha 29 de diciembre de 2011, respecto al doble turno en primera consulta, se dispone las siguientes precisiones:

<sup>4</sup> El caso de psiquiatría pediátrica hace referencia al acta de la CAM del 6 de mayo de 2015.

<sup>5</sup> Acuerdo CAM 6 de agosto de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>6</sup> Acuerdo CAM 6 de agosto de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

- 
- 1) Doble turno en primera consulta en el primer nivel de atención (Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría y Geriatria):



Es la consulta programada entre el paciente y el médico que este ha seleccionado como médico de referencia, independiente de las consultas que haya tenido con otros médicos de la misma especialidad. Si el usuario pasa tres años o más sin consultar con el mismo médico de referencia, el profesional tiene que reiniciar la consulta, por lo que se considera nuevamente como “primera consulta”. También se otorgará un doble turno en aquellos casos vinculados al cumplimiento de pautas o protocolos establecidos por los programas de salud para el cumplimiento de las metas asistenciales, en las diferentes etapas de la vida.

- 
- 2) Definición de doble turno en primera consulta para el resto de las especialidades no incluidas en el numeral anterior:

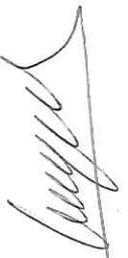


Es la primera consulta programada entre el paciente y la especialidad, derivado con pase de médico de Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, Medicina Interna o Geriatria. Si el usuario pasa tres años o más sin consultar en las especialidades, el profesional deberá reiniciar la consulta, por lo que se considerará nuevamente como “primera consulta”

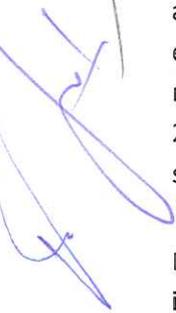
- 
- 3) Definición de doble turno en primera consulta para la policlínica de medicina interna.



Es la primera consulta programada entre el paciente y la especialidad, derivado con pase de médico de Medicina General, Medicina Familiar o Geriatria, o control de altas sanatoriales. Si el usuario pasa tres años o más sin consultar en la especialidad, el profesional deberá reiniciar la consulta, por lo que se considerará nuevamente como “primera consulta”



## 2.5. Plazos de vigencia de la segunda etapa<sup>7</sup>



La obligación de aplicar el nuevo régimen acordado en el presente documento, se hará efectivo a partir del 31 de marzo de 2015 para todos los grupos de especialidades médicas, Grupos N° I, II, y III, sin perjuicio de que en lo referido a las especialidades contenidas en el Grupo III, -su ajuste- se haga en atención a una implementación gradual que contemple un mínimo de dos especialidades al año, a propuesta del SMU y con la aprobación de las organizaciones y representantes de las autoridades públicas firmantes. En octubre de cada año comenzando en 2014, se definirán al menos las dos especialidades del Grupo III cuya implementación efectiva se hará a partir del 31 de marzo del año siguiente.



La firma de todo acuerdo ulterior, del cual se desprendan condiciones más beneficiosas para las instituciones de asistencia médica colectiva, aprovechará -ipso facto- a quienes comparecen en



<sup>7</sup> Acuerdo CAM 6 de agosto de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

la presente acta.

## **2.6. Determinación del pago variable para la reducción de pacientes por hora<sup>8</sup>**

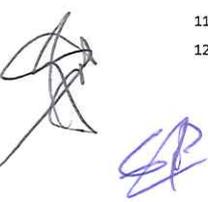
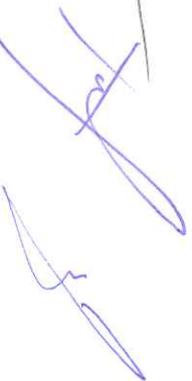
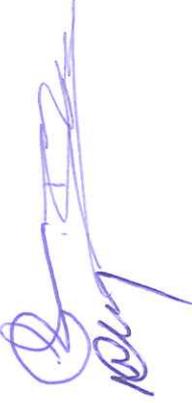
A los efectos de la determinación del pago variable en Policlínica, en los casos y plazos que procede la reducción de los pacientes atendidos por hora de acuerdo a los establecido en el Acta de Consejo de Salarios de fecha 3 de noviembre de 2010, cláusula "QUINTA. Condiciones de Trabajo Médico", numeral 7, literales a) al e) ("Primera etapa". Página 5 de este texto ordenado) se procederá de la siguiente forma:

1. El actual pago variable por acto en Policlínica, determinado en el referido acuerdo de Consejo de Salarios, con los ajustes que correspondan según la fecha de aplicación del cálculo, se multiplicará por el número de pacientes fijados para la policlínica de 26 horas mensuales completa. Esto es 156 pacientes mensuales para Medicina General y demás Especialidades (artículo 3º del Decreto 440/985 de 15 de agosto de 1985) con excepción de las especialidades de Psiquiatría, Neurología y Fisiatría, cuyo número máximo mensual de pacientes es de 104 pacientes (Laudo de 1965 – Grupo 50 de 1º de octubre de 1965; Capítulo II Condiciones Laborales Generales Numeral 2 Literal c).
2. Dicho resultado deberá dividirse según especialidad y fecha de aplicación del cálculo, por el número de pacientes mensuales que correspondan a la Policlínica completa según especialidad y fecha, para una Policlínica de 26 horas mensuales, aplicando el Numeral 7 literales b) al d) de la cláusula Quinta. Esto es 130 pacientes (literales b) y c); 104 pacientes (literal d) y 78 pacientes (literal e).
3. El resultado de las operaciones indicadas en los dos numerales anteriores será el valor del pago variable por acto en Policlínica, según fecha y especialidad.
4. El aumento de cargas horarias determinadas en el Numeral 5 literal a) y b) de la cláusula Quinta, y la disminución de pacientes por hora (Numeral 7 literales a) al e) ("Primera etapa". Página 5 de este texto ordenado) determinarán un cambio en las franjas de pago, según se establece en el numeral siguiente, manteniendo el valor del pago variable por acto en Policlínica referido en el presente (numerales 1 a 3) con los ajustes que correspondan de acuerdo al Acta del Consejo de Salarios de 3 de noviembre de 2010 y los que puedan acordarse en el futuro.
5. A los efectos del pago variable por acto en Policlínica se establecerán tres franjas donde las dos primeras equivalen al 40% del total de pacientes mensuales con policlínica completa y la última al 20%. La policlínica completa equivale a la cantidad de horas mensuales multiplicado por el número de pacientes por hora según fecha del cálculo y especialidad.

---

<sup>8</sup> Acta Consejo de Salarios 29 de diciembre de 2011.

- 
- 
- 
6. A los efectos del cálculo del pago variable por acto en Policlínica, el primer 40% de pacientes asistidos no generará pago complementario. El segundo 40%, generará pago doble del complemento variable por acto, y el último 20%, pago simple.
7. A los efectos de la aplicación del literal f) Numeral 7) de la Cláusula Quinta del Acta del Consejo de Salarios de 3 de noviembre de 2010 ("Primera etapa". Página 5 de este texto ordenado) (doble turno en primera consulta), se considerará como si fueran dos pacientes a los solos efectos del pago variable en Policlínica.



**3. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MEDICINA GENERAL, MEDICINA FAMILIAR, PEDIATRÍA Y GINECOTOCOLOGÍA.**

**3.1.Ámbito temporal de aplicación para cargos de alta dedicación<sup>9</sup>**

El nuevo régimen de trabajo médico que se regula por este convenio, se hará efectivo para los cargos creados o que se transformen, a partir del 1º de julio de 2014 y los médicos que ingresen a las instituciones, a partir de dicha fecha. Sin perjuicio de lo anterior, las instituciones y los trabajadores podrán adelantar la implementación del nuevo régimen, comenzando su aplicación a partir del 1º de enero de 2013, de acuerdo al financiamiento disponible previsto en la cláusula decimosexta ("Financiamiento para cargos de alta dedicación". Página 25 de este texto ordenado).<sup>10</sup>

**3.2.Ámbito personal de aplicación para cargos de alta dedicación<sup>11</sup>**

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

Los trabajadores e instituciones podrán acordar incluir en este régimen los cargos de jefatura, coordinación y consultantes. No quedarán comprendidos por este acuerdo, aquellos profesionales que trabajan exclusivamente en las técnicas diagnósticas y tratamientos especializados.

**3.3.Ámbito espacial de aplicación para cargos de alta dedicación<sup>12</sup>**

No quedan necesariamente comprendidos en este régimen los profesionales médicos que trabajan en pequeñas comunidades (ciudades, villas o pueblos) donde no se encuentre la sede principal de alguna IAMC, entendiéndose por tales las que cuenten con hasta 1.200 afiliados por institución.

<sup>9</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>10</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>11</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>12</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

Las instituciones y sus trabajadores podrán acordar las condiciones de trabajo en estos servicios, las actividades comprendidas, carga horaria, remuneración y tipología de servicios de acuerdo a la cantidad de afiliados, pudiendo acumular horas entre diversas localidades.

### **3.4. Régimen de trabajo para cargos de alta dedicación<sup>13</sup>**

1. El nuevo régimen de trabajo es exclusivo para cargos titulares.
2. Los médicos comprendidos en el ámbito personal de aplicación de este convenio, trabajarán en régimen de 40 a 48 horas de semanales (las que equivalen de 175 horas a 209 horas mensuales respectivamente).<sup>14</sup>
3. Las horas que se realicen bajo este régimen de alta dedicación se abonarán como horas simples, siempre y cuando estén comprendidas dentro de la carga horaria del cargo.
4. Las cargas horarias semanales podrán comprender horas de urgencia y emergencia, internación domiciliaria, guardia sanatorial, atención domiciliaria (que en su conjunto no podrán exceder el 75% del total de la carga horaria), con horas de atención directa a pacientes en policlínica (que no podrán ser menores al 20% del total de la carga horaria), visitas a pacientes internados, así como actividades de educación y promoción para la salud y horas de actividades institucionales que no impliquen la atención directa a pacientes. La carga horaria no comprende horas de retén, sin perjuicio de que acuerdos futuros en otras especialidades incorporen esta actividad en aquellos casos en que su metodología de trabajo lo justifique.
5. La carga horaria asignada a guardia, debe obligatoriamente incluir al menos una guardia nocturna semanal y una guardia mensual de fin de semana o feriados, en aquellos cargos que tengan al menos 16 horas de guardia semanal. Aquellos cargos que tengan menos de 16 horas de guardia semanal, deberán incluir una guardia nocturna semanal o una guardia de fin de semana mensual, de acuerdo a los requerimientos del servicio.
6. La distribución de las horas en las distintas actividades tendrá flexibilidad dentro del mismo cargo, según requerimiento del servicio, respetando mensualmente los límites por actividad establecidos en las cláusulas 5.4, 5.5 y 5.7<sup>15</sup> ("Régimen de trabajo para cargos de alta dedicación". Página 10 numerales 4, 5 y 7 de este texto ordenado). La institución será responsable de brindar anualmente al profesional si así lo requiere, un listado con el detalle de horas cumplidas en el año correspondientes a cada tipo de actividad.

---

<sup>13</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012.

<sup>14</sup> Acuerdo CAM 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>15</sup> Cláusulas correspondientes al Acta de Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012.

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

### 3.5. Definición de las actividades para cargos de alta dedicación.<sup>16</sup>

1. Policlínica de medicina general, familiar y pediatría: presta atención no urgente en consultorio, constituyendo el nivel fundamental de relación usuario – servicio. En su horario destinado a policlínica, es responsable de la atención longitudinal de su población de referencia y, de población que no esté referida a él. Lo expresado es sin perjuicio del derecho que tiene el médico a no aceptar prestar atención a algún paciente, siempre que no constituya omisión de asistencia. Recibe también, pacientes dados de alta de sanatorio o internación domiciliaria con pase a Médico de Policlínica para su control, pacientes enviados por el servicio de urgencia o por cualquier especialista con pase a consultorio. La actividad de Policlínica tendrá un fuerte componente de promoción de la salud con actividades dirigidas a la familia y el entorno. Forma parte del perfil, la coordinación con otras especialidades y niveles asistenciales.
2. Policlínica de Ginecología y Obstetricia: En policlínica el ginecólogo será responsable de la atención primaria en todo su concepto: control prenatal; prevención del cáncer génito – mamario; anticoncepción y salud sexual y reproductiva; educación para la salud; captación de patologías y su correcta derivación; trabajo multidisciplinario, etc. El asesoramiento en salud sexual y reproductiva, incluirá la colocación del DIU (Dispositivo Intrauterino) y la realización del PAP (Papanicolau) dentro de este cargo, sin que esto implique un pago adicional al establecido para la consulta.
3. Atención Domiciliaria: atención de las consultas domiciliarias urgentes y no urgentes.
4. Emergencia y Urgencia: atiende las emergencias y urgencias médicas que le llegan por distintas vías, realiza la valoración primaria del paciente, la terapia de urgencia, solicita las consultas de urgencia con las especialidades que corresponda y determina los ingresos en las diferentes áreas sanatorias.
5. Internación domiciliaria: es una modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente en su domicilio, de patologías tanto agudas como crónicas en episodio agudo, en adultos y niños. (Decreto 191/008)
6. Guardia sanatorial: es el responsable de la vigilancia y cuidado del paciente internado en sanatorio y/o hospital, y actúa eventualmente con el resto del equipo médico.

<sup>16</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

### **3.6. Médico generalista con especialidad de medicina interna.<sup>17</sup>**

Es aquel Médico Generalista con especialidad de Medicina Interna que, de requerirlo el servicio, actúa desarrollando tareas en policlínica y/o atención domiciliaria como Médico Generalista, y realiza tareas propias de su especialidad en la asistencia, control y tratamiento de los pacientes internados en áreas sanatoriales, emergencia o urgencia, e internación domiciliaria. En este caso el profesional podrá acceder a los cargos de alta dedicación, con las características establecidas para los mismos en el presente acuerdo.

### **3.7. Horas de actividades institucionales para cargos de alta dedicación.<sup>18</sup>**

Esta actividad incluye como mínimo 2 horas semanales comprendidas dentro de las 40 a 48 horas semanales respectivamente, y teniendo en cuenta 43 semanas laborales anuales, totalizan 86 horas al año. Estas horas deben ser flexibles tanto en su contenido como en su distribución anual de acuerdo a los requerimientos del servicio. Quedan excluidos los días de licencia por congreso.

### **3.8. Metodología para el cálculo de la población de referencia.<sup>19</sup>**

1. El mecanismo de referenciación incorpora el ajuste por riesgo.
2. Para el cálculo de la población de referencia se consideran:
  - a. Las consultas potencialmente realizables por el médico en policlínica (que surgen de multiplicar el total de horas de policlínica anuales que tiene asignadas el médico, suponiendo 43 semanas laborales al año, por la cantidad de consultas por hora que corresponda en el marco de los acuerdos vigentes).
  - b. La proporción entre consultas de control de los programas y las consultas por episodios de enfermedad.
    - i. La cantidad de consultas de control esperadas anuales, por tramo de edad y sexo, establecidas en los programas de salud del MSP.
    - ii. La cantidad de consultas esperadas por episodios de enfermedad, por tramo de edad y sexo.
  - c. La cantidad de usuarios de referencia de cada médico varía de acuerdo a la estructura por tramo de edad y sexo de la misma.
  - d. Cada usuario de acuerdo a su edad y sexo, tiene una cantidad de consultas totales anuales esperadas (surge de sumar por el tramo de edad y sexo correspondiente, 2.b.i y 2.b.ii)
3. En la medida que cada usuario se va referenciando al médico, se descuentan del total de consultas que potencialmente puede realizar en el año (2.a) las consultas anuales esperadas del usuario (2.d). La población de referencia del médico puede aumentar en la medida que la cantidad de consultas potencialmente realizables restantes sean suficientes para cubrir las consultas esperadas del usuario.

<sup>17</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>18</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>19</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

4. En la transición y hasta que no se cuente con la información desagregada entre consultas de control y consultas por episodios de enfermedad, el total de consultas anuales esperadas por tramo de edad y sexo (2.d) surgirá de los datos sectoriales del SINADI. Luego de transcurridos 18 meses de la firma del presente documento, se deberá convocar a las partes para que, en base a los datos de los nuevos cargos y analizando las frecuencias que surjan de la práctica, se calculen las proporciones de consultas programadas y espontáneas y se comience a aplicar el método original.
5. La institución será responsable de brindar trimestralmente al médico un listado taxativo de los usuarios referenciados así como el número de cupos que el médico tiene disponible. El médico tiene la obligación de informar a la institución cualquier cambio que se realice en dicha lista, ya sea de nuevas personas referenciadas como otras que dejan de atenderse con dicho médico”.

### 3.9. Información SINADI para la referenciación.<sup>20</sup>

Para operativizar el método de referenciación acordado, se presentan a continuación las tasas de utilización registradas en el SINADI asistencial durante el período enero – diciembre de 2011, para las especialidades comprendidas en el acuerdo de noviembre de 2012.

SEXO	EDAD	Pediatría	Medicina General	Ginecología
SEXO MASCULINO	< 1	12,3		
	1 a 4	3,8		
	5 a 14	1,8		
	15 a 19		1,0	
	20 a 44		0,9	
	45 a 64		1,9	
	65 a 74		3,5	
	> 74		4,1	
SEXO FEMENINO	< 1	12,0		
	1 a 4	3,7		
	5 a 14	1,8		
	15 a 19		1,5	1,1
	20 a 44		1,6	1,8
	45 a 64		3,0	0,9
	65 a 74		4,3	0,4
	> 74		4,0	0,2

### 3.10. Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.<sup>21</sup>

1. Los médicos que ingresen a este régimen de trabajo cobrarán un valor global, equivalente por hora, de \$708 nominales (equivalente a \$ 123.903 por 175 horas mensuales y \$ 147.975 por 209 horas mensuales).

<sup>20</sup> Acuerdo CAM diciembre 2011 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

<sup>21</sup> Acta Consejo de Salarios 5 noviembre 2012

2. Dicho valor se compone de un porcentaje fijo y otro variable. El componente variable será asignado en función del cumplimiento de metas, actos médicos u otros conceptos y será descripto de manera específica para cada tipo de actividad, no pudiendo superar el 25% del valor indicado. En el punto de partida se comienza con la aplicación del porcentaje máximo de 25%.
3. La relación entre el porcentaje fijo y el variable podrá ser excepcionalmente modificada mediante acuerdo en el Consejo de Salarios.
4. El valor indicado en esta cláusula remunera todos los actos médicos.
5. El valor hora está expresado a valores del 1º de julio de 2012 y posteriormente se ajustará en los mismos porcentajes y oportunidades en que se ajustan los salarios del sector. Los valores indicados incluyen el fondo de categoría, el componente variable, el llamado, el domingo y el feriado laborable. A esos valores deberá adicionarse las compensaciones que puedan corresponder por trabajo nocturno y antigüedad, la que se calculará sobre las mismas bases que en la actualidad.
6. Declárase que la remuneración de los cargos de alta dedicación tiene, a todos los efectos, carácter de mensual.<sup>22</sup>

**3.11. Retribución variable para la actividad de policlínica para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría.<sup>23</sup>**

1. La retribución variable de policlínica representa el 25% del valor hora definido en la cláusula anterior (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.” Página 13 de este texto ordenado) multiplicado por el total de horas de policlínica definidas en el cargo.
2. El pago variable de policlínica está compuesto de dos etapas.
3. La **primera etapa** comienza con el ingreso del profesional al cargo y finaliza transcurrido un año o en el momento en que el 80% de las consultas potencialmente realizables<sup>24</sup> sean consultas realizadas por su población de referencia (opera el mínimo de ambos criterios). En esta etapa el pago variable corresponde al pago de las consultas de su población de referencia condicionado a que la historia clínica estandarizada, definida en el numeral undécimo 6, cuente con el 100% de los registros. En el caso de las consultas de la población no referenciada, el valor unitario y requerimientos de registro es igual que el de la población de referencia, pero se paga el 20% de las

---

<sup>22</sup> Acuerdo CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>23</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012.

<sup>24</sup> Tal como se definió anteriormente, las consultas potencialmente realizables surgen de multiplicar la cantidad de horas de atención en policlínica por la cantidad de consultas por hora establecidas en el laudo.

mismas. El valor unitario del acto corresponde al cociente entre el 25% del valor hora y la cantidad de consultas por hora laudadas.

Valor unitario de la consulta de acuerdo a la cantidad de consultas por hora, a valores del 1º de julio de 2012

Consultas por hora	Valor unitario de la consulta
5 consultas por hora	\$U 35.40
4 consultas por hora	\$U 44.25
3 consultas por hora	\$U 59.00

4. La **segunda etapa** comienza una vez transcurrido un año o alcanzado el porcentaje de referenciación pautado. En esta etapa se comienza a pagar por el total de las consultas, de la población referenciada y la no referenciada, condicionado en todos los casos al 100% de la historia clínica estandarizada completa. A los efectos de determinar el pago se establecerán tres franjas donde las dos primeras equivalen cada una a 40% del total de consultas potencialmente realizables por el médico y la última a 20%. El primer 40% de las consultas no genera pago complementario. El segundo 40% de las consultas genera pago doble del valor unitario de la consulta y el último 20% pago simple. Para que opere el pago sobre el total de las consultas realizadas, al menos el 60% deben ser de su población de referencia. Si no se alcanza este porcentaje se paga con el mismo criterio de franjas pero exclusivamente las consultas de la población referenciada y el 20% de las consultas de la población no referenciada. El valor de la consulta es el mismo que en la etapa 1, el cociente entre el 25% del valor hora y la cantidad de consultas por hora laudadas.
5. En las dos etapas el control acumulará cuatro meses y condicionará el pago de los siguientes 4 meses. Si la Institución por cualquier razón no hace la evaluación de referencia en los plazos establecidos, continuará obligada al pago del variable hasta su realización efectiva, en períodos no inferiores a los cuatro meses desde la anterior. El resultado de la evaluación deberá ser notificado al médico personalmente, quien podrá solicitar la exhibición de la documentación que pruebe el resultado de la evaluación en caso de ser negativa. La carga de acreditar documentalmente la correcta liquidación del variable será del empleador. Si a la fecha de pago el empleador no hubiera acreditado documentalmente al trabajador la específica liquidación de su variable, deberá abonarle preceptivamente la totalidad del mismo.
6. Registro en la historia clínica estandarizada: el MSP definirá los contenidos mínimos de la historia clínica estandarizada y cada institución será responsable de la forma en que la misma se implemente. La misma debería contar con campos cerrados y espacios abiertos. El correcto registro implica que la historia clínica en su conjunto esté completa, es decir, el llenado del 100% de los campos. En cualquier otro caso no se pagará el valor de la consulta. En caso que la Institución cuente con un sistema informatizado de registro de la consulta, que instrumente las disposiciones del MSP al respecto, será obligatorio su uso por parte del profesional. El MSP se compromete a presentar el contenido mínimo para las especialidades a las que alcanza la presente

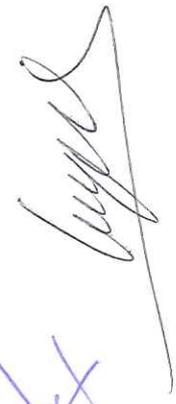


- 
- Pesquisa Neonatal: Normal \_\_\_\_\_ Alterada \_\_\_\_\_ Especificar
  - Internación Neonatal (Diagnóstico al Alta):
  - Visita Domiciliaria: Si No
  - (Según criterios definidos por el Programa Niñez, y considerados en la Meta 1)
  - Alimentación:
  - Recomendaciones
  - Examen Físico: Peso, Talla, Perímetro Craneano
  - Firma, contrafirma y N° de Caja Profesional del médico o Institucional

**b) En consultas programadas subsiguientes:**

- 
- Identificación del Niño/a
  - Alimentación actual
  - Vigencia de CEV
  - Desarrollo: - Normal para la edad Si / No. 4,18 meses y 4 años completar hoja de Desarrollo
  - Examen Físico: Peso, Talla, PC. Completar gráficos correspondientes
  - Recomendaciones
  - Firma, contrafirma y N° de Caja Profesional del médico o Institucional

**c) En consultas no programadas o por Patología:**

- 
- Identificación del Niño/a
  - Motivo de Consulta
  - Examen Físico
  - Planteos diagnósticos
  - Indicaciones
  - Firma, contrafirma y N° de Caja Profesional del médico o Institucional

**d) En consultas que cumplen criterios de inclusión predefinidos:**

- 
- Adolescentes: Hoja SIA completa Si / No (Según requerimientos de Meta 2)
- 

**e) Datos Adicionales requeridos**

- Ecografía de Caderas: debe estar registrada su indicación y su realización (o no) antes de cumplidos los 4 meses. Si es patológica, debe registrarse acciones realizadas.
- Control de Salud Bucal: debe estar registrada su realización por parte del Pediatra antes del año de vida. Detallando: Normal Si/ No; Derivación a Odontólogo Si/ No
- Control Odontológico: debe estar registrada su indicación y su realización una vez al año, a partir segundo año de vida. Detallando: - Normal Si - No
- Control Oftalmológico: debe estar registrada su indicación y su realización a los 3 a los 5 y a los 12 años. Detallando: - Normal Si - No

**3.13. Datos Mínimos para la historia clínica de Medicina General/ Interna.** <sup>26</sup>

El criterio es priorizar la información para el cumplimiento de metas asistenciales. De modificarse las mismas se podrá modificar los datos mínimos a exigir.

**Datos a Exigir:**

**a) En primera consulta:**

- Identificación del Paciente (edad, sexo)
- Antecedentes Familiares
- Antecedentes Personales
- Motivo de Consulta
- Examen Físico
- Planteos diagnósticos
- Indicaciones
- Firma, contrafirma y N<sup>o</sup> de Caja Profesional del médico o Institucional

**b) En consultas subsiguientes:**

- Identificación del Paciente
- Motivo de Consulta
- Examen Físico
- Planteos diagnósticos

---

<sup>26</sup> Acuerdo de la CAM de 5 de noviembre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

- Indicaciones
- Firma, contrafirma y N° de Caja Profesional del médico o Institucional

c) **En consultas que cumplen criterios de inclusión predefinidos:**

- Adolescentes: Hoja SIA completa Si / No
- Adultos de 45 a 64 años: Hoja de Screening completa Si / No
- Adultos de 65 a 74 años: Formulario de 5 datos básicos completo Si / No
- Mujeres en edad genital activa: PAP vigente Si / No
- Mujeres de 40 a 59 años: Mamografía vigente Si / No

**3.14. Datos Mínimos para la historia clínica de Ginecología.<sup>27</sup>**

- Menarca
- Dismenorrea: SI/ NO
- Ciclos menstruales (cada cuanto). Duración sangrado y periodicidad. Coágulos SI/ NO
- Flujo
- Dispareunia
- Sinusorragia
- Inicio RRSS fecha:
- Pareja actual: si/no. Estable/ no estable. Hetero/homo.
- RRSS actuales: si/no
- Ecografía perimenopáusica c/ medida de grosor endometrial
- Fecha menopausia
- Síndrome Climaterio: SI/ NO
- Recomendaciones en prevención de osteoporosis: SI/ NO
- CIRUGIAS GINECOLÓGICAS o patologías ginecológicas: Cual y fecha
- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:
  - N° embarazos: N° de nacidos: vivos/ muertos
  - Cantidad de partos
  - Cantidad de partos normales

<sup>27</sup> Acuerdo de la CAM de 5 de noviembre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

- Fórceps
- Cesáreas
- N° de prematuros
- Edad/es gestacionales/ es
- COMPLICACIONES DEL PARTO:
  - Hemorragias: SI/ NO
  - Infecciones: SI/ NO
  - Depresión: SI/ NO
  - Otros: SI/ NO. Cuál.
- LACTANCIA:
  - ¿Cuántos hijos recibieron lactancia?
  - ¿Cuánto tiempo, el/la que recibió más?
- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
  - Cuál, cuáles
  - Tiempo de uso
  - No uso
  - Tolerancia
  - Control/ caracteres de uso
- ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
  - Sífilis
  - HIV/SIDA
  - Hepatitis B
  - Virus del Papiloma Humano Si/NO
  - Corresponde Vacunación HPV (recomendación MSP): Si corresponde
    - Vacunada (fecha)
    - No vacunada

Los cuadros detallados a continuación son una sugerencia pudiendo la institución adaptar los mismos según lo considere.

REGISTRO DE EXÁMENES Y METODOS ANTICONCEPTIVOS

FECHA	METODO	Caracteres de uso y CONTROL

REGISTRO PAPANICOLAOU

FECHA	Pap	Colpo	Resultado	Firma/CPJ

REGISTRO DEL EXAMEN DE MAMAS

FECHA	Normal	Patológica	Mamografía	Ecografía	Firma/CPJ

3.15. Datos Mínimos para la historia clínica de Puerta de Emergencia.<sup>28</sup>

De la Asistencia

- Motivo de consulta
- Examen físico
- Diagnóstico o Planteos Diagnósticos
- Destino : Alta a domicilio/ Ingresos/ Internación domiciliaria/ Fallecimiento
- Indicaciones al Alta del Servicio en todos los casos del numeral “d”
- Firma / contrafirma del Médico

<sup>28</sup> Acuerdo de la CAM de 5 de noviembre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

## **Pase de Guardia**

Registro en planilla diseñada ad hoc, con firma del médico entrante y saliente

### **3.16. Retribución variable para la actividad de atención domiciliaria para cargos de alta dedicación.<sup>29</sup>**

1. La retribución variable de la atención domiciliaria representa el 25% del valor hora definido en la cláusula décima (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.” Página 13 de este texto ordenado) multiplicado por el total de horas de atención domiciliaria definidas en el cargo. El valor unitario del llamado es \$59 a valores del 1º de julio de 2012.
2. Las empresas se comprometen a no exigir a los médicos más de tres llamados de atención domiciliaria por hora, siempre y cuando el radio asignado permita cumplir razonablemente dichos llamados en una hora.
3. El pago variable de atención domiciliaria se define por el cumplimiento de los llamados, y su correspondiente registro. El valor unitario del llamado surge del cociente entre el 25% del valor hora y la cantidad de llamados máxima por hora (3 llamados).
4. Al monto a pagarse por dichos llamados se le adicionará el viático correspondiente, en caso de que el médico utilice vehículo propio para los actos médicos a domicilio.

### **3.17. Retribución variable para la actividad de urgencia y emergencia centralizada para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría.<sup>30</sup>**

1. La retribución variable de emergencia y urgencia representa el 25% del valor hora definido en el acuerdo de Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012 (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.”. Página 13 de este texto ordenado) multiplicado por el total de horas de emergencia y urgencia centralizada definidas en el cargo y efectivamente realizadas.
2. Se aplican para esta actividad las condiciones generales de la retribución de los cargos de alta dedicación establecidas en el numeral décimo del acuerdo de Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012 (“Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación.”. Página 13 de este texto ordenado).
3. El pago variable para esta actividad se define en base al correcto registro en la historia clínica estandarizada, definida en el numeral undécimo 6 del acuerdo (“Retribución

---

<sup>29</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012.

<sup>30</sup> Acta CAM junio 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

variable para la actividad de policlínica para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría. Página 14 de este texto ordenado).

4. Para la liquidación del pago variable de emergencia y urgencia centralizada, se considera el total de pacientes vistos en el período y la cantidad de historias clínicas completas. Si el porcentaje de historias clínicas completas en relación a la cantidad de pacientes vistos por el médico es inferior a 80%, no se cobra el componente variable de la remuneración. Si ese porcentaje supera el 80%, se cobra proporcionalmente, esto es, un porcentaje del variable equivalente al porcentaje de historias clínicas completas en relación a la cantidad de pacientes vistos por el médico.
5. El control acumulará cuatro meses y condicionará el pago de los siguientes 4 meses. Si la Institución por cualquier razón no hace la evaluación de referencia en los plazos establecidos, continuará obligada al pago del variable hasta su realización efectiva, en períodos no inferiores a los cuatro meses desde la anterior. El resultado de la evaluación deberá ser notificado al médico personalmente, quien podrá solicitar la exhibición de la documentación que pruebe el resultado de la evaluación en caso de ser negativa. La carga de acreditar documentalmente la correcta liquidación del variable será del empleador. Si a la fecha de pago el empleador no hubiera acreditado documentalmente al trabajador la específica liquidación de su variable, deberá abonarle preceptivamente la totalidad del mismo.
6. La implementación del pago variable en la actividad de emergencia y urgencia centralizada es opcional y cada empresa podrá decidir si utilizarlo o no. En caso de aplicar el sistema, debe comunicarlo a la CAM e incluir a todos los cargos de alta dedicación que realicen la actividad mencionada precedentemente y a los que se contraten a partir de dicho momento.
7. La aplicación retroactiva del pago variable puede realizarse exclusivamente en los casos contemplados en el acta de la CAM de fecha 19 de diciembre de 2012.
8. Evaluación permanente. La necesidad de unificar los criterios de ingreso de los registros médicos lleva a priorizar al comienzo del nuevo régimen de trabajo el correcto registro en la historia clínica. La ventaja de esto radica en la unificación de los criterios de registro de datos que permitirá contar con una base mínima que permita sustentar desarrollos futuros del pago variable así como su fácil control. El pago variable debe tener flexibilidad en el tiempo y deberá convocarse al consejo de salarios cada dos años previa evaluación por parte de la CAM de la forma de pago implementada y posibles cambios o incorporaciones que se consideren necesarios.
9. **Historia clínica estandarizada.** Se toma conocimiento de las historias clínicas estandarizadas presentadas por el MSP para la actividad de policlínica y urgencia centralizada de las especialidades de pediatría, ginecología, medicina general y familiar, en el marco del numeral 11.6 del acuerdo del 5 de noviembre de 2012("Retribución

variable para la actividad de policlínica para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría. Página 14 literal 6 de este texto ordenado).

**3.18. Retribución variable para ginecotología y obstetricia para cargos de alta dedicación.<sup>31</sup>**

1. Se aplican los aspectos generales establecidos en la cláusula décima. ("Condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación." Página 13 de este texto ordenado)
2. La forma de pago para la actividad en policlínica es análoga a la establecida en la cláusula undécima ("Retribución variable para la actividad de policlínica para cargos de alta dedicación. Medicina general, familiar y pediatría. Página 14 de este texto ordenado)
3. De existir, la actividad quirúrgica, coordinada y de urgencia y emergencia de esta especialidad, la misma queda contenida dentro de las cargas horarias establecidas para los cargos de alta dedicación.
4. Pago variable de la actividad quirúrgica coordinada y de urgencia y emergencia: Se creará un fondo común donde se volcará el 25% del valor de cada hora de guardia o coordinación, correspondiente a los cargos de ginecotología de este tipo dentro de la Institución. Cada procedimiento quirúrgico ginecotológico tendrá asignado un puntaje de acuerdo a su complejidad, clasificado según corresponda a una cirugía corriente, mayor y alta; y para cada caso si es coordinado o urgente. Al final de cada cuatrimestre se acumularán los puntos por las cirugías realizadas por estos profesionales, se divide el fondo común entre la suma de los puntos del cuatrimestre, obteniéndose de ese modo un precio del punto. Se multiplicará el precio del punto por los acumulados por cada ginecotólogo en este régimen durante el cuatrimestre, configurándose de esta manera el componente variable a reembolsar en cada cargo. El procedimiento se realizará cada cuatro meses a los efectos de evitar fluctuaciones circunstanciales y condicionará el pago para los siguientes cuatro meses.

**3.19. Cláusula de salvaguarda por reclamos del laudo actual.<sup>32</sup>**

Los profesionales médicos que realicen actividades que coincidan con labores parciales de los cargos de alta dedicación, entendiéndose por tal, guardia sanatorial, servicio de urgencia o emergencia, visita domiciliaria, policlínica y/o radio; seguirán siendo remunerados según el laudo vigente establecido para los cargos ya existentes, no generando derecho alguno a reclamar la remuneración establecida para estos nuevos cargos integrales que se crean. La remuneración prevista en este convenio será exclusivamente para aquellos cargos de alta dedicación, que se ocupen a partir de la vigencia del presente laudo.

---

<sup>31</sup> Acta consejo de salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>32</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

### 3.20. Régimen de trabajo de los suplentes.<sup>33</sup>

Durante el período que dure la transición, aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo vigente en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios. En los casos que la suplencia sea por el total de horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora del presente acuerdo. Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de alta dedicación, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades del servicio.

### 3.21. Financiamiento para cargos de alta dedicación<sup>34</sup>

La transición del cambio en el laudo médico será financiada con la Meta 4, creada por resolución de la JUNASA N° 391/2012. Esta meta tiene como objetivo el financiamiento del costo incremental de los cargos de alta dedicación médica, esto es, el incremento del valor hora promedio y las horas que no son de atención directa. La trayectoria creciente de la meta 4 estará asociada a aumentos en las exigencias de cantidad de cargos de alta dedicación o incorporación de nuevas especialidades, y estas exigencias serán acumulativas período tras período. La meta 4 comenzará a exigir cargos de alta dedicación a partir del año 2013 como mínimo para las siguientes especialidades: medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecología. Se podrán incluir especialidades que no estén laudadas aún en el consejo de salarios en el marco del nuevo régimen de trabajo médico que se constituye en el presente acuerdo, como ser: geriatría, medicina interna y medicina intensiva (adulto, pediátrico y neonatal). Lo previsto anteriormente comenzará a regir luego de ser incorporadas al nuevo laudo médico. La exigencia será global, sin establecer requerimientos por especialidad.

La meta 4 tiene un valor al día de la fecha de \$ 6.62 por afiliado FONASA. Se establece que \$ 1.48 quedará afectado para la financiación de costos permanentes de implementación de los prestadores, no quedando sujeto por lo tanto al porcentaje de cumplimiento de los cargos de alta dedicación. La diferencia de \$ 5.14 por afiliado FONASA, se destinará para el financiamiento de los cargos de alta dedicación durante el año 2013. Por lo tanto, considerando la cantidad total de afiliados FONASA a la fecha, la meta 4 a tales efectos contaría en dicho año con aproximadamente \$10,4 millones a valores actuales. A partir de 2014 el incremento de la meta 4 se dará a través de los fondos destinados actualmente a la meta 3, cuyo valor promedio actual es de \$ 20.66 por afiliado FONASA; por lo tanto, considerando la cantidad total de afiliados FONASA a la fecha, la meta 3 representa aproximadamente \$41,8 millones a valores actuales. Estos valores se actualizarán posteriormente con los ajustes correspondientes de precios y cantidad de afiliados FONASA. El cambio implica disminuir gradualmente la meta 3, pasando los fondos para la meta 4 y distribuyéndolos igualitariamente por afiliado FONASA, reduciendo las exigencias de la meta 3 sólo en la proporción de cargos de alta dedicación que efectivamente se creen. Esto es, las exigencias de la meta 3 se mantienen

<sup>33</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>34</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

en la proporción que no se destine a la meta 4 y el cumplimiento deberá efectivizarse con cargos que no se regulen por el nuevo régimen de trabajo médico. El pasaje de la meta 3 a la meta 4 se realizará en partes iguales año a año y comenzará en el año 2014 finalizando en 2016, acompañando el proceso de ingreso de los pasivos al FONASA.

El pago de la meta 4 exigirá un cargo cada 7000 afiliados FONASA cada \$ 5.14 a valores de julio 2012, con independencia de la especialidad que se trate, ya sea de las laudadas en el presente acuerdo como las que se incorporen en base al cronograma establecido en el numeral 17. ("Comisión Asesora Multipartita (CAM).” Página 27 de este texto ordenado)

A partir de 2014, al inicio de cada año las instituciones deberán presentar a la JUNASA un cronograma de implementación para el período considerado con la lista de trabajadores que potencialmente pueden cambiarse al nuevo régimen de trabajo. En caso que la institución demuestre que, pese a haber realizado los máximos esfuerzos para su consecución, no fue posible completar la totalidad de los cargos previstos, igualmente cobrará dos tercios de los fondos incrementales de la meta para ese año, siempre que acredite acumulativamente que:

- i. Realizó llamados internos y externos a aspirantes para cubrir los cargos de referencia, con las especificaciones mínimas establecidas en el presente acuerdo, al menos con periodicidad semestral. Los llamados externos se aplicarán solo en el caso que la institución necesite horas adicionales.
- ii. Relevó entre su personal médico el interés de los mismos en ocupar los mencionados cargos, quedando debidamente documentado que no se obtuvo interés por parte de su cuerpo médico.
- iii. Todos los cargos que se creen o se transformen a partir del 1º de enero de 2013 y los médicos que ingresen a la institución a partir de esa fecha, lo hacen bajo el nuevo régimen de trabajo médico previsto en el presente acuerdo.
- iv. La relación entre las horas suplentes y titulares de cada una de las especialidades contempladas en la meta no aumente en relación al período anterior, salvo que hayan quedado horas libres para cargos de alta dedicación y a través de las acciones planteadas en los numerales i y ii de la presente cláusula no se hayan podido obtener los cargos necesarios bajo el nuevo régimen.

En el año 2013 se aplica el mismo régimen sustituyendo la presentación del cronograma por una declaración de las instituciones al final del año, respecto a las acciones aplicadas para el desarrollo del nuevo régimen de trabajo médico. Los fondos que se constituyen en el año 2013 se cobrarán en un 100% período tras período siempre que se cumplan los requisitos previstos en los numerales i a iv.

Un tercio de la meta 4, en cada período a partir de 2014, se pagará siempre que se complete el número total de cargos de alta dedicación exigidos en todos los períodos previos. Este último pago se realizará de manera proporcional al número de cargos exigidos, siempre que se hayan alcanzado previamente los requerimientos establecidos a través del financiamiento de la meta 4 previsto para 2013 y los que surgen de las dos terceras partes de los recursos provenientes de la meta 3.

Los fondos previstos para la meta 4 no podrán tener otro destino que el indicado precedentemente. El financiamiento de la transición del cambio en el laudo médico se mantendrá a través de este mecanismo hasta tanto se incorpore a las cápitras.

### 3.22. Comisión Asesora Multipartita (CAM).<sup>35</sup>

Se crea la CAM del Consejo de Salarios del Grupo 15, coordinada por el MSP, y con la participación del Poder Ejecutivo, el SMU y la amplia participación de las instituciones del sector, con el objetivo de monitorear los cambios que establece el presente acuerdo en su vínculo con los procesos asistenciales. Toda propuesta de cambio en las condiciones de trabajo médica que surja de dicha comisión deberá elevarse al Consejo de Salarios quien será el responsable de tomar las resoluciones que considere pertinentes. La CAM deberá elaborar propuestas para elevar al Consejo de Salarios en base al siguiente cronograma de trabajo:

1. Análisis de la forma de pago variable para la actividad de emergencia y urgencia de medicina general y pediatría. Plazo 30/11/2012
2. Revisión del laudo vigente para determinar los aspectos que quedan sin vigencia en el nuevo régimen. Plazo 15/12/2012
3. Definición de los cargos de alta dedicación de medicina interna y medicina intensiva (adultos, pediátrica y neonatal). Plazo 15/03/2013
4. Definición de los cargos de alta dedicación de geriatría y psiquiatría. Plazo 30/04/2013
5. Análisis de los cargos de jefatura, coordinación y consultantes. Plazo 31/05/2013
6. Análisis y definición de los cargos de avance para todas las especialidades. Plazo 30/07/2013
7. Revisión del laudo para las restantes especialidades. Plazo 30/08/2013

Todos los actores deberán facilitar en la CAM información sobre los numerales 16.i al 16.iv ("Financiamiento para cargos de alta dedicación". Página 25 de este texto ordenado)

### 4. COMPATIBILIZACIÓN DE LOS CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN CON LA ACTIVIDAD DOCENTE EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UDELAR<sup>36</sup>

1. El Consejo de Facultad de Medicina de la Universidad de la República, con fecha 12 de marzo de 2013 resuelve generar mecanismos de compatibilización de los cargos de alta dedicación médicos acordados en el Consejo de Salarios en 2012 con los cargos docentes y la realización de postgrados, considerando entre otras cosas "4. Que la calidad técnica de los docentes y postgraduados de la Facultad de Medicina es ampliamente reconocida en las instituciones asistenciales públicas y privadas. 5. La necesidad de la Facultad de Medicina de aumentar su plataforma docente. 6. La necesidad de compatibilizar los cargos de alta dedicación en instituciones privadas con la carrera docente en la Facultad de Medicina, en el entendido que existe un beneficio

<sup>35</sup> Acta Consejo de Salarios 5 de noviembre de 2012

<sup>36</sup> Acta CAM junio 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

*compartido, para la Facultad, las instituciones y los profesionales.”* Asimismo, el Consejo resuelve solicitar la integración de la FMED a la CAM a los efectos de cumplir con los propósitos plasmados en la resolución.

2. En el caso de médicos de alta dedicación que accedan a un cargo docente durante el período de su desempeño en la institución, permitir una flexibilización en la carga horaria de su cargo de alta dedicación, a los efectos del desempeño de ambos cargos, siempre que se verifique en la Facultad de Medicina una adecuación horaria en las mismas proporciones; ajustándose el pago de manera proporcional a las horas efectivamente realizadas en la institución o empresa de salud que desempeñe su actividad.
3. En el caso de docentes que, en el marco del desempeño de un cargo de alta dedicación, tenga estudiantes de pre o postgrados a cargo en una de las instituciones asistenciales, se podrá computar dicha carga horaria al cargo docente.
4. En el caso de estudiantes de postgrado que, en el marco del cumplimiento de un cargo de alta dedicación, en dicha institución existan tutores acreditados, se podrá computar dicha carga horaria al postgrado. Al mismo tiempo, las instituciones podrán computar estas horas al cargo de alta dedicación. Esta disposición no incluye a los Residentes en tanto están imposibilitados por Ley de desempeñar cargos por fuera del sistema de residencias médicas.
5. A los efectos de la autorización correspondiente, los médicos de alta dedicación deberán presentar ante la institución que lo contrata la siguiente documentación:
  - a. Carta intención en la cual se plantee los ajustes horarios a realizar.
  - b. En cualquier caso los ajustes horarios no podrán comprometer más del 25% de la carga horaria definida en el cargo.
  - c. Constancia expedida por la Facultad de Medicina donde se haga constar que desempeña un cargo docente o de postgrado. Dicha constancia se deberá acompañar del volumen horario total y la reducción aprobada a los efectos de verificar su compatibilidad.
6. Integrar a la Facultad de Medicina de la UdelaR a la CAM.
7. En el caso de aquellos CAD que se adscriban al régimen de Compatibilización de los cargos de alta dedicación con la actividad docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, las restricciones de la carga horaria contenidas en los acuerdos respectivos de cada especialidad se aplicarán proporcionalmente a la cantidad de horas que desempeñe en la institución.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Acuerdo CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

## 5. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MEDICINA INTENSIVA

### 5.1. Antecedentes<sup>38</sup>

La presente propuesta se enmarca en los lineamientos generales del acuerdo aprobado y suscrito ante el Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012.

### 5.2. Ámbito personal de aplicación<sup>39</sup>

El nuevo régimen de trabajo de Medicina Intensiva se aplicará a las especialidades médicas de las Unidades de Medicina Intensiva de Adulto, Cardiológicas, Pediátrica y Neonatología.

### 5.3. Ámbito espacial de aplicación<sup>40</sup>

Todas las Unidades de Medicina Intensiva del país deberán incorporar el cambio de modelo de trabajo acordado en este documento.

### 5.4. Definiciones y descripción de tareas.<sup>41</sup>

El nuevo sistema de integración del trabajo en Medicina Intensiva, se basa en la creación y el desarrollo de Cargos de Alta Dedicación Longitudinales (CADL), Cargos de Alta Dedicación Transversales (CADT), Cargos de Alta Dedicación Mixtos (CADM) y reorganización de los cargos tradicionales de Médicos de Guardia (MG).

#### 5.4.1. Cargos de Alta Dedicación Longitudinal (CADL)<sup>42</sup>

Con los CADL se garantiza y optimiza la asistencia del paciente crítico, haciendo del diagnóstico, tratamiento y evolución un acto continuo y se asegura la cobertura de tareas de coordinación asignada, los 365 días del año.

##### 5.4.1.1. Actividades y Competencias del CADL<sup>43</sup>

Sus actividades y competencias deben comprender, entre otros, tres aspectos que involucran lo asistencial, lo docente formativo y la gestión clínica. Los mismos se describen a continuación en forma enunciativa y en concordancia con la normativa vigente:

#### a) En lo Asistencial:

<sup>38</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

<sup>39</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

<sup>40</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

<sup>41</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

<sup>42</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

<sup>43</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014

1): Asistencia y atención directa con el paciente en base a:

- Diagnóstico, terapéutica y realización de los procedimientos y técnicas habituales de Medicina Intensiva.
- Escribir las indicaciones diarias y solicitar paraclínica diferida.
- Actuar en casos de emergencia efectuando las acciones diagnósticas y terapéuticas que correspondan.
- Seguimiento y evolución diario de los pacientes.
- Registros y documentación completa en la historia clínica del paciente (ingresos, egresos y evoluciones)
- Responsabilidad directa en el vínculo con el paciente y su familia, brindando diariamente el informe médico correspondiente y asegurando la continuidad de la información, así como la comunicación evolutiva necesaria.
- Registro en historia clínica de consentimientos informados para procedimientos invasivos.

2): Colaborar con el Jefe del Servicio en la implementación de la política asistencial de la Unidad aplicando los protocolos de diagnóstico y terapéutica establecidos.

3): Subrogar al jefe de la Unidad en su ausencia.

4): Interacción con el MG o CADT transmitiendo el Pase de guardia.

**b) En Calidad y Gestión:**

- Responsabilidad documental de la Historia clínica, asegurando la calidad de los registros y colaborando en la elaboración de índices e indicadores
- Participación en Protocolos de seguridad del paciente
- Participación en Protocolos de evaluación y tratamiento de múltiples patologías
- Integración en las diferentes comisiones hospitalarias/sanatoriales vinculadas a la seguridad del paciente (COSEPA; Comité de Infecciones, etc.).

**c) Actividades Académicas en Formación y Docencia (en aquellos centros que debidamente acreditados participan en el Plan de Residencias Médicas):**

- Participación en la producción y creación de Protocolos Asistenciales (terapéuticos y diagnósticos), según la mejor evidencia disponible.
- Participación en Investigación y producción científica
- Participación en educación y seguimiento a especialistas en formación
- Participar en tareas de capacitación del personal médico y no médico de la Unidad
- Planificación e implementación de actividades de Lectura de Revistas, Puesta al Día, Discusión de nuevos artículos, Conocimientos de nueva Tecnología.
- Coordinación de reuniones de discusión de casos clínicos con otras especialidades.

#### 5.4.1.2. Acceso a los CADL<sup>44</sup>

Se propone que su acceso sea para aquellos que posean título de especialista en medicina intensiva de adultos, cardiólogo (para las Unidades Cardiológicas), intensivista pediátrico o neonatólogo, debidamente registrado en el MSP, con reconocida capacidad técnica, experiencia clínica y trayectoria. Se elegirá entre candidatos que tengan al menos, 3 años de experiencia de trabajo en la Especialidad luego de obtenido el título, dado que se trata de cargos con tareas de alta responsabilidad asistencial equiparables a los actuales cargos de coordinación.

La incorporación se realizará de la siguiente manera: pueden aspirar todos los integrantes del servicio que cumplan los requisitos, determinando la institución los criterios para la asignación de los cargos. Si no se cubren los cargos con aspirantes de la institución, se llamará a concurso.

#### 5.4.1.3. Régimen de trabajo de los CADL<sup>45</sup>

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 deberán tener una concurrencia diaria y podrán desempeñarse en el régimen de lunes a viernes o de lunes a sábados (hábiles), preferentemente en horario matutino (8 a 14 horas.). 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. En el caso de neonatología y medicina intensiva pediátrica, las horas remanentes podrán incluir actividad de policlínica especializada.

#### 5.4.2. Cargos de Alta Dedicación Transversal (CADT)<sup>46</sup>

Se define como CADT aquél que realiza tareas como médico de guardia concentrada en una institución, con un volumen horario asignado semanal de 40 a 48 horas.

<sup>44</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>45</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>46</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

#### **5.4.2.1. Acceso a los CADT<sup>47</sup>**

Podrán acceder todos los médicos que posean título de especialista de medicina intensiva de adultos, cardiólogo (para las Unidades Cardiológicas), intensivista pediátrico o neonatólogo, habilitado por el MSP, sin necesidad de documentar experiencia previa de trabajo. En el modelo objetivo se trata de un cargo de acceso al mercado laboral en Medicina Intensiva, de estas especialidades.

#### **5.4.2.2. Régimen de trabajo de los CADT<sup>48</sup>**

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. En el caso de neonatología y medicina intensiva pediátrica, la carga horaria podrá incluir actividad de policlínica especializada.

#### **5.4.3. Cargos de Alta Dedicación Mixtos (CADM)<sup>49</sup>**

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 (“Cargos de Alta Dedicación Longitudinal (CADL)”. Página 29 de este texto ordenado). 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. En el caso de neonatología y medicina intensiva pediátrica, las horas remanentes podrán incluir actividad de policlínica especializada.

Para estas unidades los Médicos de Guardia y/ o CADT se superponen con el horario

<sup>47</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>48</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>49</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

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, la institución deberá demostrar que se hicieron todos los esfuerzos necesarios para su contratación.

#### 5.4.4. Médico de Guardia (MG)<sup>50</sup>

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.

La descripción de tareas y actividades serán las siguientes, en forma enunciativa y de acuerdo a la normativa vigente:

- Asistencia directa al paciente en base a:
  - continuidad de los criterios asistenciales discutidos y laudados en la reunión clínica en que CADL y MG se superponen, con la presencia del Jefe del Servicio.
  - Diagnóstico, terapéutica y realización de los procedimientos y técnicas habituales de Medicina Intensiva en los pacientes que ingresan o los que ya ingresados requieren intervenciones terapéuticas.
  - Escribir las indicaciones correspondientes a su guardia y solicitar paraclínica diferida cuando corresponda.
  - Actuar en casos de emergencia efectuando las acciones diagnósticas y terapéuticas que correspondan.
  - Seguimiento y evolución de los pacientes durante la guardia.
  - Registros y documentación completa en la historia clínica del paciente (ingresos, egresos y evoluciones)
- Participación en educación y adiestramiento en las funciones de los Médicos Intensivistas y maniobras invasivas a especialistas en Formación

Sus tareas y actividades son las mismas que las definidas para los CADT. Se eliminan las diferencias de tareas entre G2 y G3 especificadas en la normativa actual.

Los médicos de guardia que tengan cargos en la Unidad en forma previa al cambio de modelo, y que no puedan o no quieran acceder a un CADL o CADT, seguirán cumpliendo sus funciones como hasta el momento, pero su horario comenzará a la hora 12 (que podrá variar

<sup>50</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta de Consejo de Salarios 7 de abril de 2014. Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

dependiendo de lo dispuesto en la cláusula A.3.3 del acta del 7 de abril –“Régimen de trabajo de los CADL” Página 31 de este texto ordenado –), reduciendo su carga semanal en 4 horas, por lo cual se verá incrementado en un 20% el valor hora, destinado a la persona y no al cargo, cesando dicho régimen al cese de la persona o su incorporación al nuevo régimen. En esta etapa inicial de la reforma y para los casos en que la Unidad no cambie al nuevo régimen de trabajo, (entendiéndose como tal, cuando no se haya implementado como mínimo todos los CADL posibles según la dotación estipulada en el presente acuerdo), se respetará el régimen de trabajo que actualmente cumplen los MG.

### 5.5. Definición de unidades según su tamaño<sup>51</sup>

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.

### 5.6. Dotaciones<sup>52</sup>

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

Cantidad de camas CTI – CI	CAD
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

<sup>51</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>52</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

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.

#### **5.7.Desarrollo Profesional Continuo<sup>53</sup>**

Durante dos horas cada día, se superpondrá los CADL con los CADT y/o MG para pase de guardia y actividades de Desarrollo Profesional Continuo. Estas últimas serán de dos horas semanales.

#### **5.8.Actividad de policlínica pediátrica<sup>54</sup>**

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 pediátrica 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.

#### **5.9.Jefatura y Coordinación actuales.<sup>55</sup>**

La figura del coordinador actual según definición de la normativa vigente tiende a ser eliminada en caso de que éstos accedan a la alta dedicación, traspasándose las competencias de ese cargo a los CADL. Los médicos que actualmente cumplen esa función y que no pasen a cargos ni cumplan criterios de alta dedicación, podrán mantener sus condiciones laborales hasta su retiro o pase a CADL.

Los cargos de Jefatura se mantienen con las mismas definiciones y responsabilidades descritas en la normativa vigente.

#### **5.10. Implementación.<sup>56</sup>**

Se considerará que una Unidad entra en el cambio de modelo cuando implementa como mínimo todos los CADL posibles y en forma simultánea, habilitando para ésta los cambios estructurales y de remuneración acordados.

<sup>53</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>54</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>55</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>56</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

Las partes firmantes se comprometen a realizar los máximos esfuerzos para que la reformulación del trabajo en medicina intensiva esté plenamente vigente al 31 de diciembre de 2014.

#### **5.11. Disposiciones transitorias vinculadas a la implementación<sup>57</sup>**

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.

---

<sup>57</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

## 5.12. Remuneración<sup>58</sup>

El financiamiento de los CADT, CADL y CADM, se regirá por lo dispuesto en el numeral 16 del Acuerdo del Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012. ("Financiamiento para cargos de alta dedicación". Página 25 de este texto ordenado)

- Se toma como base del sistema para aquellas unidades que ingresan al cambio de modelo, tanto en Montevideo como en el Interior, el valor del GIII del laudo SMU: \$622. Este valor se aplicará a todas las horas asignadas a los MG.
- Aquellos médicos GIII titulares que en el cambio de modelo reducen su carga horaria en 4 horas, percibirán un aumento de su valor hora del 20%, que será de \$746. Este incremento es a la persona y no al cargo y cesa al vacar.
- Aquellos médicos GII titulares que en el cambio de modelo reducen su carga horaria en 4 horas, percibirán un aumento de su valor hora del 20%, que será de \$622.
- Aquellos médicos que realicen suplencias parciales de cargo a titulares de Unidades que entran en el cambio de modelo percibirán una remuneración/hora de \$622.

Como excepción al régimen general estipulado en el numeral 10 del acuerdo del 5 de noviembre de 2012, se fijan los siguientes valores hora (a julio 2013):

- El valor hora para los CADT será de \$ 746
- El valor hora para los CADL será de \$ 820
- El valor hora para los CADM será de \$ 820

## 5.13. Retribución variable para la actividad en CTI - CI<sup>59</sup>

### 5.13.1. Marco conceptual.<sup>60</sup>

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.

<sup>58</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>59</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>60</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

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.

### 5.13.2. Mecanismo de pago variable.<sup>61</sup>

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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%

- d) El monto del FPV a distribuir dependerá del cumplimiento de las actividades exigidas.
- e) 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.
- f) 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.
- g) 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

<sup>61</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

componente variable (25% o 20% según el cargo que se trate) de su salario en los siguientes seis meses.

- h) De las cláusulas 9.2.3 a 9.2.7 (literales c) a g)) 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 (literal c) de la presente cláusula de este texto ordenado), 50% si se cumple con uno de ambos o 100% si se cumplen los dos.
- i) 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 cuota parte (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 pruebe el resultado. La carga de acreditar documentalmente la correcta liquidación del variable será del empleador.
- j) 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.

#### 5.14. Régimen de suplencias<sup>62</sup>

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.

<sup>62</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

## 5.15. Datos Mínimos para la implementación del pago variable<sup>63</sup>

### 5.15.1. Datos mínimos para Medicina Intensiva Adultos<sup>64</sup>

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)

### 5.15.2. Datos Mínimos de Neonatología.<sup>65</sup>

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.

---

<sup>63</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>64</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>65</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

### 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)

### 5.15.3. Datos Mínimos de Pediatría Intensiva<sup>66</sup>

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
- Diagnóstico 1
- Diagnóstico 2
- Fecha de Ingreso
- Fecha de Egreso
- Ventilación Mecánica (días)
- Infección Intrahospitalaria (si /no) numero

<sup>66</sup> Acuerdo CAM de 1º de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

- Condición del Alta (vivo o muerto)

#### 5.16. Consideraciones Generales<sup>67</sup>

1. **Aplicación del numeral 16 de acta de Consejo de Salarios de 5 de noviembre de 2012.** (“Financiamiento para cargos de alta dedicación”. Página 25 de este texto ordenado). Al sólo efectos de los Cargos de Alta Dedicación de Medicina Intensiva, podrán ser considerados como efectivizados Cargos Transversal que se incorporen en los tres años siguientes al cambio en la Unidad. Para ello, deberá presentarse una propuesta de incorporación de los CADT, que deberá ser validada por el Ministerio de Salud Pública. Esta presentación debe ser realizada en el momento en que la Unidad se transforme al régimen previsto en el literal A) siendo necesario que los cargos transversales pendientes de incorporación, se hagan efectivos proporcionalmente en los tres años. Asimismo, el cumplimiento de las condiciones previstas en el literal A) numeral 3.2 Acceso a los CADL (“Acceso a los CADL”. Página 31 de este texto ordenado), deberá ser documentado al informar la creación de cada cargo de alta dedicación.
2. **Revisión de normativa.** Las partes se comprometen a realizar gestiones para lograr ámbitos apropiados para la realización de las modificaciones a la normativa en Medicina Intensiva vigentes.

### 6. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO DE MEDICINA INTERNA

#### 6.1. Generalidades de la especialidad<sup>68</sup>

La Medicina Interna, entendida como especialidad, consiste en el ejercicio de una atención clínica completa y científica, que integra en todo momento los aspectos humanos del paciente con los fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos, mediante el adecuado uso de los recursos médicos disponibles.

La propia naturaleza de la Medicina Interna, que abarca en un sentido integral e integrador los procesos diagnósticos y terapéuticos de la enfermedad y de su expresión a través del enfermo, exige un profundo conocimiento de las bases científicas de la fisiopatología y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de las enfermedades internas en su más amplio sentido. Al internista, ningún proceso morboso o problema clínico que el enfermo padezca le debe parecer ajeno a su incumbencia y responsabilidad, aunque, como es lógico, recabe la experiencia de otros especialistas siempre que sea precisa<sup>69</sup>.

El internista actúa como consultor con otros especialistas y, a su vez, es capaz de integrar las

<sup>67</sup> Acuerdo CAM de 29 de octubre de 2013 - Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>68</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>69</sup> Definición realizada por la Sociedad Española de Medicina Interna para la modificación de la Guía de Formación de Especialistas de la Comisión Nacional de Especialidades Médicas, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Cultura. España 1996.

opiniones de éstos en beneficio del cuidado integral del paciente.

Realiza su actividad en: sanatorio (visita y guardia sanatorial), policlínica, emergencia y domicilio.

### 6.2. Definición general del cargo de alta dedicación de medicina interna<sup>70</sup>

La reforma de la organización del trabajo en medicina interna tiene por objetivo central la mejora de la calidad asistencial a través de una nueva forma de ejercicio profesional. La horizontalidad de la actividad del internista incorporada en los Cargos de Alta Dedicación, permite el seguimiento longitudinal de los pacientes internados lo que constituye una condición necesaria para la calidad asistencial en los servicios de internación. La continuidad asistencial del paciente debe implicar la supervisión de la coordinación al alta, ya sea para control en policlínica de medicina interna o realizando la contra referencia con su médico de referencia. Las actividades no asistenciales contempladas en el nuevo régimen de trabajo médico (desarrollo profesional médico continuo, protocolización, información epidemiológica, auditoria, etc.) constituyen tareas esenciales para la mejora de la calidad asistencial.

### 6.3. Régimen laboral de los especialistas en medicina interna<sup>71</sup>

#### Internista de Sanatorio (G III)

Definición de función: Es aquel médico especialista en Medicina Interna responsable de la asistencia y tratamiento de los pacientes internados en el sanatorio, incluido su seguimiento hasta el alta sanatorial. Puede también actuar como consultante de otros médicos sobre pacientes internados.

#### Médico de guardia sanatorial (G II)

Definición de función: es aquel médico especialista en Medicina Interna responsable de la vigilancia y cuidado de los pacientes internados en el área médica, de las consultas médicas de urgencia sobre pacientes quirúrgicos internados; y de la asistencia de los pacientes que ingresan, hasta que sean asistidos por el Internista tratante.

#### Médico de puerta (G II)

Definición de función: es aquel médico especialista en Medicina Interna que se ocupa de la asistencia, control y tratamiento de los pacientes que consultan en el área de Emergencia o puerta de la Institución, quien además seguirá la evolución y el tratamiento de los pacientes en áreas de pre internación, quedando a su criterio el ingreso o el alta de los mismos.

<sup>70</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>71</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

#### Internista consultante (G IV)

Definición de función: Es aquel Médico Internista integrante del equipo, que realiza consultas de pacientes derivados por otros especialistas, desarrollando su labor tanto en Policlínica, como en áreas de internación o domicilio. Podrá tener un rol central en la generación, desarrollo y coordinación de actividades de EMC.

#### Director de servicio (G V)

Definición de función: Es aquel Médico Internista que dirige la actividad del Departamento, en los casos en que exista como tal, cumpliendo las funciones de programación, supervisión y organización.

### **6.4. Nuevo modelo de trabajo medico en medicina interna<sup>72</sup>**

Se toma como referencia la clasificación según grados y la propuesta conjunta (SMIU-SMU) de organización en niveles para el funcionamiento de los eventuales servicios de medicina en el ámbito privado.

Se proponen tres niveles para los cargos de alta dedicación:

Nivel 1: cargo base o de inicio.

Nivel 2: cargo de avance o consultante.

Nivel 3: cargo de dirección o jefatura.

### **6.5. Descripción de las tareas de los cargos<sup>73</sup>**

De esta manera para el cargo de base o inicio se consideran las actividades que atañen tanto al médico internista grado II como al grado III: guardias sanatorial y de emergencia, internación domiciliaria, visita de piso, policlínicas de medicina interna y cuidados paliativos. El cargo de avance o consultante se corresponde con la actividad del internista grado IV, y el de director o jefe al grado V.

**Para los cargos de inicio**, los médicos internistas trabajarán en régimen de 40 a 48 horas semanales (de 175 a 209 horas mensuales respectivamente)<sup>74</sup>, y su valor hora será de \$795 nominales, al 1 de julio de 2013. A este valor se deberá adicionar las compensaciones que puedan corresponder por trabajo nocturno y antigüedad la que se calculará sobre las mismas bases que en la actualidad.

La carga horaria comprenderá visita sanatorial, en régimen de internación domiciliaria o con funciones en el Departamento de Emergencia (mínimo de 24 horas semanales), policlínica, tareas no asistenciales (mínimo 2 horas semanales), y guardia interna (máximo de 16 horas).

La visita sanatorial se desarrollará de lunes a sábado. Podrá contemplar un régimen de visita y contravisita diario acordado entre la institución y el médico. Los médicos internistas que

<sup>72</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>73</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>74</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.



ingresen al régimen de alta dedicación podrán ser convocados para realizar contravisita de domingos y feriados dentro de su cargo, en una relación que no exceda un domingo cada 6.

En el caso de internación domiciliaria se asistirán pacientes en un máximo a 2 pacientes por hora.



En el caso de internista con funciones en el Departamento de Emergencia abarca las diversas modalidades (horizontal/vertical) de visita de internista en el servicio de Emergencia.



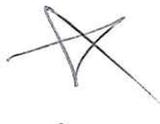
Para las tareas no asistenciales, rigen las condiciones acordadas en el acta del Consejo salarios grupo 15 del 5 de noviembre de 2012.

Las tareas de guardia serán presenciales, en turnos de no más de 16 horas, teniendo a su cargo un sector de internación no mayor a 50 camas.

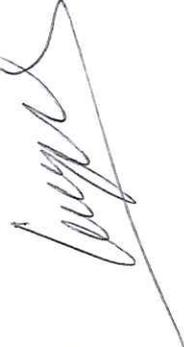
#### **6.6. Definición de las actividades para cargos de alta dedicación de medicina interna.<sup>75</sup>**



Policlínica de Medicina Interna: En su actividad en policlínica, el internista se desarrolla como especialista que recibe pacientes derivados para consulta y/o seguimiento por parte del médico de referencia, por parte de otros especialistas o al alta sanatorial. El especialista en medicina interna en su actividad en policlínica tiene un rol fundamental en el diagnóstico de diversas patologías en particular complejas, en el manejo y seguimiento del paciente con comorbilidades (en particular con comorbilidades múltiples), en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades sistémicas y otras patologías complejas, y control al alta sanatorial o del Departamento de Emergencia.



Actividad sanatorial: En la actividad sanatorial de los servicios de medicina, el internista realizará la visita diaria de lunes a sábado, siendo el responsable de la asistencia de todos los pacientes ingresados en áreas médicas de internación, coordinando la asistencia de los pacientes ingresados, interactuando cuando lo estime conveniente con otros especialistas, debiendo realizar el ingreso del paciente, el seguimiento y siendo el responsable del alta sanatorial del paciente.



En las áreas de sanatorio de servicios quirúrgicos o polivalentes el internista será el responsable en función de la organización de cada institución médica de todos los pacientes ingresados, o, de los pacientes con patología médica y los que son asignados a solicitud de interconsulta por parte de los especialistas quirúrgicos. En este caso, el médico internista realizará la historia médica del paciente, el seguimiento y definirá en conjunto con el colega tratante el alta sanatorial, realizando ambos especialistas resúmenes de egreso sanatorial de ser posible en forma conjunta.



---

<sup>75</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

Actividad en el Departamento de Emergencia: El internista tendrá a su cargo la visita longitudinal de las áreas de pre internación, deberá evacuar interconsultas de los médicos de guardia y realizará tareas de supervisión.

En el área de Emergencia podrá tener un régimen de trabajo horizontal o en régimen de guardia de internista para la interconsulta y supervisión, en función de la organización del Departamento de Emergencia.

Actividad de internación domiciliaria: el internista realizará la visita diaria de lunes a sábado, siendo el responsable de la asistencia de todos los pacientes ingresados, debiendo realizar el ingreso, seguimiento y egreso del paciente del servicio de internación domiciliaria.

#### **6.7. Retribución variable para la actividad de medicina interna en visita sanatorial y guardia interna.<sup>76</sup>**

1. El pago variable a medicina interna es individual y se efectiviza en función de la realización de una adecuada Historia Clínica y Resumen de Egreso, correspondiendo cada ítem al 50% del pago del variable.
2. Los componentes mínimos que deben contener la Historia Clínica y el Resumen de Egreso se detallan en el Anexo. ("Componentes mínimos de la historia clínica y el resumen de egreso". Página 47 de este texto ordenado)
3. Para percibir el 50% vinculado al registro de la historia clínica y el 50% vinculado al resumen de egreso, se debe tener el 100% de la información mínima solicitada en cada componente, para todos los pacientes durante el período de tiempo considerado. El pago variable está condicionado entonces por el registro de la historia clínica y el resumen de egreso de las 14 camas de los servicios de medicina de las que es responsable de su atención longitudinal el médico internista y de todos los pacientes asignados en las áreas polivalentes y quirúrgicas.
4. El control del pago variable acumulará tres meses y condicionará el pago en los siguientes tres meses. En los casos de ausencia justificada del profesional dentro de los tres meses referidos, el control se hará por el período de tiempo efectivamente trabajado. 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 cuota-parte (en caso de que sea un solo componente) hasta su realización efectiva, en períodos no inferiores a los tres 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 pruebe el resultado. La carga de acreditar documentalmente la correcta liquidación del variable será del empleador.
5. 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. La CAM creará un ámbito técnico 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

---

<sup>76</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

aportados y determinará la oportunidad de introducir cambios o nuevos indicadores, a efectos de mejorar progresivamente la calidad de la información.

#### **6.8. Retribución variable para la actividad de internación domiciliaria.<sup>77</sup>**

1. La retribución de la actividad de internación domiciliaria incorporada a los CAD en los acuerdos del 5 de noviembre de 2012 y del 7 de abril de 2014, se rige por las condiciones generales para la retribución de los cargos de alta dedicación.
2. El mecanismo de pago variable es el definido en la cláusula 4 del presente acuerdo.

#### **6.9. Componentes mínimos de la historia clínica y el resumen de egreso<sup>78</sup>**

##### **Componentes mínimos de la historia clínica**

- Ficha patronímica
- Motivo de ingreso
- Antecedentes de la enfermedad actual
- Enfermedad actual
- Evolución de enfermedad actual
- Antecedentes personales.
- Tratamientos recibidos (si es relevante)
- Examen físico
- Paraclínica
- En Suma final con planteo diagnóstico y conducta
- Evolución

##### **Componentes mínimos del resumen de egreso**

- Diagnóstico presuntivo al ingreso
- Diagnóstico al egreso
- Resultados paraclínicos relevantes
- Tratamientos recibidos y medicación
- Anatomía patológica (si aplica)
- Resultados pendientes (si aplica)
- Control evolutivo
- Condición al alta
- Indicaciones claras
- Referencia y contra referencia

#### **6.10. Régimen de suplencias<sup>79</sup>**

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

<sup>77</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>78</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>79</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

régimen de trabajo establecido en el laudo del año 1965 en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios. En los casos que la suplencia sea por el total de horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora del NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO. Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de alta dedicación, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades de servicio.

#### **6.11. Médico pediatra en sanatorio cuidados moderados.<sup>80</sup>**

1. En el caso de los Médicos Pediatras responsables de la atención médica de pacientes que requieren cuidados moderados, se aplica el cargo de inicio de medicina interna definido en el Acta de Consejo de Salarios del 7 de abril de 2014 y las correspondientes modificaciones establecidas en el presente acuerdo.
2. Los pediatras referidos en la cláusula anterior quedan exceptuados de la obligatoriedad de realizar horas de policlínica establecida en la cláusula 5.4 del acta de Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012. En caso de incluir policlínica para referenciación de usuarios dentro de las actividades del cargo, tiene que representar al menos 20% de la carga horaria semanal y para el pago de estas horas regirán los valores y condiciones incluidas en la definición de Cargos de Alta Dedicación de Pediatría.
3. El número de Médicos Pediatras responsables en sanatorio de la atención de pacientes que requieren cuidados moderados no deberá superar una relación de un pediatra cada 14 camas disponibles para pacientes pediátricos hospitalizados y 18 pacientes para servicios pediátricos polivalentes.
4. El pediatra que desempeñe el CAD de Médico Pediatra en sanatorio (cuidados moderados) será valorado especialmente en los llamados sucesivos que la institución realice para cubrir CAD en el primer nivel de atención.

#### **6.12. Modelo de transición<sup>81</sup>**

##### **6.12.1. Generalidades<sup>82</sup>**

El Poder Ejecutivo a través del MSP se compromete a convocar a una comisión antes del 31 de diciembre de 2013 a efectos de redactar una normativa que regule los cuidados moderados, y en particular la actividad de la medicina interna.

El título de médico internista debe ser exigido para acceder a los cargos de alta dedicación de la especialidad, fijándose un plazo para la regularización de aquellos casos en que no se cuente con título.

---

<sup>80</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>81</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>82</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

## 6.12.2. Régimen Laboral<sup>83</sup>

En forma transitoria, hasta que se redacte la normativa correspondiente, se regulará el ejercicio de todos los cargos de medicina interna teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- El médico internista de sanatorio no tendrá más de 14 camas asignadas en servicios de Medicina y hasta 18 pacientes en servicios polivalentes / quirúrgicos.<sup>84</sup>;trabajando en régimen de visita domiciliaria, atenderá como máximo a dos pacientes por hora;
- trabajando en régimen de guardia interna no tendrá asignado un sector mayor a 50 camas
- Los domingos y feriados atenderá hasta dos sectores de internación. La remuneración será de \$795 la hora, al 1 de julio de 2013 (a este valor se deberán adicionar las compensaciones que correspondan conforme a derecho, incluyéndose a modo de ejemplo la compensación por trabajo nocturno y antigüedad, la que se calculará sobre las mismas bases que en la actualidad), con un mínimo equivalente en todos los casos a 4horas, pudiendo extenderse a 6horas en caso de necesidades asistenciales del servicio. En caso de que el médico cumpla su tarea en un plazo menor a 4horas igualmente se abonarán las 4horas.

## 7. NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO DE PSIQUIATRÍA DE ADULTOS Y PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA<sup>85</sup>

### 7.1. Marco conceptual<sup>86</sup>

El Sistema Nacional Integrado de Salud define, entre sus objetivos, implementar un modelo de atención integral, la organización de la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos, la promoción del desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica. Los CAD de psiquiatría deben generar las condiciones necesarias para el desarrollo de estos objetivos desde la perspectiva de las especificidades de la salud mental. El nuevo régimen de trabajo médico en el caso de psiquiatría, permite brindar una atención longitudinal a los usuarios que requieran de la atención de un psiquiatra. En este sentido, el psiquiatra tendrá una real articulación con los distintos niveles asistenciales, y trabajará en conjunto con el resto del equipo de salud. Como en otras áreas de la medicina, en el caso de los trastornos mentales la efectividad en el tratamiento así como la calidad de las prestaciones requiere de la participación de equipos multidisciplinares, donde el Psiquiatra cumple un rol fundamental.

<sup>83</sup> Acuerdo de la CAM de 6 de noviembre de 2013 – Acta Consejo de Salarios 7 de abril de 2014.

<sup>84</sup> Acuerdo de la CAM de 22 de octubre de 2014 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

<sup>85</sup> Acuerdo CAM 6 de mayo de 2015 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

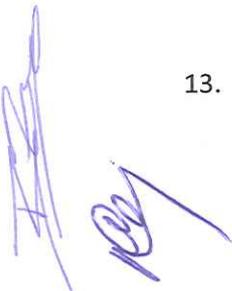
<sup>86</sup> Acuerdo CAM 6 de mayo de 2015 – Acta Consejo de Salarios 15 de junio de 2015.

## **7.2. Ámbito personal de aplicación**

El nuevo régimen de trabajo se aplica a aquellos cargos que se desempeñen en psiquiatría de adultos y pediátrica. Solo podrán acceder a los cargos de especialistas los que tengan el título habilitante, en trámite o reválida en curso.

## **7.3. Régimen de trabajo**

1. Los médicos comprendidos en el ámbito personal de aplicación trabajarán en régimen de 175 a 209hs mensuales (que equivalen a 40 a 48hs semanales respectivamente), con una dedicación diaria para la institución, preferentemente en horario matinal y de la tarde, sin perjuicio de que pueda abarcar el horario vespertino y nocturno.
2. Los CAD desarrollarán su labor de lunes a domingo, según las necesidades del servicio, entendiéndose que los feriados no laborables se consideran como fin de semana y deberán gestionarse por cada institución.
3. La carga horaria mensual podrá comprender horas de policlínica que deberán representar como mínimo el 20% de las horas semanales; de retén que no podrá superar las 84 horas semanales; de guardia interna que no podrán superar el 75% de las horas semanales, de atención de hospitalización por causa psiquiátrica, atención en sanatorio psiquiátrico o sanatorio general; de atención domiciliaria, así como horas para tareas institucionales, de trabajo en equipo y desarrollo profesional continuo.
4. Se deja claramente establecido que la atención domiciliaria de esta especialidad no está incluida en el PIAS. Por lo tanto, las Instituciones no están obligadas a darlas, y de hacerlo se registrarán con respecto al usuario por el régimen de libre contratación.
5. Como excepción a lo acordado en el acta de la CAM de fecha 6 de agosto de 2014, en el numeral 3.2, se acuerda lo siguiente: En psiquiatría pediátrica el tiempo de atención en policlínica será de 30 minutos por paciente (2 pacientes por hora) sin doble turno para el paciente que se asiste por primera vez, o de 20 minutos (3 pacientes por hora), con doble turno en primera consulta para el paciente que se asiste por primera vez. Al 1° de noviembre de 2016 se convocará a las partes firmantes del acuerdo para evaluar la aplicación de este punto. La opción elegida por la IAMC o su posterior modificación, deberá ser formalmente comunicada por esta a la DINATRA – MTSS previo a su implementación. Cumplida la comunicación referida, el MTSS notificará la opción elegida al resto de las partes firmantes del presente acuerdo.
6. Número máximo de llamados de retén: El número máximo de llamados será de 10 cada 12 horas de guardia de retén. El control se realizará cada 3 meses, considerando los últimos 12 meses de trabajo. La definición de este umbral no condiciona la discusión de las especialidades a acordarse en el futuro.
7. A los efectos de la definición de actividades dentro del cargo, se establece que 3 horas de retén equivalen a 1 hora presencial.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
8. Bajo este régimen de trabajo, en ningún caso el régimen de guardias presenciales excederá las 12 horas corridas.
  9. La distribución de las horas en las distintas actividades tendrá flexibilidad dentro del mismo cargo, según requerimiento del servicio, respetando mensualmente los límites por actividad establecidos en las cláusulas anteriores. La institución será responsable de brindar anualmente al profesional un listado con el detalle de horas cumplidas en el año correspondientes a cada tipo de actividad.
  10. La carga horaria asignada a guardia podrá incluir al menos una guardia nocturna semanal y una guardia mensual de fin de semana o feriados de acuerdo a las necesidades del servicio.
  11. En caso de interconsulta en sanatorio común el tiempo de entrevista será de 30 minutos en la primera entrevista y 20 minutos de seguimiento.
  12. En la atención domiciliaria no urgente se asignará 1 hora por llamado que incluye la entrevista y el traslado.
  13. En la hospitalización por causa psiquiátrica, se contará con 45 minutos para la primera entrevista y 20 minutos para seguimiento. A esto se adicionará media hora de traslado por cada centro hospitalario. En el caso de psiquiatría pediátrica se contará con una hora para la primera entrevista y 30 minutos para seguimiento.

#### **7.4. Organización de la atención en policlínica**

Para el MSP, la psiquiatría no debe ser una especialidad de “puerta de entrada” al sistema sino que debe representar el primer nivel de atención especializada en Salud Mental; en este sentido, el Psiquiatra debe ser un especialista de referencia de un grupo determinado de médicos de referencia del primer nivel de atención, con los que tenga mecanismos sencillos y oportunos de interconsulta, referencia y contra referencia, trabajo en equipo, etc. La organización de la atención sanitaria bajo este esquema deberá contemplar en su implementación la libertad de elección del usuario y de los médicos para conformar ese primer nivel de atención especializada.

Hasta tanto el MSP no establezca una normativa que defina la organización e integración de los distintos niveles asistenciales, la atención de psiquiatría en policlínica se organizará de acuerdo a los mecanismos acordados en cada institución, contemplando el marco general que aspira al seguimiento longitudinal de los usuarios en psiquiatría.

#### **7.5. Descripción general de actividades**

Sus actividades y competencias deben comprender, entre otros, tres aspectos que involucran lo asistencial, lo docente formativo y la gestión clínica. Los mismos se describen a continuación en forma enunciativa y en concordancia con la normativa vigente.

### En lo Asistencial:

- a) Asistencia y atención directa al paciente en base a:
  - Diagnóstico, terapéutica y realización de los procedimientos y técnicas habituales en Psiquiatría
  - Actuar en casos de Emergencia efectuando anamnesis, diagnóstico, las indicaciones de tratamiento y otras indicaciones que correspondan
  - Registros y documentación completa en la Historia Clínica del paciente de sus actos médicos y consentimientos informados para procedimientos especiales
  - Establecer un vínculo de confianza con el paciente y su familia, brindando el informe médico cuando corresponda.
  - Coordinación con otros técnicos del Equipo de Salud, otros dispositivos asistenciales y con los diferentes ámbitos de la vida de las personas (ej. Niños, escuela, club etc.)
- b) Colaborar con el Jefe del Servicio en la implementación de protocolos y otros eventuales desarrollos como unidades de gestión clínica, procesos asistenciales integrados, etc.
- c) Eventualmente, subrogación del Jefe del Servicio y/o Departamento en su ausencia.

### En Calidad y Gestión

- a) Responsabilidad documental de la Historia Clínica, asegurando la calidad de los registros y colaborando en la elaboración de índices e indicadores
- b) Participación en Protocolos de actuación y de seguridad del paciente
- c) Participación en Protocolos de evaluación y tratamiento de múltiples patologías.

### Docencia, Capacitación e Investigación:

- a) Participación en la producción y creación de Protocolos asistenciales (terapéuticos y diagnósticos) según la mejor evidencia disponible
- b) Participación en Investigación y producción científica
- c) Participación en educación y seguimiento a especialistas en formación
- d) Participación en tareas de capacitación del personal médico y no médico de la Institución.
- e) Planificación e implementación de actividades de lectura de Revistas, puesta al día, discusión de nuevos artículos, conocimientos de nuevas tecnologías

- f) Coordinación de reuniones de discusión de casos clínicos con otras especialidades

### 7.6. Definición de las actividades del CAD

Policlínica de Psiquiatría: En su actividad de policlínica, el psiquiatra presta atención no urgente en consultorio a su población de referencia y eventualmente a población que no esté referida a él, constituyendo el nivel básico y fundamental de relación usuario-servicio. Su tarea profesional consiste en:

- Establecer el diagnóstico, indicar el tratamiento correspondiente, y formular un proyecto terapéutico que podrá ser discutido con el resto del equipo de salud.
- Controlar la evolución y seguimiento de los pacientes que constituyen su población de referencia
- Registrar en forma completa su actuación e indicaciones en la Historia Clínica.
- Mantener entrevistas de intercambio con técnicos, educadores o representantes de redes comunitarias, vinculadas a la atención del usuario.
- Garantizar la continuidad de la atención con otros niveles asistenciales; coordinar la derivación de pacientes a otros niveles o dispositivos de atención.
- Apoyar y asesorar a los médicos de referencia en problemas vinculados a la salud mental (eventualmente realizar interconsulta).

La asistencia en Policlínica tendrá un fuerte componente de prevención y promoción de salud que será definido y reglado oportunamente por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las actividades y recomendaciones que estime conveniente realizar el profesional actuante.

Atención Domiciliaria (no urgente): Realizar la Atención Domiciliaria no urgente de pacientes que forman parte (o no) de su población de referencia que no puedan trasladarse hasta la policlínica, o con internación domiciliaria por cualquier causa. El especialista podrá concurrir en un plazo de 48 horas.

Atención en Emergencia: En su actividad de emergencia, atender a pacientes a los que el médico de guardia les solicite consulta con Psiquiatra, quien realizará:

- la valoración primaria del paciente y un diagnóstico provisional
- definirá la conducta a seguir, las indicaciones farmacológicas y un eventual ingreso o derivación
- registro completo de su actuación e indicaciones en la Historia Clínica.

Una vez referenciada la población, si el usuario requiere continuar con el tratamiento, el seguimiento lo realizará el psiquiatra de referencia correspondiente

La actividad de emergencia puede realizarse en régimen de guardia interna o régimen de retén de acuerdo a las necesidades del servicio.

Hospitalización por causa psiquiátrica: Es la asistencia que el psiquiatra brinda en el contexto de internación en sanatorio por causas psiquiátricas hasta la compensación del paciente.

La descripción de tareas y actividades serán las siguientes, en forma enunciativa y de acuerdo a la normativa vigente;

- asistencia directa al paciente en base a:
  1. diagnóstico, terapéutica y realización de los procedimientos y técnicas habituales en Psiquiatría
  2. Registros y documentación completa de su actuación en la Historia Clínica del paciente y de consentimientos informados para procedimientos especiales
  3. Seguimiento y evolución de paciente ingresado
  4. Entrevista a familiares e informes regulares
  5. Otorga el alta psiquiátrica
  6. Coordina el seguimiento al alta, de ser necesario, y asegura la continuidad de la asistencia con el psiquiatra de referencia

Atención en Sanatorio General: El psiquiatra brinda asistencia, en el contexto de una internación en sanatorio por causas no psiquiátricas, a solicitud de médico generalista, internista u otros especialistas.

Pueden existir distintas situaciones:

- a) Consulta no urgente: Si el paciente ya se encuentra en tratamiento o tiene psiquiatra de referencia, deberá ser visto preferentemente por su psiquiatra referente, en un plazo no mayor a 48hs.

Si el paciente no tuviera psiquiatra de referencia, será visto por el psiquiatra de guardia, quien deberá asegurar la continuidad de la atención, de ser necesaria.

- b) Interconsulta de urgencia: será visto por el psiquiatra de guardia, tenga o no psiquiatra tratante. Éste será el responsable de asegurar la continuidad, en caso de ser necesario. Si el paciente tiene psiquiatra tratante, coordinará con él el seguimiento; de lo contrario, será el encargado de asistir al usuario al menos hasta su egreso.

La asistencia consiste en evaluar al paciente, realizar eventual diagnóstico y definir conducta, en coordinación con el equipo de salud tratante en la internación. Determinar la necesidad de

tratamiento y eventual seguimiento. Realizar entrevista a familiares y los informes correspondientes.

### 7.7. Horas de actividades institucionales

Esta actividad incluye como mínimo 2 horas semanales comprendidas dentro de las 40 a 48 horas semanales respectivamente, y teniendo en cuenta 43 semanas laborales anuales, las horas totales en el año son 86. Estas horas deben ser flexibles, tanto en su contenido como en su distribución anual de acuerdo a los requerimientos del servicio. Quedan excluidos los días de licencia por congreso.

### 7.8. Planificación del proceso psiquiátrico terapéutico

En el caso de psiquiatría, dadas las especificidades propias de la especialidad, se adicionan 4 horas mensuales de trabajo en equipo, definidas como la instancia de intercambio clínico en la que los profesionales toman conocimiento sobre las características de los cuadros clínicos de los pacientes asistidos por sus colegas y discuten sobre las dificultades diagnósticas, terapéuticas y de evolución de los mismos. Dicha reunión no tiene implicancias para la discusión de las especialidades ya acordadas o a acordarse, y cobra especial relevancia en Psiquiatría dada la complejidad propia de la disciplina en la que la paraclínica no constituye una herramienta relevante para el diagnóstico y el hiato anatómico clínico es el más significativo de toda la medicina.

### 7.9. Remuneración

1. Se registrará por las condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación definidas en el Acta de Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012, a excepción de lo planteado en la presente cláusula.
2. El salario total mensual es 153.152\$ para 175hs mensuales y 182.907\$ para 209hs mensuales, que equivale a un valor hora de 875.15\$, expresado a valores del 1º de julio de 2014. Las horas mensuales pueden incluir horas de retén que se computan con una equivalencia de 3 horas de retén por 1 hora presencial, es decir que el valor hora de esta actividad equivale a 1/3 del valor hora de la actividad presencial.
3. Los valores referidos en esta cláusula remuneran todos los actos médicos.
4. Los valores indicados incluyen el componente variable, el llamado, el domingo y el feriado laborable. A esos valores deberá adicionarse las compensaciones que puedan corresponder por trabajo nocturno y antigüedad, la que se calculará sobre las mismas bases que en la actualidad.
5. Se pagarán los viáticos que correspondan según lo establecido en el artículo 12.4 del acta del Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012.
6. El pago variable correspondiente a la guardia retén representa el 35% del valor total de la guardia. El pago de este componente variable dependerá de la cantidad de llamados que

realice el médico. El valor unitario de cada llamado será de \$204 a valores de julio de 2014. El 100% del componente variable será abonado únicamente si se realizan al menos 6 llamados cada 12 horas de retén, medido mensualmente. Por encima de los 6 llamados cada 12 horas mensualizados, no se abonarán llamados extras por haberse alcanzado ya el 100% del valor del componente variable.

7. El mecanismo de pago variable para los CAD de psiquiatría de adultos y pediátrica de las horas presenciales se definirá en la CAM en un plazo máximo de 60 días a partir de la firma del presente acuerdo. En el mismo plazo deberán definirse los componentes cualitativos del pago variable de la guardia retén.

#### 7.10. Régimen de trabajo de los suplentes

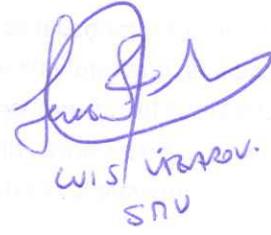
Durante el período que dure la transición, aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo del Laudo de 1965 en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios. En los casos que la suplencia sea por el total de horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora del presente acuerdo. Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de alta dedicación, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades del servicio.

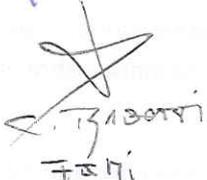
#### 8. CONTENIDO DEL TEXTO ORDENADO

El presente documento tiene por objeto ordenar de modo integral, unitario y sistematizado las disposiciones pre acordadas por la CAM y refrendadas en el Consejo de Salarios, las cuales se derogan expresamente, quedando las mismas como antecedente y fuentes de interpretación.

  
L. Gotoj  
FEMI

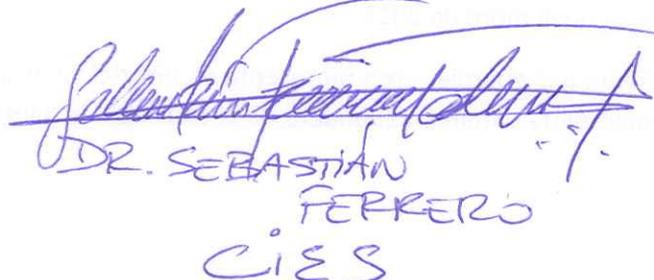
  
JULIO SPIETS  
PRENARTO

  
WISIRAROV  
SRU

  
Z. ZABOTNI  
FEMI

  
BRALIO ZELKO - MEE.

  
PRADENE  
MSP.

  
DR. SEBASTIAN  
FERRERO  
CIES

  
DRA. SAVITANA  
PICES

  
Jozin

56

