

## **Plataforma de los Trabajadores Médicos de la Salud Privada – Grupo 15**

Montevideo, 3 de setiembre de 2025

En el marco de la ronda de negociación colectiva correspondiente al Grupo 15 – Salud Privada, el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), en su calidad de organización más representativo de los trabajadores médicos del país y actuando en representación de la Federación Médica del Interior (FEMI) y del Sindicato Anestésico Quirúrgico (SAQ), presenta la siguiente plataforma, fundamentada en los principios de la Ley N° 18.566 (Sistema de Negociación Colectiva) y demás normativa concordante y complementaria.

### **1. Modificación de los lineamientos presentados por el Poder Ejecutivo.**

Se manifiesta la disconformidad con la pauta salarial propuesta por el Poder Ejecutivo, cuyo diseño evidencia una inadaptación estructural para atender las particularidades y realidades específicas del trabajo médico, al desconocer las condiciones de ejercicio, las modalidades de remuneración y los objetivos de reforma del sector.

Implica un riesgo elevado de pérdida de salario real dado que no incorpora mecanismos adecuados de correctivos inflacionarios, comprometiendo la sostenibilidad del ingreso real del colectivo médico.

Se propone, en su lugar, un mecanismo de ajuste primero vinculado al crecimiento económico proyectado, con correctivos por inflación semestrales y una cláusula salvaguarda.

### **2. Partida por capacitación profesional.**

Se reivindica el mantenimiento de la partida por capacitación,, en tanto constituye un componente salarial consolidado del ingreso del colectivo médico y, por esta razón, la consideramos un derecho adquirido. Su eliminación o reducción se percibirá como una rebaja salarial directa, lo que no solo implica afectar una partida que está claramente integrada a la remuneración, sino que, además, responde a un objetivo estratégico de fortalecimiento profesional y calidad asistencial, que trasciende coyunturas y plazos de vigencia de acuerdos específicos.

Se propone que su monto sea equivalente al 3% de la masa salarial médica, y que su utilización abarque no solo cursos organizados por la autoridad sanitaria, sino también actividades promovidas por sociedades científicas, unidades académicas u otras entidades reconocidas, bajo criterios de validación y control consensuados.

### **3. Concentración del trabajo médico: creación de cargos de alta dedicación (CAD)**

Se propone avanzar en una reforma estructural del trabajo médico a través de la creación de 500 nuevos cargos de alta dedicación (CAD) en un plazo máximo de dos años. Estos cargos deberán diseñarse a partir de la experiencia acumulada en la última década, revisando y ajustando: la cantidad y distribución de horas en función de la

realidad asistencial y académica, las formas de organización del trabajo, favoreciendo la continuidad asistencial, la investigación y la docencia y los compromisos funcionales, asegurando condiciones que promuevan la calidad de la atención y el desarrollo profesional.

Se propone establecer un contrato tipo común para todos los CAD, con las adaptaciones específicas necesarias según cada especialidad, evitando inequidades y fragmentación contractual.

Asimismo, se plantea la creación de una comisión tripartita integrada por representantes de las empresas, los trabajadores médicos y el Poder Ejecutivo. Esta comisión tendrá como cometido: definir un cronograma de implementación de los nuevos cargos, monitorear su cumplimiento en tiempo y forma así como realizar los ajustes necesarios para garantizar la efectividad de la medida y su impacto en la mejora de la asistencia, la formación y la investigación.

En este proceso, resulta fundamental priorizar la asignación de cargos al primer nivel de atención, a las comunidades alejadas de los grandes centros urbanos y a la medicina rural. Esto permitirá fortalecer la atención primaria en salud como puerta de entrada al sistema, garantizar la cobertura médica en zonas con mayor dificultad de acceso y asegurar la permanencia y estabilidad de los equipos de salud en comunidades vulnerables.

Este proceso debe consolidar un modelo de trabajo médico más sustentable, equitativo y orientado a las necesidades de la población en todo el territorio nacional.

#### **4. Cargos intermedios o de transición**

Se plantea la creación de cargos intermedios, con carga horaria definida y un con valor hora intermedio a los cargos de alta dedicación (CAD).

Estos cargos se conciben como una etapa de transición hacia los CAD, constituyendo un escalón en la carrera médica que permita a los profesionales jóvenes proyectarse hacia cargos de mayor estabilidad y compromiso asistencial.

Están destinados principalmente a médicas y médicos jóvenes y su creación busca ofrecer estabilidad y previsibilidad a quienes hoy sostienen gran parte de la asistencia bajo condiciones de precariedad, favorecer la formación progresiva en compromisos funcionales que luego se consolidarán en los CAD y promover la retención de profesionales en áreas críticas, reduciendo la rotación y el multiempleo.

Asimismo, se prevé la existencia de cargos suplentes, con idéntico valor hora, para garantizar equidad en la remuneración y responder a las necesidades de cobertura en servicios de alta demanda.

De esta manera, los cargos intermedios constituyen una herramienta para ordenar la carrera médica, asegurar la continuidad asistencial y facilitar el relevo generacional, preparando el camino hacia los futuros cargos de alta dedicación.

### **5. Valor hora de guardias internas**

Se propone un ajuste del valor hora correspondiente a las guardias internas, considerando que actualmente se encuentra notoriamente desfasado y sumergido en relación con la remuneración percibida por otras formas de trabajo profesional. Esta disparidad salarial ha generado crecientes dificultades en la cobertura de turnos, dado que las condiciones económicas no resultan lo suficientemente atractivas ni equitativas frente a otras modalidades de desempeño laboral.

La falta de actualización del valor hora no solo afecta negativamente la motivación y el reconocimiento del personal que asume estas funciones, sino que también pone en riesgo la continuidad y calidad del servicio, especialmente en contextos donde la presencia física y la disponibilidad permanente son esenciales.

En este sentido, el ajuste propuesto no debe limitarse a una corrección inflacionaria, sino que debe contemplar una revalorización integral del rol que cumplen las guardias internas dentro del sistema, atendiendo tanto a su carga horaria como al nivel de responsabilidad que implican.

### **6. Pago horas antisociales**

La implementación de un pago diferencial por horas “antisociales”, es decir, aquellas en que la prestación de trabajo se realiza en franjas horarias que suelen estar socialmente destinadas al descanso, al esparcimiento, a la vida familiar o a actividades de carácter personal.

De esta forma se estaría reconociendo el sacrificio personal que implica trabajar en estos horarios, incentivar la cobertura de turnos difíciles de cubrir y mejorar la equidad en la retribución del trabajo realizado fuera del horario socialmente habitual.

### **7. Equiparación salarial entre Montevideo e interior**

Se reivindica la necesidad de avanzar hacia la unificación de los laudos médicos, en línea con el principio de “a igual trabajo, igual remuneración”. Actualmente, persisten desigualdades notorias en las remuneraciones entre profesionales que desempeñan funciones equivalentes en distintos puntos del país, especialmente entre Montevideo y el Interior, a pesar de contar con responsabilidades, cargas horarias y competencias profesionales similares.

Esta situación no solo vulnera principios de equidad laboral, sino que también desincentiva el ejercicio profesional en determinadas regiones, profundizando las asimetrías en el acceso a la salud y en la calidad del servicio asistencial.

Partimos de la base de que los prestadores que integran el SNIS reciben financiamiento del FONASA en iguales condiciones, independientemente de su ubicación geográfica.

Por lo tanto, se propone establecer una hoja de ruta clara y con plazos definidos para alcanzar la equiparación de los laudos. La implementación de este principio contribuirá a fortalecer la cohesión del colectivo médico, promover la justicia retributiva y mejorar la distribución de recursos humanos en el territorio nacional.

### **8. Creación de una mesa para abordar la precarización laboral médica y transición al régimen de dependencia**

Se propone la creación de una mesa de trabajo específica con participación de todos los actores relevantes, para abordar de manera estructural el problema de la precarización laboral médica, en lo que refiere al ejercicio profesional bajo modalidad de facturación obligatoria, muchas veces por montos inferiores a los laudos establecidos y sin acceso a derechos laborales básicos como licencia, aguinaldo, aportes jubilatorios proporcionales, cobertura por enfermedad o accidentes laborales, entre otros.

En este marco, se plantea la elaboración de un cronograma claro y verificable que permita el ingreso voluntario y progresivo del trabajo médico al régimen de dependencia, que dicho proceso se realice bajo el contralor y supervisión del Ministerio de Salud Pública (MSP), en su rol de rector del sistema de salud y que se establezca como objetivo estratégico la reducción del trabajo médico contratado bajo el régimen de libre ejercicio a menos del 30% del total, en aquellos prestadores que tengan actualmente un mayor porcentaje, en un plazo de dos años, promoviendo vínculos laborales más estables y protegidos.

### **9. Condiciones laborales: Licencias para cuidados de personas a cargo**

Se propone contar con un régimen de licencias remuneradas destinadas al cuidado de personas a cargo (familiares enfermos ya sean o adultos mayores, personas con discapacidad u otras situaciones de dependencia). Esta mejora debe contemplar la particularidad del trabajo médico, caracterizado por jornadas frecuentemente superiores a 12 horas, así como por horarios nocturnos y en fines de semana.

El objetivo es garantizar que los y las profesionales de la salud cuenten con las condiciones adecuadas para compatibilizar sus responsabilidades laborales y familiares, promoviendo la equidad de género y el bienestar integral.

## **10. Policlínicas y carga asistencial**

Se exige respetar el límite de pacientes por hora, para medicina general y cada especialidad según lo acordado en CDS previos, eliminando el concepto de “repetición de medicamentos” como justificación para exceder dicho límite, siendo utilizado actualmente como instancia que incrementa artificialmente la carga de pacientes por hora. Se plantea la necesidad de encontrar una solución tecnológica y de gestión institucional que no afecte el tiempo asistencial ni las condiciones laborales de los médicos.

Se solicita incluir la atención en policlínica de ginecología y obstetricia, llevando a 4 pacientes por hora la misma, así como revisar los valores y condiciones aplicables a otras especialidades con policlínica, en función de planteos realizados por los propios profesionales a través de las sociedades científicas.

Nota sobre policlínica de atención inmediata: Si se desempeña bajo régimen de policlínica debe aplicarse el laudo correspondiente a policlínica. Si se desarrolla en el contexto de puerta de emergencia debería aplicarse el valor hora de guardia médica. .

## **11. Telemedicina**

Se reitera que la atención médica mediante teleconsulta (por videollamada o llamada telefónica, sincrónica o asincrónica, etc) debe reconocerse como acto médico pleno, con igual valor que la atención presencial dado que el mismo genera una responsabilidad plena. Las interconsultas entre médicos, con o sin presencia del paciente, también deben ser consideradas actos médicos, entendiendo el impacto que esta herramienta tiene en la calidad asistencial, en la reducción de los tiempo de espera, en acceso a especialistas así como reducción de otras brechas de acceso en todo el territorio.

Se debe avanzar en la reglamentación de la implementación de la ley de Telemedicina, destacando que el decreto actual ha sido impugnado por SMU y FEMI.

## **12. Partida de Telemedicina**

Aplica el mismo fundamento que a la partida por capacitación, en el sentido de que es percibido en los últimos 2 años como parte de la remuneración habitual.

## **13. Sector prehospitario.**

Las empresas de emergencias móviles presentan un alto grado de precarización laboral médica en todo el país, así como un recurrente incumplimiento de laudos y otras

condiciones laborales. Se exige la regularización de los vínculos laborales, el estricto cumplimiento de toda la normativa vigente y la fiscalización activa por parte de los organismos competentes.

#### **14. Seguridad laboral: violencia por terceros.**

En lo que hace a la asistencia, nos referimos a la responsabilidad de las empresas prestadoras de salud, en el marco de la Ley N° 19.196, sobre responsabilidad penal empresarial, respecto de la seguridad de los lugares de trabajo y el ejercicio médico, tanto en ámbitos intrahospitalarios como extrahospitalarios. Se exige el cumplimiento de las condiciones de seguridad, infraestructura y cobertura adecuada para la atención en domicilios, vía pública y otros entornos de asistencia médica.

#### **Conclusión**

El Sindicato Médico del Uruguay, junto con FEMI y SAQ, reafirma su compromiso con una negociación colectiva seria, basada en la evidencia y en los principios de justicia laboral, calidad asistencial y sostenibilidad del sistema. Esta ronda del Consejo de Salarios constituye una oportunidad clave para consolidar una reforma real del trabajo médico, que garantice condiciones justas para médicas y médicos, y una mejor atención para la población.