



En Montevideo el 6 de mayo de 2015, reunida la CAM creada por Acta del Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012, los abajo firmantes, integrantes de UMU, CIES, Plenario, MUCAM, FEMI, SMU, MSP y MEF, ACUERDAN elevar al Consejo de Salarios el siguiente pre acuerdo:

1. ANTECEDENTES.

- 
- 
- 1.1. La presente propuesta de modificación del régimen de trabajo para Psiquiatría de Adultos y Psiquiatría Infantil se enmarca en los lineamientos generales del Acuerdo de Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012
 - 1.2. Los Cargos de Alta Dedicación (CAD) tienen como objetivo mejorar la calidad de atención, la calidad de vida del profesional y brindar herramientas para mejorar la gestión de las instituciones.
 - 1.3. El acta de la CAM de fecha 6 de agosto de 2014 numeral 3.2, establece que en el caso de psiquiatría de adultos las instituciones podrán optar para la atención en policlínica por 4 pacientes por hora y doble turno en primera consulta o tres pacientes por hora sin doble turno en primera consulta.

2. MARCO CONCEPTUAL



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 multidisciplinarios, donde el Psiquiatra cumple un rol fundamental.

3. 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.



4. RÉGIMEN DE TRABAJO

- 4.1. 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.
- 4.2. 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.
- 4.3. 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.
- 4.4. 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.
- 4.5. 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.
- 4.6. 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.
- 4.7. A los efectos de la definición de actividades dentro del cargo, se establece que 3 horas de retén equivalen a 1 hora presencial.
- 4.8. Bajo este régimen de trabajo, en ningún caso el régimen de guardias presenciales excederá las 12 horas corridas.
- 4.9. 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.
- 4.10. 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.

4.11. En caso de interconsulta en sanatorio común el tiempo de entrevista será de 30 minutos en la primera entrevista y 20 minutos de seguimiento.

4.12. En la atención domiciliaria no urgente se asignará 1 hora por llamado que incluye la entrevista y el traslado.

4.13. 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.

5. 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 contrarreferencia, 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.

6. 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. 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.

8. 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.

9. 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.

10. REMUNERACIÓN

- 10.1. 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.

- 10.2. 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.

- 10.3. Los valores referidos en esta cláusula remuneran todos los actos médicos.
- 10.4. 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.
- 10.5. 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.
- 10.6. 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.
- 10.7. 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.

11. 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.

The bottom of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. From left to right, there is a large signature that appears to be 'Luz', followed by a signature that looks like 'Pereira', and another signature that is partially obscured. Below these are more signatures, including one that clearly says 'P. CIES' and another that says 'S.N.'. To the right, there is a signature that says 'S.N.' and another that says 'P. CIES'. At the far right, there is a signature that says 'S.N.' and another that says 'P. CIES'. There are also some initials and marks that are not clearly legible.