

En Montevideo, el 20 del mes de marzo de dos mil diecinueve, reunida la comisión número 1) de calidad asistencial y condiciones de trabajo médico y la número 8) de actualización de las categorías de clasificación de las intervenciones quirúrgicas establecidas en el Acta “Anexo 1: II. Condiciones de trabajo aplicables a los trabajadores médicos” correspondiente al convenio del Consejo de Salarios Grupo N°15, “Servicios de Salud y Anexos”. Comparecen por el Ministerio de Salud Pública: Ec. Arturo Echevarria, Sr. Humberto Ruocco y Soc. Pablo Cechi, por el Ministerio de Economía y Finanzas: Ec. Martín Vallcorba y Ec. Rodrigo González, por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU): Pte. Dr. Gustavo Grecco, Dr. Federico Preve y Dra. Soledad Iglesias asesorados por: Ec. Luis Lazarov y la Dra. Romina Luciano, acompañado por representantes de las sociedades científicas Dra. Betriz Arciere, acompañado de la Federación Médica Del Interior (FEMI): Dr. Osvaldo Bianchi, asesorado por la Dra. Alicia Queiro, y en representación de los Empleadores, Cr. Daniel Porcaro, Dr. Antonio Kamaid, Dr. Ariel Bango, Dr. Leonardo Godoy, convienen elevar a consideración del Consejo de Salarios Grupo N°15, “Servicios de Salud y Anexos” el siguiente PRE- ACUERDO:

Cláusula PRIMERA referida a la comisión N°1 de calidad asistencial y condiciones de trabajo médico

A. Aumento del tiempo de consulta por paciente

Se acuerda implementar el siguiente cronograma de incorporación al régimen de 4 pacientes por hora en las consultas coordinadas de policlínica para las siguientes especialidades:

1. A partir del 1° de enero de 2020 se aplicará a los trabajadores titulares de CAD, independientemente de su especialidad.
2. Para los cargos de policlínica que no se rigen por lo dispuesto para los CAD:
 - I. A partir del 1 de abril de 2020 se aplicará para las especialidades de pediatría, medicina interna y medicina familiar y comunitaria.
 - II. A partir del 1 de octubre de 2020, se aplicará para las especialidades médicas no AQ no comprendidas en los numerales anteriores.
 - III. A partir del 1 diciembre de 2020, para medicina general.

El nuevo precio unitario del paciente visto en policlínica resultará de multiplicar el precio unitario anterior por el número de actos por hora anterior dividido el nuevo número de actos (cuatro), para los trabajadores que se rijan por el laudo anterior, en la medida de que pasen al régimen de 4 pacientes por hora.

El número de pacientes que se atienden en policlínica de psiquiatría, neurología, neuro-pediatría, geriatría y fisiatría no podrán superar los 3 por hora.

El número de pacientes que se atienden en policlínica de psiquiatría infantil no podrá superar los 2 por hora

A partir de la aplicación del cronograma para la cantidad de pacientes por hora, el doble turno en la primera consulta de policlínica dejará de tener carácter obligatorio.

La fecha de comienzo del cronograma previsto en el numeral 1) precedente será la de publicación del decreto a que refiere el punto e) del literal B) del presente Acuerdo, para el caso que se verifiquen las condiciones establecidas en dicho punto, a saber: a) que las instituciones lograron instrumentar los mecanismos de citas previstos para la reducción del ausentismo y b) el nivel del mismo no alcanzó los parámetros establecidos con el instrumento de medida acordado. En caso de no corresponder emitir el referido decreto, el cronograma comenzará el 1 de enero de 2020.

Cambios en el cronograma: En virtud de lo dispuesto por Acuerdo de Consejo de Salarios de fecha 9 de octubre de 2018, el cronograma establecido precedentemente podrá ser modificado por acuerdo de partes.

B. Mejoras en el funcionamiento de la agenda médica

a. Mecanismos de sobre-agenda

En aquellas policlínicas en las que durante el trimestre anterior se hubiera tenido una asistencia promedio menor a los 4 pacientes por hora, consideradas por día y hora, las IAMC podrán asignar números adicionales al máximo de 4 por hora previstos en el acuerdo, de manera tal que el promedio trimestral estimado por policlínica se ubique en 4 pacientes.

En el caso que la sobre-agenda determine una atención excepcional por encima de los 4 pacientes por hora en la policlínica respectiva, se compensará al profesional médico a través de uno de los siguientes mecanismos:

1. el pago del acto teniendo en cuenta el mecanismo de pago de la institución;
2. computar los pacientes adicionales como vistos en la próxima policlínica.

Este esquema se aplicará conjuntamente con el cronograma de reducción del número de pacientes por hora pactado en este acuerdo (literal A)

b. Pacientes para repetir medicamentos

Las empresas podrán habilitar números para agendar hasta un máximo de un paciente por hora, adicional a los 4 previstos en el presente convenio, exclusivamente para la repetición de medicamentos. Las citas para repetir medicamentos se agendarán al final de la policlínica.

Entiéndase repetición de medicamentos como el acto médico por el cual el usuario que utiliza una misma medicación o fármaco de manera profiláctica y/o terapéutica concurre a una policlínica para que con la Historia Clínica a la vista y constatando la pertinencia de la indicación – se reitere dicha medicación. El profesional deberá consignar en la Historia Clínica la indicación de repetición.

Adicionalmente, se requerirá que la cita de repetición de medicamentos se realice con el médico de referencia o tratante. Entiéndase por médico tratante al profesional que haya tenido contacto clínico con el paciente en los 12 meses previos a la consulta.

En caso de que no se trate del médico de referencia o tratante, para que sea considerada una repetición de medicación, el médico deberá recibir de parte de la institución un documento donde figuren:

1. los datos patronímicos del usuario (nombre, documento de identidad, edad);
2. el nombre del médico que realizará la consulta;
3. el motivo de consulta "Repetición de medicación";
4. un listado de todos los fármacos que la farmacia de la institución expidió al paciente en los doce meses previos a la consulta. El paciente deberá indicar la medicación contenida en el listado que solicita repetir con la correspondiente firma del mismo. Lo consignado en el presente numeral entrará en vigencia el 1 de diciembre de 2020.

El médico realizará la repetición de medicación respecto, el o los fármaco/os solicitados por el paciente que figuran en los registros previos de la HC, la cual el profesional tendrá siempre a la vista.

En todos los casos anteriores, la repetición de medicamentos no se computará como un acto a los efectos del cálculo de las franjas cuando corresponda ni generará pago adicional.

Si el médico no encuentra registro en la historia clínica de el o los fármaco/os que figuran en el documento con los datos del paciente, éste podrá optar por alguna de las siguientes alternativas:

- 1 - No indicar la medicación y derivar al paciente al médico tratante o de referencia;
- 2 - realizar la consulta clínica correspondiente y que la empresa le abone al médico esa consulta como número común o como número extra según corresponda.

Se reafirma en el presente convenio que todo acto médico debe quedar registrado en la historia clínica del paciente.

Este esquema se aplicará conjuntamente con el cronograma de reducción del número de pacientes por hora pactado en este acuerdo (literal A).

c. Autogestión de agenda por el profesional médico:

Se acuerda implementar la autogestión médica de un 10% (porcentaje) de la agenda mensual para los médicos del primer nivel con sus pacientes referenciados, en especial para las enfermedades más prevalentes, de acuerdo a las definiciones establecidas en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Lo dispuesto comenzará a regir conforme el cronograma pactado.

d. Citas

Implementar un sistema de citas de usuarios que asigne los horarios de consulta para el paciente de acuerdo al régimen horario establecido por el convenio salarial vigente,

evitando esperas mayores a una hora. Este punto deberá instrumentarse concomitantemente al cumplimiento del cronograma de reducción de pacientes suscrito en el acuerdo.

e. Comisión de Agenda y mecanismos que mitiguen los problemas derivados del ausentismo de los usuarios

Las partes se comprometen a continuar trabajando en la comisión de agenda en los referente a evaluación de las medidas adoptadas y en el análisis de potenciales medidas que formen parte de la agenda de trabajo de dicha comisión. Por su parte, las IAMC se comprometen a desarrollar e implementar un sistema de alerta de citas médicas el que, además, deberá permitir al usuario cancelar la cita de manera simple y ágil con hasta un mínimo de 48 horas de anticipación. El sistema deberá estar vigente el 1º de julio de 2019.

Si con estas medidas el ausentismo del periodo julio-noviembre de 2019, definido como el ratio entre faltas en citas programadas y el total de citas programadas, se mantiene por encima del 10% para el promedio de las IAMC, el Poder Ejecutivo se compromete a habilitar, en oportunidad de la emisión del decreto de ajuste de cuota de enero de 2020, la posibilidad de que las instituciones cobren al usuario por cada inasistencia en citas agendadas a partir de dicha fecha un máximo de:

1. 80 unidades indexadas.
2. El valor de la cita programada no utilizada.

El valor en pesos equivalente al monto en unidades indexadas establecido en 1. se fijará en forma semestral de acuerdo al valor de la UI al 1º de enero y al 1º de julio de cada año.

Los usuarios podrán justificar su ausencia por hechos de fuerza mayor. El sistema de alerta de citas médicas deberá comunicar a los usuarios, junto al recordatorio de la cita, las consecuencias en caso de inasistencias injustificadas y los mecanismos para cancelar la cita con hasta con 48 horas de anticipación.

Para la verificación del nivel de ausentismo las instituciones remitirán al Ministerio de Salud Pública un informe antes del 15 de diciembre de 2019 con los datos de ausentismo resultantes del procedimiento de medición antedicho, para su control.

C. Calidad asistencial en el trabajo médico en policlínica y estímulo al funcionamiento del médico de referencia.

Las partes se comprometen a revisar y profundizar la política de trabajar con población de referencia para los médicos del primer nivel por la jerarquía de esta estrategia en el fortalecimiento de este nivel de atención, y su impacto en la disminución de la sobre utilización de especialistas y en las mejoras de los procesos de atención, en particular en el seguimiento de los pacientes con problemas.

De modo de generar los instrumentos para que el primer nivel realice el seguimiento de pacientes egresados del segundo nivel o de los servicios de urgencia o emergencia, las instituciones se comprometen a instrumentar la programación de las citas con el médico de referencia (asignando uno en los casos que el paciente aún no posea) previo al alta o a la culminación del evento asistencial desde esos sectores.

También se comprometen a la implementación de un formulario estandarizado, que incorpore la justificación clínica (dudas diagnósticas, de tratamiento o seguimiento) de la interconsulta, así como las etapas asistenciales cumplidas. El formulario deberá ser completado por el médico de referencia explicando las razones de la interconsulta, señalando la especialidad o especialista que deberá valorar el caso. El MSP citará a las partes para la validación del contenido del formulario a aplicar.

A su vez se promoverá la instrumentación de mecanismos de flexibilización de los vademécum de medicamentos institucionales incluidos en el FTM y de estudios de tal manera que puedan ser indicados por el médico de referencia a fin de aumentar la resolutivez del primer nivel y evitar interconsultas o derivaciones innecesarias por estas causas.

Cláusulas SEGUNDA a OCTAVA referidas a la comisión número 8) de actualización de las categorías de clasificación de las intervenciones quirúrgicas

SEGUNDO (Laudo de Cirugía General): el presente convenio sustituye lo dispuesto en el laudo del año 1965 en lo referente a los actos de Cirugía General con las modificaciones realizadas en 1993 y posteriores. No sustituye lo aquí convenido el acuerdo vigente en materia de Cargos de Alta Dedicación para Cirugía General, ni lo estipulado en el Laudo Médico FEMI, en lo referente, con excepción de lo previsto en la cláusula TERCERO del presente Acuerdo.

TERCERO (Categorización y valor de las categorías): Los procedimientos de cirugía general se clasificarán en 6 categorías (ver "Anexo I"), las que tendrán los siguientes valores relativos para Montevideo y el Interior en los casos de esquemas retributivos que se basen en el pago por acto médico:

- A. El valor de los actos quirúrgicos coordinados categorizados en las Categorías I, II y III será equivalente, en forma respectiva, al valor de los actos quirúrgicos coordinados de cirugía "Menor", "Corriente" y "Mayor" del laudo que se sustituye;
- B. El valor de la Categoría IV será equivalente a un 160% del valor de la Categoría III vigente para Montevideo y de un 118,75% de la Categoría III vigente para el Interior.
- C. El valor de la Categoría V será equivalente a un 137,50% del valor de la Categoría IV vigente para Montevideo y de un 115,79% de la Categoría IV vigente para el Interior.

D. El valor de la Categoría VI será equivalente a un 127,27% del valor de la Categoría V resultante para Montevideo y de un 113,64% de la Categoría V resultante para el Interior.

QUINTO (Oportunidad del procedimiento): Los procedimientos de cirugía general realizados de urgencia se abonarán tomando en cuenta el valor laudo para la cirugía de coordinación incrementado en un 30%.

SEXTO (Vía de abordaje): la categorización establecida en el Anexo I para los procedimientos identificados con el numeral 1/ es válida para los abordajes abierto y laparoscópico.

SÉPTIMO (Transición): a los procedimientos identificados con los numerales 2/ y 3/ en el Anexo I, que se realicen por abordaje laparoscópico, les corresponde la transición que se describe a continuación.

A los procedimientos identificados con el numeral 2/ se los remunerará en base al valor de la categoría inmediatamente superior a la que le corresponde, durante los dos primeros años de vigencia del presente laudo. Durante los siguientes dos años los procedimientos se remunerarán al valor medio entre la categoría laudada y la inmediatamente superior. Finalmente, a partir del quinto año los procedimientos se remunerarán al valor de la categoría establecida en el laudo.

A los procedimientos identificados con el numeral 3/ se remunerarán en base al valor de la categoría inmediatamente superior a la que le corresponde, durante los tres primeros años de vigencia del presente laudo. Durante los siguientes tres años los procedimientos se remunerarán al valor medio entre la categoría laudada y la inmediatamente superior. Finalmente, a partir del séptimo año los procedimientos se remunerarán al valor de la categoría establecida en el laudo.

OCTAVO (Vigencia): lo dispuesto en la cláusula SEGUNDO y subsiguientes del presente convenio entrará en vigencia el 1° de julio de 2019.

NOVENO (Principios generales): El presente Acuerdo se aplicará en concordancia con los principios generales del derecho laboral, considerando que los valores aquí laudados constituyen mínimos para las retribuciones por acto, reconociendo la posibilidad de acuerdos individuales o colectivos que impliquen remuneraciones superiores.

DÉCIMO: Se ratifica la vigencia del plazo establecido en el numeral 1 del acta del 15 de febrero de 2019, en lo establecido para el plazo de trabajo de la comisión número 8 de actualización de las categorías de clasificación de las intervenciones quirúrgicas.

CONSTANCIAS:

Se deja constancia que FEMI firma ad referendum del plenario gremial del próximo viernes 22 de marzo 2019.

También se deja constancia que las instituciones de FEPREMI firma ad referéndum de la asamblea de instituciones del interior, a celebrarse dentro de una semana.

ANEXO I - Listado de procedimientos de cirugía general con su categoría correspondiente.

