

En Montevideo el 22 de octubre de 2014, 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, MEF y MTSS, ACUERDAN elevar al Consejo de Salarios el siguiente pre acuerdo:

1. ANTECEDENTES

- 1.1. Por acta de Consejo de Salarios, de fecha 7 de abril de 2014, se define el nuevo régimen de trabajo médico para medicina interna.
- 1.2. La cláusula A.5 del acta describe las tareas de los cargos de inicio
- 1.3. La cláusula A.6.2 define la cantidad de camas asignadas a los médicos internistas.
- 1.4. La cláusula B.1 establece un plazo para definir la forma de pago variable para los cargos de alta dedicación en medicina interna. En dicha cláusula se define que hasta tanto no se acuerde el mecanismo de pago variable, la remuneración será 100% fija, y luego de acordado el mecanismo de pago variable se aplicará a los cargos ya creados y a crearse.
- 1.5. En el acta mencionada y en la del 5 de noviembre de 2012 se define la actividad de internación domiciliaria dentro de las actividades posibles de los cargos de alta dedicación.

2. DEFINICIÓN GENERAL DEL CARGO DE ALTA DEDICACIÓN DE MEDICINA INTERNA

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.

3. CARGO DE INICIO.

La carga horaria mensual de los cargos de inicio en medicina interna es de 40 a 48hs semanales, lo que representa 175 a 209 horas mensuales.

4. MODELO DE TRANSICIÓN.

Se sustituye el primer punto de la Cláusula A.6.2 del acta de Consejo de Salarios que regula Medicina Interna de fecha 7 de abril de 2014 que quedará redactada de la siguiente forma:

El médico internista de sanatorio no tendrá más de 14 camas asignadas en servicios de Medicina y hasta 18 pacientes en servicios polivalentes / quirúrgicos.

[Handwritten signatures on the left margin]

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures at the bottom of the page]

5. DEFINICION DE LAS ACTIVIDADES PARA CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN DE MEDICINA INTERNA.

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.

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. RETRIBUCIÓN VARIABLE PARA LA ACTIVIDAD DE MEDICINA INTERNA EN VISITA SANATORIAL Y GUARDIA INTERNA.

6.1. 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.

6.2. Los componentes mínimos que deben contener la Historia Clínica y el Resumen de Egreso se detallan en el Anexo.

6.3. 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.

6.4. 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.

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

7. RETRIBUCIÓN VARIABLE PARA LA ACTIVIDAD DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA.

7.1. 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.

7.2. El mecanismo de pago variable es el definido en la cláusula 4 del presente acuerdo.

8. RÉGIMEN DE SUPLENCIAS

Durante el período que dure la transición, aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo establecido en el laudo del año 1965 en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios. En 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.

9. MÉDICO PEDIATRA EN SANATORIO CUIDADOS MODERADOS.

9.1. 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.

9.2. 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.

9.3. 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.

9.4. 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.

ANEXO

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

Juan Beltrán
PICES

[Signature]

[Signature]
SEORA

[Signature]
PICES

[Signature]

[Signature]
DRA M. CANTO
MSP

[Signature]
DRA SANITARIA
PICES

[Signature]
MSP

[Signature]
MSP

[Signature]
MSP

[Signature]
MSP