



En Montevideo el 30 de diciembre de 2015 reunida la comisión ratificada por acta del 1° de diciembre de 2015, en adelante denominada CAM – ASSE, los abajo firmantes, integrantes de ASSE, SMU, MSP y MEF, ACUERDAN elevar al ámbito de negociación colectiva del MTSS el siguiente PRE ACUERDO en relación a las FAD de Medicina Intensiva:

## 1. ANTECEDENTES



1.1. Por Acuerdo de fecha 23 de diciembre de 2014, reunidos ASSE, el SMU, el MSP y el MEF, se firmó el Acuerdo Médico sobre las Funciones de Alta Dedicación a instaurar en ASSE. En esa primera etapa, la misma abarcó, en su ámbito personal, a aquellas funciones que se desempeñen en Medicina General, Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría (numeral 3).



1.2. En el marco del citado Acuerdo, las Partes se comprometieron a continuar el proceso iniciado en dicho Acuerdo, fijando un cronograma de trabajo para incluir las funciones de medicina Intensiva, Medicina Interna y Psiquiatría (numeral 15).

1.3. Por Acta del Consejo de Salarios de 5 de noviembre de 2012 del Grupo N° 15, "Servicios de salud y anexos", se define el marco general de los cargos de alta dedicación y los cargos específicos de medicina general, medicina familiar y comunitaria, pediatría y ginecología. En el mismo marco, con fecha 29 de octubre de 2013 se firmaron las definiciones de los cargos médicos de alta dedicación en las especialidades de Medicina Intensiva de Adultos, Medicina Intensiva Pediátrica y Neonatología.

1.4 El acuerdo que viene de referirse, comprende el ejercicio de la especialidad en el ámbito de la salud privada, siendo común intención de las Partes la aplicación del referido régimen a los Médicos que presten funciones en ASSE, **con las especificidades propias del acuerdo que se suscribe.**

## 2. ÁMBITO PERSONAL



El nuevo régimen de trabajo de las especialidades médicas se aplicará a aquellas funciones que desempeñen en las Unidades de Medicina Intensiva de Adulto, Cardiológicas, de Medicina Intensiva Pediátrica y de Neonatología. Solo podrán acceder a las funciones de especialista los que tengan el título habilitante, en trámite o reválida en curso.

## 3. ÁMBITO ESPACIAL DE APLICACIÓN



Todas la Unidades de Medicina Intensiva de ASSE del país, deberán incorporar el cambio de modelo de trabajo acordado en este documento transformando las funciones de alta dedicación que actualmente existen en la Institución o a través de todos los nuevos cargos que se creen, con excepción de los casos de fuerza mayor.

## 4. ÁMBITO TEMPORAL DE APLICACIÓN.



El nuevo régimen de trabajo médico que se regula por este convenio se hará efectivo para los nuevos cargos médicos que se creen por ASSE en las especialidades previstas en la cláusula siguiente, de acuerdo a las disposiciones legales que rige su creación a partir de la firma de este acuerdo.

## 5. DEFINICIONES Y DESCRIPCIÓN DE TAREAS

El nuevo régimen de trabajo en Medicina Intensiva, se basa en la creación y el desarrollo de Funciones de Alta Dedicación Longitudinales (FADL), de Alta Dedicación Transversales (FADT), de Alta Dedicación Mixtos (FADM) y reorganización de las funciones tradicionales de Médicos de Guardia (MG).

## 6. FUNCIONES DE ALTA DEDICACIÓN LONGITUDINAL (FADL)

Se define la FADL como aquel régimen de trabajo médico caracterizado por la concurrencia diaria a la Unidad de Medicina Intensiva en horario matinal, sin perjuicio de que pueda abarcar los horarios de la tarde y/o vespertino como excepciones y en acuerdo con la Jefatura del servicio.

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:

### 6.1. En lo Asistencial:

#### 6.1.1. 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 para clínica 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.

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

#### 6.1.3. Interacción con el MG o FADT transmitiendo el Pase de guardia.

### 6.2. 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/sanatorias vinculadas a la seguridad del paciente (COSEPA; Comité de Infecciones, etc.).

### **6.3. 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 científicas (Lectura de Revistas, Puesta al Día, Discusión de nuevos artículos, Conocimientos de nueva Tecnología, etc.).
- Coordinación de reuniones de discusión de casos clínicos con otras especialidades.

### **6.4. Acceso a las FADL**

Para acceder a las FADL se requiere tener título de especialista en medicina intensiva de adultos, cardiólogo, 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 funciones de alta responsabilidad asistencial equiparables a las actuales funciones de coordinación.

La incorporación se realizará por concurso, conforme a la reglamentación vigente de ASSE. No obstante, las Partes se comprometen a generar una mesa diálogo con el fin de regular un régimen de concursos específico para los cargos de FADL.

### **6.5. Régimen de trabajo**

Cada centro asistencial de ASSE organizará el régimen de trabajo de las FADL de acuerdo a la estructura y necesidades de sus respectivas Unidades. La carga horaria total será de 40 a 48 horas semanales, con concurrencia diaria, a definir en el respectivo llamado. Las FADL se desempeñarán en el régimen de lunes a viernes o de lunes a sábados (hábiles), en horario matutino (al menos de 8 a 14 horas). Sin perjuicio de ello, podrán instrumentarse FADL 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 acuerdo. No se entenderá como una nueva unidad cualquier cambio estructural o edilicio 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. Las funciones 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.

## 7. FUNCIONES DE ALTA DEDICACIÓN TRANSVERSAL (FADT)

Se define como FADT aquél que realiza tareas como médico de guardia, concentradas en un centro asistencial con un volumen horario asignado semanal de 40 a 48 horas a definir en el respectivo Llamado.

### 7.1. Acceso a las FADT

Para acceder a las FADT se requiere tener título de especialista en medicina intensiva de adultos, cardiología, medicina intensiva pediátrica o neonatología, debidamente registrado en el MSP, con reconocida capacidad técnica, experiencia clínica y trayectoria.

La incorporación se realizará por concurso, conforme a la reglamentación vigente de ASSE. No obstante, las Partes se comprometen a generar una mesa diálogo con el fin de regular un régimen de concursos específico para los cargos de FADT.

### 7.2. Régimen de trabajo de las FADT

El régimen de trabajo de las FADT 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 y los fines de semana no podrán superar las 24 horas. En el caso de las unidades con menos de 8 camas las guardias entre semana serán de hasta 24 horas de trabajo corrido. En el caso de neonatología y medicina intensiva pediátrica la carga horaria podrá incluir actividad de policlínica especializada.

Con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida del médico, 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 que implica un máximo de 16 horas de trabajo corrido (Cláusula 5.6 del acuerdo de 23 de diciembre de 2014).

## 8. FUNCIONES DE ALTA DEDICACIÓN MIXTOS (FADM)

En las unidades con una dotación de hasta 8 camas, se acuerda la creación de las FADM que tendrán las mismas actividades y competencias que las definidas en la cláusula 6 ("Funciones de Alta Dedicación Longitudinal"). Estos tendrán una carga horaria semanal de 40 a 48 horas a definir en el respectivo Llamado, 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 FADT se superponen con el horario longitudinal de las FADM sin liberar horas de guardia.

En caso que las unidades de menos de 8 camas opten por la contratación de FADM, al incrementar su número de camas superando las 8 camas deberán contratar FADL. En caso de no poder hacerlo el centro asistencial deberá demostrar se hicieron todos los esfuerzos necesarios para su contratación.

## 9. MÉDICO DE GUARDIA (MG)

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 y los fines de semana no podrán superar las 24 horas. En el caso de las unidades con menos de 8 camas 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:

- a) Asistencia directa al paciente en base a:
  - continuidad de los criterios asistenciales discutidos y laudados en la reunión clínica en que las FADL 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)
  
- b) 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 las FADT.

Los médicos de guardia que tengan funciones en la Unidad en forma previa al cambio de modelo y que no puedan o no quieran acceder a una FADL, FADM o FADT, en aquellas unidades cuya carga longitudinal se organice con FADL seguirán cumpliendo sus funciones como hasta el momento, pero su horario comenzará a la hora 12 (que podrá variar dependiendo de lo dispuesto en la cláusula 6.5). En estos casos reducen 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 o función, cesando dicho régimen con la desvinculación 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 las FADL posibles según la dotación estipulada en el presente acuerdo), se respetará el régimen de trabajo que actualmente cumplen los MG.

Con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida del médico, 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 que implica un máximo de 16 horas de trabajo corrido (Cláusula 5.6 del acuerdo de 23 de diciembre de 2014).

#### 10. DEFINICIÓN DE UNIDADES SEGÚN SU TAMAÑO

Se define como unidad de medicina intensiva pequeña (CTI - CI) de adultos para acceder a las FADM, 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 las FADM 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.

#### 11. DOTACIONES

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 FADM 3 veces por semana o 1 FADM con al menos 3 horas diarias de lunes a sábados o 2 FADL
9 a 12 camas	2 FDL
13 a 18 camas	3 FADL
19 a 24 camas	4 FADL
25 a 30 camas	5 FADL
31 a 36 camas	6 FADL
37 a 42 camas	7 FADL

Las FADL requeridas según la tabla anterior, deben cumplir el horario de trabajo longitudinal en forma simultánea.

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

#### 12. DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO



Durante dos horas cada día, se superpondrán las FADL con las FADT y/o MG para pase de guardia y actividades de Desarrollo Profesional Continuo. Estas últimas serán de dos horas semanales.

### 13. ACTIVIDAD DE POLICLÍNICA PEDIÁTRICA

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

### 14. IMPLEMENTACIÓN

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

Las partes firmantes se comprometen a realizar los máximos esfuerzos para que la reformulación del trabajo en medicina intensiva esté plenamente vigente dentro de un plazo de 12 meses a contar desde la firma del presente Acuerdo.

### 15. DISPOSICIONES TRANSITORIAS VINCULADAS A LA IMPLEMENTACIÓN

Las partes acuerdan que las funciones de alta dedicación existentes a la fecha se incorporen al nuevo régimen de trabajo en un plazo de 180 días a partir de la firma del presente acuerdo. De existir dificultades en la implementación asociadas a las modificaciones en el régimen de trabajo, estas se resolverán en el ámbito de la CAM - ASSE, elevando a la JUNASA las propuestas que correspondan en relación a la Meta 4.

La incorporación al nuevo régimen de las funciones de alta dedicación existentes podrá implicar readecuación del horario y días de trabajo en consonancia con el presente convenio, variabilización de una cuotaparte del salario, cambio de funciones, modificación de las actividades del cargo y la forma de cumplimiento del mismo.

Aquellos Servicios de Medicina Intensiva que no se puedan transformar por no poder cumplir con los requisitos de la cláusula 14, para poder iniciar la transformación de la unidad deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Deben estar contratados el 50% de las FADL o FADM que son necesarios para la unidad.
- b) Los Médicos Coordinadores deben cumplir como mínimo 4 horas presenciales diarias de lunes a sábado en el mismo horario que se ejerce el componente longitudinal de las FADL o completar la longitudinalidad semanal los días que no concurre el que desarrolla las FADM (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 funciones de alta dedicación para la meta 4.

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

El cumplimiento de la carga horaria longitudinal con funciones 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 FADL o FADM y si fuese necesario redefinir una prórroga para poder seguir trabajando en la misma.

Para poder realizar el seguimiento de aquellos centros asistenciales que continúen con la figura del Coordinador se nombrará una subcomisión que será designada por las Partes 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 las Partes la evolución de dicha implementación.

## 16. REMUNERACIÓN (Valores a julio 2015)

- El salario total mensual del médico de guardia de medicina intensiva de adultos será de \$63.336, que para 104 horas que equivale a \$609 la hora. En el caso de medicina intensiva pediátrica y neonatología el salario mensual será de \$70.304 que para 104 horas mensuales equivale a \$676 la hora.
- Aquellos médicos que no se adscriben al nuevo régimen de trabajo de acuerdo a la cláusula 9, reducen su carga horaria en 4 horas manteniendo el salario mensual que perciben. La modificación precedente es a la persona y no al cargo y cesa al vacar.
- Aquellos médicos que realicen suplencias parciales de cargo a titulares de Unidades que entran en el cambio de modelo percibirán una remuneración/hora de \$609.

Como excepción al régimen general, se fijan los siguientes salarios mensuales:

- FADL y FADM: \$150.150 para 175 horas mensuales y \$179.322 para 209 horas mensuales (equivalente a \$858 por hora).
- FADT: \$136.675 para 175 horas mensuales y \$163.229 para 209 horas mensuales (equivalente a \$781 por hora)

## 17. RETRIBUCIÓN VARIABLE PARA LA ACTIVIDAD EN CTI - CI

### 17.1. Marco conceptual

Los incentivos económicos se focalizan en dos actividades:

- a) el registro de un paquete de datos mínimos en la historia clínica asociados al Sistema de Información del MSP, que permitan construir indicadores de calidad de la gestión asistencial. En este punto específico, dado que la calidad asistencial está ligada a la mejora continua en base al conocimiento y transparencia de la información proporcionada por



estos indicadores, se acuerda la obligatoriedad del registro y envío periódico de los mismos al MSP; y

- a) la auditoría de historias clínicas por los mecanismos que el MSP determine.

La nueva organización que se propone en Medicina Intensiva, con FADL, FADM y FADT, 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 ASSE administrativamente tiene sobre cada uno de los profesionales médicos que integran la referida unidad de terapia intensiva.

#### 17.2. Mecanismo de pago variable

- 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 las funciones 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 ASSE 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 componente variable (25% o 20% según la función que se trate) de su salario en los siguientes seis meses.
- h) El FPV a pagarse luego de realizada la evaluación es: 0% en caso de que no se cumpla con ninguno de los componentes del literal c) de la presente cláusula, 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 seis 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 – ASSE 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 – ASSE 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.

## 18. FINANCIAMIENTO.


El financiamiento de las FADT, FADL y FADM, se regirá de conformidad con las pautas establecidas en la Meta 4, según los parámetros establecidos por la Resolución de la JUNASA N° 884/2014.

## 19. RÉGIMEN DE SUPLENCIAS

El régimen de trabajo de los suplentes se regirá por el Reglamento de funciones de alta dedicación aprobado por el Directorio de ASSE que se adjunta.

## 20. DATOS MÍNIMOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAGO VARIABLE

### 20.1. Datos mínimos para Medicina Intensiva Adultos



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

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



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

#### Datos a Exigir:

- Identificación del usuario (Cédula de Identidad)

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

## 20.2. Datos Mínimos de Neonatología

En el caso de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales el trabajo se realiza en forma distinta a lo observable en otras áreas, por lo cual parece estratégico que los datos mínimos en este caso estén basados en la hoja de Hospitalización Neonatal (CLAP/SMR-OPS/OMS)

Estos datos tienen como objetivo conocer e intentar mejorar los resultados de la Medicina Intensiva Neonatal así como promover un cambio en el manejo de la información.

### Datos a Exigir:

- Identificación del usuario (Cédula de Identidad)
- Sexo
- Edad
- Diagnóstico 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 (sí /no) numero
- Condición del Alta (vivo o muerto)

## 20.3. Datos Mínimos de Pediatría Intensiva

Así como ocurre en las otras unidades también en las de Cuidados Intensivos Pediátrico 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:**

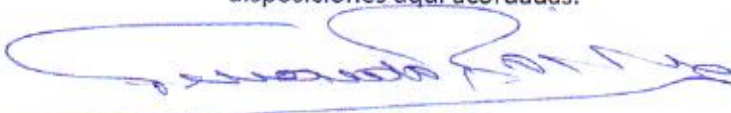
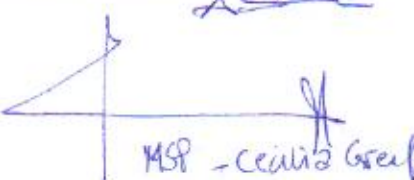
- Identificación del usuario (Cédula de Identidad)
- Sexo
- Edad
- PIM 2
- Diagnóstico 1
- Diagnóstico 2
- Fecha de Ingreso
- Fecha de Egreso
- Ventilación Mecánica (días)
- Infección Intrahospitalaria (si /no) número
- Condición del Alta (vivo o muerto)

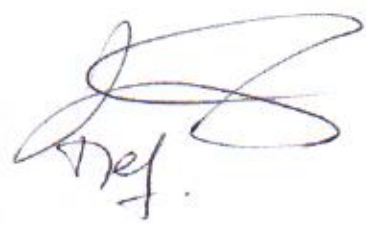
**21. CONSIDERACIONES GENERALES**

**21.1. Jefatura de Servicio y Coordinadores.** Los cargos de Jefaturas de Servicio y Coordinación de CTI, se analizarán por la CAM – ASSE de acuerdo al orden dispuesto en el numeral 17, del acta del Consejo de Salarios del 5 de noviembre de 2012.

**21.2. 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, así como la reglamentación de los Concursos para las FADL, FADM y FADT y la Descripción de las Jefaturas.


**21.3. Derogaciones.** Las Partes acuerdan que el presente Acuerdo deroga a aquellas disposiciones acordadas entre las Partes con anterioridad y que sean contrarias por a las disposiciones aquí acordadas.

  
ASSE  
  
MSP - Cecilia Greif

  
FADL

  
N. VENOTO  
P. SNU

  
LUIS VIBIANO  
SNU

  
GABRIELA PRADERE  
MSP.

  
PABLO  
PENIÑO  
SDU

  
MSP  
  
PABLO  
PENIÑO  
SDU