

R.D. N° 38-11/2012.-

Montevideo, 14 de noviembre de 2012.-

**EVALUACIÓN BIPARTITA POLÍTICA
ESPECIAL SALUD LABORAL
Aprobación informe.-**

SEC.GRAL./3537

VISTO: el documento relativo a la evaluación conjunta de los resultados alcanzados por parte de la Comisión Bipartita Política, integrada por la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social (ATSS) y el Banco de Previsión Social, con la presencia de representantes del Secretariado Ejecutivo del PIT-CNT y de la Mesa de Entes;

RESULTANDO: que la agenda de trabajo abordó temas como las cuestiones de salud laboral, duración del tiempo de trabajo en el Área de la Salud, implementación de Acuerdos con la Facultades de Medicina y Psicología para el estudio de la situación de los trabajadores, etc.;

CONSIDERANDO: que se comparte el informe enviado y se estima corresponde su aprobación, habiendo sido dicho documento también aprobado por la Asamblea de Delegados de la ATSS;

ATENTO: a lo expuesto precedentemente;

EL DIRECTORIO DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL

R E S U E L V E :

- 1º) APRUÉBASE EL DOCUMENTO A QUE ALUDE EL VISTO Y QUE SE CONSIDERA PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE RESOLUCIÓN.-
- 2º) COMUNÍQUESE A TODAS LAS UNIDADES, A LA ATSS, AL PIT-CNT Y ARCHÍVESE.-

Montevideo, 1° de noviembre de 2012

Evaluación General sobre reuniones BPS-ATSS sobre Salud Laboral

Se resume la evaluación conjunta de los resultados alcanzados en el marco del acuerdo de 10 de octubre pasado entre ambas instituciones (*Anexo 1*).

En ese marco se realizaron las seis reuniones previstas con agenda, cronograma y resúmenes acordados por las partes antes del 31 de octubre (*Anexo 2*).

A modo de síntesis se expone la agenda de trabajo que aborda aspectos relativos a la Salud y Seguridad Laboral en el BPS, y otros aspectos relativos a la Gerencia de Salud en general y al DEMEQUI en particular.

I.- Implementación de un convenio con la Facultad de Psicología de la UDELAR el cual incluya que esta casa de estudios:

a.- asesore técnicamente y brinde apoyo a la Gerencia de Salud Ocupacional en los temas de Salud y Seguridad Laboral del BPS, con referencia a los aspectos psicosociales comprendidos en la temática;

b.- realizar intervenciones psicológicas a solicitud del BPS en sectores específicos de la organización, las que podrán ser a nivel grupal y/o de abordaje individual, iniciando en lo inmediato –una vez firmado el convenio- por el sector DEMEQUI.

c.- asesorar técnicamente en el diseño de estrategias de prevención, de procesos de intervención y de protocolos de abordajes.

En tanto desde el BPS se favorecerá la tarea de técnicos y docentes en los sectores específicos de la organización en los que se entienda necesario realizar una intervención psicológica y en ese marco facilitar la información que fuera requerida a efectos de cumplir con lo acordado (*Anexo 3*).

II.- En el marco general del trabajo sobre Salud Laboral, y atendiendo el contenido de los informes y encuestas realizados sobre el tema relativos al BPS en general y a los informes de áreas de trabajo específicas se deberá tener en cuenta los mecanismos necesarios para proteger la salud del trabajador. El énfasis estará en lo preventivo, sin perjuicio de lo cual cuando del estudio general, de área, de puesto de trabajo e individual surjan signos de deterioro de la salud del trabajador, se incluirá el estudio de

eventuales rotaciones o reubicaciones laborales, (temporales o permanentes). Asimismo se deberá trabajar –en la Bipartita de Salud y Seguridad Laboral- para protocolizar y ordenar otros instrumentos, como por ejemplo el trabajo en horario reducido por razones de salud.

Se tomó conocimiento que la ATSS inició trámite ante la Comisión de actividades bonificadas del MTSS, el cual se sustancia en expediente N° 17558/2008, del año 2008, del cual a la fecha el BPS no ha recibido comunicación alguna desde esa Comisión. Se realizó un repaso de los resúmenes de reuniones bipartitas políticas BPS-ATSS de 2007, 2008 y 2009 y tal extremo nunca se comunicó al BPS. Este aspecto –por tanto- se dilucidará en el ámbito del MTSS.

III.- Se deberá incentivar la puesta en marcha de un sistema de referentes de local o área en materia de Salud y Seguridad Laboral en el BPS, conforme a lo establecido en el Decreto 291/007, así como la capacitación de todo el personal en la materia, en particular de aquellos funcionarios con personal a su cargo atendiendo a su responsabilidad en la gestión.

IV.- La Administración proporciona planes de trabajo y metas para la Gerencia de Salud en el horizonte del próximo año, donde se determinan los objetivos y los tiempos para alcanzarlos (*Anexo 4*). En particular la planificación de la concreción del pasaje del DEMEQUI a ser centro de referencia de enfermedades raras (*Anexo 5*). ATSS analizará los mismos y realizará los planteamientos que considere convenientes.

V.- Establecer planes de trabajo para el abordaje de los múltiples factores a adecuar en la Gerencia de Salud en el marco de la inserción de nuestro instituto en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En este sentido se determinarán planes para:

a.- Readecuaciones horarias y laborales en todas las dependencias de la Gerencia de Salud. La Bipartita de Salud considerará un plan de trabajo a estos efectos antes de fin de año.

b.- Rediseño de puestos de trabajo en el marco general de la descripción de puestos de trabajo de todo el BPS –en ámbito bipartito existente a tales efectos- otorgando prioridad relativa a los de la Gerencia de Salud, e incluso iniciándose en forma previa y paralela.

c.- Estudio de sistema de trabajo médico, en el marco de los temas en consideración entre el Gobierno y el SMU respecto a la determinación de un nuevo sistema de trabajo médico nacional.

d.- En todos los casos diseño y/o actualización de los protocolos, procesos y procedimientos de la Gerencia de Salud.

VI.- Incentivar el involucramiento de los trabajadores en el proceso de cambios, fortaleciendo el esquema de instancias actual:

a.- Equipo de Dirección del Área Asistencial Médica;

b.- Comités de Gestión Clínicos Administrativos integrados por referentes de los procesos principales que ya están funcionando en algunos lugares como el DEMEQUI;

c.- Reuniones periódicas del personal de los distintos servicios y departamentos, mejorando sustancialmente estas instancias en cuanto a periodicidad y participación;

d.- Rediseño del área de intranet de la Gerencia de Salud, apuntando a constituirlo en repositorio de toda la documentación relevante del sector;

e.- Creación de un Share Point de la Gerencia de Salud o de la Gerencia Técnica de Salud, como otro medio de participación en los procesos y decisiones y – en tanto sitio colaborativo- mejorar en forma sustancial la comunicación horizontal y vertical y el aporte y sugerencias de los trabajadores involucrados.

VII.- Mantener un esfuerzo sostenido en materia de mejora edilicia, como fuente de generación –entre otros aspectos- de mejores condiciones laborales.

VIII.- Análisis de la factibilidad y eventuales características de la creación de un Estatuto del Funcionario de Salud del BPS en el marco de lo que determina el Art. 75 del Estatuto del Funcionario del BPS, para lo cual la Bipartita de Estatuto y Reglamentos deberá elaborar un plan de trabajo al respecto antes de fin de año.

IX.- Las partes convienen que hay una serie de temas conexos a los considerados que son de carácter general y se comprometen al efectivo trabajo para su concreción. Sólo a modo de ejemplo se mencionan:

a.- la creación e implementación de un sistema de evaluación del desempeño general para todos los trabajadores del BPS;

b.- el plan general de formación y capacitación del personal;

c.- la creación e implementación del sistema de movilidad horizontal emergente del Presupuesto 2012;

e.- descripción de puestos de trabajo y manuales de funciones.

Con carácter general se determina que los diferentes temas serán de consideración de los ámbitos bipartitos correspondientes.

Se deja constancia que en el marco de estas reuniones se materializó el acuerdo sobre el tratamiento de lo referido a la implementación del Decreto 147/012 de 3 de mayo de 2012 en referencia a Condiciones y medio ambiente de trabajo de centros de atención telefónica en empresas públicas en el BPS (*Anexo 6*).

Las partes firman de conformidad dejando constancia que se someterá a los ámbitos correspondientes de cada institución a los efectos de contar con las resoluciones pertinentes que permitan iniciar en los tiempos previstos las acciones acordadas.

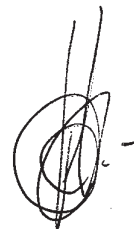
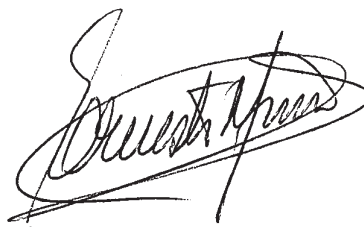
En la ciudad de Montevideo, a los diez días del mes de octubre, luego de realizada en la sede del PIT-CNT una reunión al respecto, se acuerda: Por una parte en representación del Directorio del BPS su Presidente Ernesto Murro y el Secretario General del BPS Eduardo Giorgi y por otra parte en representación de ATSS su Presidenta Alexandra Zapirain y la Secretaria General Nathalia Bresque; en presencia de los representantes del Secretariado Ejecutivo del PIT-CNT Marcelo Abdala y Fernando Pereyra y de la Mesa de Entes, Oscar López, quienes acuerdan:

1. Establecer a partir de la fecha, un período hasta el 31 de octubre del corriente año a los efectos de definir una agenda de temas a tratar y avanzar en la consideración de su contenido en el ámbito de la Bipartita Política. Entre otros temas a abordar se mencionan las cuestiones de salud laboral, duración del tiempo de trabajo en el área salud, implementación de acuerdos con la Facultad de Medicina y/o Psicología para el estudio de la situación de los trabajadores, etc.
2. En dicho período se desarrollarán dos reuniones por semana o seis reuniones en total durante el presente mes.
3. Cuando finalice el período de intercambio y negociación referido, ambas partes harán una evaluación conjunta de los resultados alcanzados.
4. Durante el mismo no se desarrollarán medidas por parte de ATSS y el Directorio no innovará en la materia que se constituya en el objeto de esta negociación.
5. Sin perjuicio de lo acordado en esta oportunidad, siguen funcionando las actuales comisiones bipartitas y los acuerdos entre BPS Y ATSS que regulan las relaciones laborales y la actividad sindical.



No solo

Nathalia Bresque



BIPARTITA POLÍTICA BPS-ATSS DE 11 DE OCTUBRE DE 2012
1era. de 6 reuniones especiales – Acuerdo BPS-ATSS de 10-10-12

La reunión se concreta a partir del Acuerdo firmado el 10-10-12 (se adjunta) entre el BPS, la ATSS, el PIT-CNT y la MSCE.

Por el sindicato participan: Alexandra Zapirain, Nathalia Bresque y Silvia Silvera.

Por el BPS participan los Directores Heber Galli y Ariel Ferrari, y el Secretario General Dr. Eduardo Giorgi.

Se abre la reunión con la invitación de **BPS** a que ATSS exponga y haga su propuesta.

ATSS plantea que entiende que:

- .- se deberían fijar fechas de próximas reuniones
- .- se deberían definir los temas a tratar por su orden
- .- se debería discutir y acordar una hoja de ruta general para el tema Salud Laboral para todo el BPS
- .- se deberían abordar prioritariamente los temas del DEMEQUI, en el marco del Diagnóstico realizado por la UCUDAL, y como grupo emergente. Tomando como base el documento presentado oportunamente por el grupo DEMEQUI.
- .- se debería habilitar la participación de delegados del DEMEQUI en este ámbito, e incluso la del compañero Miglionico del PIT-CNT.
- .- eventualmente hacer un análisis de las razones por las que se llega a esta instancia.

BPS manifiesta que este ámbito no sustituye otros existentes y que por lo tanto no corresponde abordar una hoja de ruta de todo el tema de Salud Laboral del BPS. Sí se manifiesta que se pretende enmarcar –dentro del tema de Salud Laboral- no sólo y centralmente lo emergente del DEMEQUI, sino en general lo del área asistencial de la Gerencia de Salud. Se agrega que no será en este ámbito donde se debata en profundidad aspectos técnicos, sino que se deberían abordar aspectos y lineamientos políticos que en los casos que corresponda serán desarrollados en los otros ámbitos bipartitos o incluso por los servicios del BPS, según corresponda.

ATSS señala que la forma de trabajo que entiende adecuada es que se vayan tratando temas, donde se acuerden líneas políticas, para luego operativizarlas donde corresponda, poniendo como ejemplo que si se llega al acuerdo que corresponde declarar insalubridad en un área y que ello implique una bonificación jubilatoria, ese tema no es de resorte exclusivo del BPS, la importancia de analizarlo en este ámbito esta dada, en el acuerdo de las partes en el concepto, para luego llevarlo al ámbito que corresponda, en el caso de este ejemplo ante el MTSS.

BPS comparte el criterio de trabajo, manifestando que en el caso del ejemplo también correspondería la salida de la agenda de esta reunión en el caso de que no se llegara al acuerdo con el que se ejemplificó.

ATSS manifiesta que entiende que el tema del abordaje de la problemática debería ser externo al BPS (referencia Capítulo IV, pág. 43 y 44 de su documento fechado Agosto/2012), en concreto desde la Facultad de Psicología, desarrollando la motivación de este aspecto.

Agreden que inicialmente la Comisión de Salud y Seguridad Laboral bipartita tenía como cometido encarar el tema de las políticas a llevar adelante y creo 3 subcomisiones las que en los hechos nunca funcionaron. En cambio la bipartita debió encarar casos específicos, no tratando políticas, sino casos, individuales o de lugares concretos de trabajo que llegaban a ese ámbito.

BPS señala que habría cierta disposición a recibir apoyo técnico externo a través de un convenio BPS- Facultad de Psicología, pero que el rol externo debería ser de apoyo y asesoramiento, y no de “hacerlo externamente”. Se trata de acordar los objetivos del convenio, pero se reclama la centralidad de las acciones dentro del BPS, donde la Facultad apoyaría y asesoraría –por ejemplo- en materia de determinación de protocolos de actuación, métodos de medición, abordaje individual, e incluso en este último aspecto, y dada las especiales características de la situación en DEMEQUI se podría aceptar que sea por psicólogos provistos por la Facultad.

Se fijan inicialmente las próximas tres reuniones:

- .- Jueves 18 de 9 a 10 hs.
- .- Lunes 22 de 9.30 a 10.30 hs.
- .- Miércoles 24 de 14.30 a 15.30 hs.

ATSS propone y **BPS** acepta el siguiente orden temático:

- .- Abordaje externo
- .- Readequación horaria - DEMEQUI o en el área asistencias de la Gerencia de Salud.
- .- Relaciones laborales
- .- Actividades Bonificadas
- .- Rediseño de puesto de trabajo.

Representaciones del BPS y de ATSS
Montevideo, 11 de octubre de 2012

BIPARTITA POLÍTICA BPS-ATSS DE 18 DE OCTUBRE DE 2012
2da. de 6 reuniones especiales – Acuerdo BPS-ATSS de 10-10-12

La reunión se concreta a partir del Acuerdo firmado el 10-10-12 entre el BPS, la ATSS, el PIT-CNT y la MSCE.

Por el sindicato participan: Alexandra Zapirain, Nathalia Bresque y Silvia Silvera.

Por el BPS participan los Directores Heber Galli y Ariel Ferrari, y el Secretario General Dr. Eduardo Giorgi.

Se abre la reunión abordando el tema previsto, relativo al planteo de ATSS de realizar un abordaje externo de la temática (documento de ATSS de Agosto 2012, pág. 43 y 44-Se adjunta informe completo).

BPS reitera lo manifestado al final de la reunión anterior en el sentido de que hay disposición a analizar un posible convenio Marco con la Facultad de Psicología, pero que el rol externo debería ser de apoyo y asesoramiento, y no de “hacerlo externamente”. Se trata de acordar los objetivos del convenio, pero se reclama la centralidad de las acciones dentro del BPS, donde la Facultad apoyaría y asesoraría.

ATSS destaca que las afirmaciones del documento no van contra las personas o sus conocimientos técnicos, ratificando el alcance de ciertos asertos y destacando del mismo sus consideraciones y la necesidad de que el inicio sea en la atención del DEMEQUI, sin dejar de lado que el eventual convenio sea por el tema Salud Laboral relativo a todo el BPS.

BPS manifiesta que considera válidos todos los elementos, pero señala como contradicción que se sostenga que los técnicos de Salud Laboral del BPS “no cuentan con una distancia técnica – operativa necesaria para realizar de manera adecuada la tarea” como se sostiene en el documento, pero se considere que las propias personas del DEMEQUI puedan escribir un documento sobre como deberían hacerse las cosas, porque no cabe duda que en ese caso sí que no hay ninguna distancia.

ATSS sostiene la seriedad del documento presentado, insiste en señalar que no hay cuestionamientos técnicos para con el personal de Salud Ocupacional, aunque desconocen la eventual existencia de documentos de ese nivel de seriedad de la Administración, aun cuando no duda de dicha existencia, pero entienden que el abordaje debe ser externo, generando de esta manera una experiencia a los efectos de replicar posteriormente en otro de los dispositivos.

BPS señala que parecería que se está diciendo lo mismo de distinta manera. Se propone avanzar en la elaboración de un borrador de convenio Marco BPS-Facultad de Psicología, donde la Facultad brinde apoyo, asesoramiento técnico, recursos humanos, etc. En el convenio se deberían establecer los requerimientos concretos: talleres de prevención de riesgos sicosociales, estrategias, intervenciones grupales, asesoramiento organizacional, determinación de procesos y protocolos de los abordajes, sistemas de seguimiento, abordaje de casos individuales, etc. etc.; con un primer acuerdo operativo específico para el abordaje del DEMEQUI, incluyendo que los abordaje individuales los realicen técnicos externos (fundado en que el personal del DEMEQUI ya ha generado, de alguna manera, cierta resistencia a nuestros técnicos con lo que el abordaje, sobre todo sicológico pierde totalmente su eficacia).

ATSS manifiesta que podría explorarse esa posibilidad y propone buscar los medios para que la propia bipartita de Seguridad y Salud Laboral retome su trabajo. A los efectos de acordar un borrador de Convenio BPS - Facultad de Psicología, particular o específico (contemplando lo establecido en el acuerdo Marco) para DEMEQUI.

BPS coincide y señala que el Convenio debería ser general para el tema de Salud y Seguridad Laboral en el BPS y trabajar en tener un borrador rápidamente para convocar la bipartita de la materia para su análisis a la brevedad.

ATSS manifiesta nuevamente que considera necesario integrar un delegado del DEMEQUI en la representación de ATSS, así como –en calidad de asesor- un representante del PIT-CNT (Migliónico).

BPS señala que no ha habido cambios en este sentido.

**Representaciones del BPS y de ATSS
Montevideo, 18 de octubre de 2012**

**BIPARTITA POLÍTICA BPS-ATSS DE 22 DE OCTUBRE DE 2012
3da. de 6 reuniones especiales – Acuerdo BPS-ATSS de 10-10-12**

La reunión se concreta a partir del Acuerdo firmado el 10-10-12 entre el BPS, la ATSS, el PIT-CNT y la MSCE.

Por el sindicato participan: Alexandra Zapirain, Nathalia Bresque y Silvia Silvera.

Por el BPS participan los Directores Heber Galli y Ariel Ferrari, y el Secretario General Dr. Eduardo Giorgi.

Se abre la reunión abordando el tema previsto, relativo al planteo de ATSS de reducir el horario de labor.

BPS solicita precisar si lo que se demanda es lo señalado en el documento de agosto del sindicato, es decir pasar a realizar 6 horas diarias 5 días a la semana sin reducción salarial alguna y obligatorio para el personal de la Gerencia de Salud afectado. **ATSS** ratifica que esa es la demanda y pregunta si se requirió opinión a los gerentes involucrados sobre la viabilidad de este planteo, de acuerdo a lo conversado en la reunión anterior.

BPS reitera lo manifestado anteriormente respecto a que no se considera que esto se trate de un tema de salud laboral, sino de una reivindicación. Se pone como ejemplo que si del estudio de UCUDAL surgiera un problema de salarios no podría, razonablemente, considerarse la mejora salarial como un tema de salud laboral.

BPS agrega que del documento de agosto del sindicato más de la mitad (25 páginas) están dedicadas al tema de la reducción horaria, cuando se dedican 5 páginas a “Condiciones laborales” y 2 páginas a “Asistencia Salud Ocupacional”. Esto hace pensar que se trata de un documento de reducción horaria, con algunos aspectos más. Se recuerda que se administra para todo el personal del BPS y se deben evaluar las consecuencias de las decisiones en toda su extensión y alcance. Adicionalmente **BPS** expone una serie de índices e indicadores a modo de contextualizar los temas que abarcan consultas, egresos operativos, dotación de personal, ausentismo por enfermedad, medio horario laboral, capacitación e inversión edilicia (se adjunta detalle). A partir de esta información se sostiene que no es posible afirmar que no se

están haciendo cosas o tomando medidas en materia de salud. También se reseña lo que ya está convenido con ASSE y los aspectos que están en vías de convenirse (se adjunta, al final de indicadores de contexto), agregando que en este momento se trabaja en el análisis de la readecuación general de cada lugar a las nuevas funciones y roles del BPS en el marco de su inserción en el SNIS, particularmente en lo relativo a ser centro de referencia, en este marco además también está en consideración lo relativo a los horarios médicos.

BPS también hace referencia a ciertas situaciones específicas, por ejemplo el convenio con el Hospital Escuela del Litoral de Paysandú, o la demanda de ciertos colectivos profesionales de que se analice la posibilidad de convenir atención odontológica para niños del interior; y se agrega que de la consulta a los gerentes puede emerger cualquier respuesta pero que las decisiones se adoptan a nivel general y político, puede que sean en el sentido de que es factible reducir el horario, y aún cómo hacerlo, pero –por ejemplo- no les competiría expedirse sobre lo relativo al salario.

BPS finalmente señala que no se visualiza como una alternativa viable lo que plantea el sindicato, ni en el corto ni en el mediano plazo, y aún en cualquier caso no se considera viable que haya reducción horaria sin adecuación salarial a la misma. Así como tampoco se visualiza incorporación de RRHH como contrapartida de la reducción horaria.

ATSS manifiesta que el Art. 75 del Estatuto del Funcionario determina la existencia de eventuales condiciones diferentes para el personal de salud, y el régimen horario bien puede ser uno de esos asuntos. (... *teniendo en cuenta las disposiciones de los Organismos Internacionales, especialmente la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y las normas nacionales vigentes en la materia*)

Plantean que se podría iniciar con el análisis de una eventual readecuación del horario de trabajo. Se destacan algunos ejemplos de readecuaciones horarias y de funciones que consideraron positivas, se determinó una mejora operativa al fijarse trabajo interno y externo para el personal en general, no sólo el médico. Manifiestan su convicción de que –bien realizado- esto implica una mejora en la labor socio educativa de la población en materia de salud, así como investigación, extensión, etc.

BPS destaca aspecto de capacitación a lo que **ATSS** manifiesta que debería ser objeto de otro análisis dado que –por ejemplo- en la licencia por Art. 60 se verifica cierto grado de reiteración de personas en su uso. **BPS** señala que la norma limita a 10 días por año y por funcionario, agregando que no menos de dos veces por mes el Directorio aprueba apoyos a eventos de salud en los que se reservan becas de participación de funcionarios del organismo. **ATSS** plantea que se debería analizar un plan de formación continua para todo el personal de salud, en lo que **BPS** coincide.

A modo de resumen queda establecida la posición del BPS respecto al planteo inicial (ver subrayado más arriba), y la ATSS propone alternativamente iniciar el estudio de readecuaciones horarias y laborales (ver subrayado más arriba).

BPS da cuenta, a modo de adelanto de la próxima reunión, de que casi por los mismos elementos, no se visualiza en lo inmediato la factibilidad de proceder como solicita **ATSS** respecto a la situación de los servicios que se contratan mediante destajo profesional. **ATSS** ofrece nómina firmada por los implicados manifestando voluntad de pasar a ser CFP. **BPS** destaca que allí se dice: “expreso mi aspiración de pasar al régimen de contrato de función pública en las condiciones actuales”, lo cual no quiere decir que acepten pasar a CFP en el régimen general de 40 horas semanales, cumpliendo 35 efectivas, y con el salario correspondiente. **ATSS** manifiesta que considera que sí es así, pero lo cotejará para traerlo a la próxima reunión. **BPS** agrega que se está analizando el tema de los horarios médicos y también recuerda que se trabaja en un eventual “laudo médico” que eventualmente incidirá en este asunto.

ATSS vuelve a consultar por la eventual incorporación del PIT-CNT (Miglionico) a las reuniones. **BPS** manifiesta que se accede.

ATSS da cuenta que remitirá vía correo algunos comentarios al resumen de la 2da. Reunión, así como sobre el tema de posible acuerdo sobre el Decreto 143 sobre telecentros.

Representaciones del BPS y de ATSS
Montevideo, 22 de octubre de 2012

BIPARTITA POLÍTICA BPS-ATSS DE 24 DE OCTUBRE DE 2012
4ta. de 6 reuniones especiales – Acuerdo BPS-ATSS de 10-10-12

La reunión se concreta a partir del Acuerdo firmado el 10-10-12 entre el BPS, la ATSS, el PIT-CNT y la MSCE.

Por el sindicato participan: Alexandra Zapirain, Nathalia Bresque y Silvia Silvera.

Por el BPS participan los Directores Heber Galli y Ariel Ferrari, y el Secretario General Dr. Eduardo Giorgi.

Se abre la reunión con la firma de los resúmenes de las tres primeras reuniones y el acuerdo relativo a los servicios de teleconsultas alcanzados por el Decreto 147/2012.

Luego se pasa al tema previsto sobre relaciones laborales, en particular lo relativo a los llamados destajistas (prestación de servicios profesionales).

BPS inicia comentando la presentación que recibió el día de hoy el Directorio sobre la Encuesta de imagen del BPS, destacando los datos relativos al servicio materno infantil y los positivos indicadores de satisfacción de los usuarios sobre el mismo, lo que parecería indicar que –si bien siempre se puede mejorar todo- el panorama no es tan negativo como a veces se desprende de algunas afirmaciones.

BPS manifiesta que el tema de modificar las relaciones con los profesionales de referencia no estaban en la agenda del Instituto. Agrega que sí se está procesando el análisis general de necesidades que incluye el tema de los servicios de los médicos,

necesidades, horarios, determinación de especialidades, dotación, etc. en relación al nuevo rol del BPS en la materia y su inserción en el SNIS. Se detallan diversos aspectos de las características del trabajo de los destajistas y sus peculiaridades. También se destaca la procedencia de los recursos con que se solventan los egresos de esa modalidad que difiere con la del personal presupuestado o CFP.

ATSS manifiesta que se sabía de antemano que no era tema que estuviese analizando el BPS, y reconoce haber puesto en la agenda el tema. Comparte que se realicen análisis generales, mencionados, pero entienden necesario que se considere también lo planteado.

BPS señala que la referencia a que no estaba en la agenda es una forma de decir que es un tema nuevo, o al menos dejar sentado que es un tema que requerirá maduración y análisis, para no generar expectativas de inmediatez.

ATSS manifiesta que tal vez existan algunas ramas o especialidades (Profesionales) que presenten dificultades para que se puedan abordar por mecanismos diferentes al actual si se quiere hallar una solución, por la demanda del mercado, pero agregan que tal vez se deba dejar en parte de lado el tema de los recursos y costos de los servicios y focalizarse en el aspecto cualitativo respecto al tipo de servicio que se pretende brindar a la población. Por otra parte se plantea –por ejemplo- que despierta una fuerte adhesión, deseo de ser parte de programas como Uruguay Crece Contigo.

BPS señala que –también como ejemplo- se promueve cambiar el nombre del DEMEQUI y por el de CEDECC y ATSS plantea reparos a realizarlo.

ATSS manifiesta que el momento del planteo fue particular, pero además el tema es más de contenido que de nombre, preguntándose si cambiar el nombre de DEMEQUI a CEDECC sirve de algo sin tener claro el contenido de lo que se proyecta, dejando para este servicio el convertirse en centro de referencia de 6 enfermedades.

BPS manifiesta que no es la primera vez, ni la única forma en que se desliza o se deja entrever que la Administración dice ir en un sentido, pero en los hechos parece que va en el contrario. Agrega que no existe una sola pauta, ni dato, ni información ni indicador que diga que no se esté caminando hacia los objetivos que se explicitaron siempre: insertar el área de la salud en el nuevo sistema de salud del país sobre la base de potenciar las ventajas comparativas y los conocimientos acumulados en diversas materias, desarrollar lo que el BPS hace bien en la materia en forma complementaria con los otros servicios de salud estatales y no estatales. Por otra parte se enumeran datos (como los explicitados en la reunión anterior) y hechos que muestran lo afirmado, desde el desarrollo del Laboratorio del BPS donde hoy reside el Sistema Nacional de Pesquisas hasta las instancias patrocinadas, promovidas o apoyadas por el BPS en distintas actividades y disciplinas relativas a salud.

ATSS señala que no es la primera vez que desde la Administración se hace mención a este tipo de aspecto, o a supuestas atribuciones de intenciones aviesas o desviadas de la Administración, y no es esto lo que se plantea. Agrega que se tiene la percepción de que hay un problema en cuanto a la cultura, la forma, en que se procesa la

transmisión de los cambios. No es lo mismo lo que se maneja o transmite en ciertas instancias que lo que diariamente recibe el trabajador en su puesto de trabajo, y eso cuando recibe algo, cuando no simplemente ni se le entera. Se plantea que es necesario que se logre que los trabajadores sean protagonistas de los cambios, no meros espectadores.

BPS manifiesta su total acuerdo con esto último, y tampoco es la primera vez que se plantea por parte del sindicato, siendo tal vez esta una materia pendiente a desarrollar, aunque los informes que llegan son contestes con procesos de este tipo. En concreto se están desarrollando trabajos en tres niveles colectivos: Equipo de Dirección del Área Asistencial Médica (que integra el DEMEQUI), Comités de Gestión Clínicos Administrativos integrados por referentes de los procesos principales que ya están funcionando en el DEMEQUI y reuniones periódicas del personal de los distintos servicios y departamentos. Pero tal vez haya que desarrollar y aceitar aún más los mecanismos de transmisión y participación, no en función sindical, sino directamente como trabajadores profesionales y técnicos.

BPS plantea que requerirá que los servicios correspondientes –a la brevedad- proporcionen:

- .- Plan de trabajo, línea de tiempo, plazo, etc. que se plantea para concretar el hecho de que el BPS sea Centro Especializado en Defectos Congénitos Complejos, centro de referencia en enfermedades raras.
- .- Plan de trabajo, plazo, perspectivas, respecto a la determinación de necesidades, horarios, especialidades, etc. en particular lo relativo a los trabajadores médicos, cualquiera sea su vínculo actual con la Institución.
- .- Alternativas en relación a los temas abordados en los últimos dos párrafos anteriores de este resumen.

**Representaciones del BPS y de ATSS
Montevideo, 24 de octubre de 2012**

**BIPARTITA POLÍTICA BPS-ATSS DE 26 DE OCTUBRE DE 2012
5ta. de 6 reuniones especiales – Acuerdo BPS-ATSS de 10-10-12**

La reunión se concreta a partir del Acuerdo firmado el 10-10-12 entre el BPS, la ATSS, el PIT-CNT y la MSCE.

Por el sindicato participan: Alexandra Zapirain, Nathalia Bresque y Silvia Silvera.

Por el BPS participan los Directores Heber Galli y Ariel Ferrari, y el Secretario General Dr. Eduardo Giorgi.

Se abre la reunión con la aclaración de que la asamblea realizada en el DEMEQUI el día jueves 25 -que aparecía inicialmente como realizada a mediodía- se realizó a partir de las 9 de la mañana, encuadrándose de esa manera en las actividades habilitadas.

Luego se pasa al tema previsto sobre trabajo insalubre o eventual declaración de servicios bonificados en el DEMEQUI.

BPS inicia comentando que no surge del informe de UCUDAL la existencia de trabajo insalubre o la necesidad de declarar servicios bonificados. Por el contrario, en la página 24 del resumen de ese estudio se menciona que: “Si bien la amplia literatura existente establece una relación directa entre los factores de riesgo psicosocial y el estrés, la salud y la satisfacción de los trabajadores, las condiciones de salud evaluadas en esta instancia, no podemos considerarla estricta consecuencia de los datos aportados por la evaluación de factores psicosociales a los que están sometidos los funcionarios encuestados.” Es decir que del estudio realizado no siquiera se puede inferir que eventuales afectaciones de salud sean atribuibles a causas laborales o de condiciones de trabajo, según el estudio realizado.

Por otra parte se manifiesta que si de cuidar la salud se trata se debería analizar científicamente las condiciones y situaciones y en los casos en que se detectara fehacientemente deterioro –o indicios de deterioro- de la salud de algún trabajador por estas razones, se debería promover una eventual reubicación en otro puesto de trabajo, en forma temporal o permanente. Se detallan con visión crítica algunos aspectos de los sistemas vinculados a trabajo insalubre y al sistema de bonificación en el sistema jubilaciones, agregándose que incluso debería ser obligatorio el retiro del trabajador al obtener causal jubilatoria. Finalmente BPS señala que hace unos dos meses trabajadores del DEMEQUI — se presentaron ante el MTSS solicitando se realice el estudio sobre la eventual declaración de actividad insalubre y bonificación, expediente que está a estudio de la Comisión de Actividades Bonificadas con sede en dicho Ministerio, por lo cual en forma unilateral se dispararon los mecanismos legales competentes en la materia, no habiendo tema sobre el que acordar, adelantándose que cuando corresponda el BPS considerará los informes técnicos que determinen sobre la situación, pero en principio no se comparte lo solicitado.

ATSS realiza una intervención que gira en torno a los elementos de evaluación de resultados del proceso de estas reuniones bipartitas.

BPS recuerda el alcance del acuerdo del 10 de octubre y manifiesta que aun resta una reunión y que la evaluación de este proceso se debe realizar con posterioridad a la próxima reunión fijada para el lunes próximo para tratar el tema de rediseño de puestos de trabajo.

ATSS realiza varias consideraciones sobre el tema de la reunión y agrega que desconoce que se haya presentado hace dos meses nueva solicitud al MTSS, si conocían una presentación ante el MTSS hace unos años (2007 ó 2008).

BPS señala que ya se han disparado los mecanismos formales por lo que no hay cuestión a considerar en este ámbito, manifestando que cualquiera sea el final del proceso que realizará el MTSS, se considera que la forma de proteger la salud de los

trabajadores es la que se dijo. Se destaca que ya ha habido casos de reubicación de trabajadores por razones de salud, así como habilitaciones a trabajar medio horario.

ATSS recuerda que ha sucedido que en verdad se recomienda medio horario o reubicación pero los jefes directos del trabajador involucrado no acceden a aplicar las recomendaciones. Asimismo plantea la importancia de la formación en Salud Laboral para los jefes, atento a su rol en la organización y atendiendo a su escasa participación en las instancias de capacitación ya efectuadas.

BPS reconoce que eso efectivamente puede ocurrir y se deberá trabajar sobre esto también, aunque reitera que desde 2005 a 2011 se verificaron 238 casos de trabajadores con medio horario por razones de salud.

Representaciones del BPS y de ATSS
Montevideo, 26 de octubre de 2012

BIPARTITA POLÍTICA BPS-ATSS DE 29 DE OCTUBRE DE 2012
6ta. de 6 reuniones especiales – Acuerdo BPS-ATSS de 10-10-12

La reunión se concreta a partir del Acuerdo firmado el 10-10-12 entre el BPS, la ATSS, el PIT-CNT y la MSCE.

Por el sindicato participan: Alexandra Zapirain, Nathalia Bresque y Silvia Silvera.

Por el BPS participan los Directores Heber Galli y Ariel Ferrari, y el Secretario General Dr. Eduardo Giorgi.

Como cuestión previa **BPS** da cuenta que recibió correo con planteos del sindicato a incluir en un eventual instructivo para los funcionarios que deban actuar como evaluadores del desempeño en el proceso de cambio de escalafón, adelantando que algunos aspectos se podrán considerar y otros aparecen como algo excesivos para lo que debe contener un instructivo, siendo que la apertura a considerar este tema expresamente se aclaró desde el principio que no era tema para discutir ni demorar el llamado. **ATSS** toma conocimiento y señala que está claro cual era el alcance en este tema.

Se trata el tema previsto: rediseño de puestos de trabajo.

BPS manifiesta compartir esta necesidad e incluso se debería visualizar inserta en los planes de trabajo referidos en la cuarta reunión bipartita. Agrega que esto se debería eventualmente considerar como un proceso a iniciar en ese plan de trabajo, aunque sea en paralelo al de la descripción general de puesto de trabajo del instituto, sin perjuicio de que una vez que se inicie la descripción general se mantenga la prioridad relativa de considerar los puestos de la Gerencia de Salud.

ATSS realiza algunas puntualizaciones, informa que el viernes pasado se concretó reunión con la Gerencia de RRHH por el tema descripción de puestos de trabajo, y coincide con el planteo.

BPS informa que se está trabajando en los informes y temas considerados en reuniones anteriores y estima que estarán para incorporar en la reunión del próximo jueves, de evaluación de este proceso de reuniones bipartitas. Agrega que se está procesando un rediseño del área de trabajo en al Intranet de la Gerencia de Salud como repositorio de documentos e informes, y se estudia la posibilidad de crear un Share Point de la Gerencia de Salud, o aún de la Gerencia Técnica de Salud como mecanismo de información y participación de los trabajadores en los distintos procesos.

**Representaciones del BPS y de ATSS
Montevideo, 29 de octubre de 2012**

Análisis y propuestas sobre la exposición a los factores de riesgo psicosocial de los trabajadores del DEMEQUI y sus efectos sobre la salud.

Documento II

Agosto 2012

I) FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

Las políticas de Salud Ocupacional, deben estar fundamentadas en un marco conceptual que incluya, conceptos y principios rectores

Algunos conceptos rectores

En la actualidad, se estima que mueren dos millones de hombre y mujeres cada año como resultado de accidentes, enfermedades o heridas relacionadas con el trabajo. También existen accidentes no fatales en el lugar de trabajo los cuales suman alrededor de doscientos sesenta y ocho millones de incidentes que provocan al menos tres días laborables perdidos por incapacidad y ciento sesenta millones de nuevos casos de enfermedad relacionada al trabajo. Adicionalmente ocho por ciento de la tasa global de trastornos depresivos se relaciona actualmente con riesgos ocupacionales.

La OMS define entorno de trabajo saludable de la siguiente manera:

“Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a las siguientes indicadores:

La salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo.

La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del espacio de trabajo.

Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y

Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad”.

En tanto compartimos la definición de calidad de vida de Carmen Barranco (2): “La **calidad de vida**, se construye socialmente con la participación de los protagonistas, partiendo de los diversos contextos personales, familiares, institucionales y comunitarios, generando instrumentos de medida que incluyan indicadores subjetivos y objetivos.”

El peso o importancia de cada indicador varía en función de una serie de parámetros:

1. personales, como la edad, necesidades, capacidades, entre otros;
2. socio-ambientales, condiciones económicas, educativas, trabajo, empleo y ecología entre otros; y
3. objetivos y subjetivos.

A partir de estos ejes (personales, socioambientales, y subjetivos-objetivos), los estudios realizados sobre la calidad de vida de cada colectivo, incorpora aquellas dimensiones e indicadores que estima pertinentes y relevantes en cada contexto. A estos indicadores, se añadieron los correspondientes a la calidad de servicio y calidad de vida laboral, que junto a los de la calidad de vida forman las tres vertientes interactivas de la denominada Calidad Integrada.

Entendemos que para poder lograr una calidad de vida adecuada, debemos tener en cuenta los siguientes conceptos.

Como **causas del estrés laboral**, en el documento (*La organización del trabajo y el estrés. INSTITUTO DE TRABAJO, SALUD Y ORGANIZACIONES - 4*) se plantea que: “los resultados de las investigaciones muestran que el tipo de trabajo que produce más estrés es aquel en que las exigencias y presiones superan los conocimientos y capacidades del trabajador, hay pocas oportunidades de tomar decisiones o ejercer control, y el apoyo que se recibe de los demás es escaso. Cuanto más se ajusten los conocimientos y capacidades del trabajador a las exigencias y presiones del trabajo, menor será la probabilidad de que sufra estrés laboral.”

“El estrés laboral constituye un verdadero problema para los trabajadores y las entidades que los emplean. A medida que las entidades y los entornos de trabajo van transformándose, también lo hacen los problemas de estrés a los que pueden enfrentarse los empleados. Es importante que vigile constantemente si en su lugar de trabajo hay problemas de estrés.”

“Además, no sólo es importante identificar la existencia de problemas de estrés y tratar de resolverlos, sino también, promover el trabajo saludable y reducir los aspectos perjudiciales del trabajo. El trabajo en sí mismo puede ser una actividad

de promoción del individuo, siempre y cuando se lleve a cabo en un entorno seguro, donde se promueva la salud y el desarrollo” (4).

Si nos referimos al **concepto de burnout**, agregamos lo siguiente (5):

“Las investigaciones que se vienen realizando en las organizaciones de bienestar social sobre el burnout en los profesionales de ayuda, tales como los trabajadores sociales, médicos, enfermeras, educadores, abogados, psicólogos, y otros trabajadores que intervienen en la atención directa, ponen de relieve el desgaste emocional, psíquico, físico y social que experimentan a consecuencia del trabajo.

El burnout se define como un síndrome que se manifiesta por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento personal (Peiró y Gil-Monte, 1997). El agotamiento emocional se refiere a una reducción de los recursos emocionales y al sentimiento de que profesionalmente no se tiene nada que ofrecer a los demás, unido a una pérdida de interés por los usuarios. Cuando se llega a los niveles altos de despersonalización, esta sensación de baja autoestima y de incapacidad se llega a generalizar a las distintas esferas de la vida personal y social. Como consecuencia se tiene manifestaciones somáticas y psicológicas, tales como abatimiento, ansiedad, irritabilidad y depresión. **No desaparece con el descanso.**

El significado de cada una de las tres dimensiones señaladas del burnout o el síndrome de quemarse por el trabajo, son definidas (Rubiol, 1984; Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991; Gil-Monte y Peiró, 1996 y 1997; Atance, 1996) como:

1. *Baja realización personal.* Es la tendencia de los profesionales de evaluarse negativamente afectando a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.
2. *Sentimientos de agotamiento emocional.* Se alude a una situación de cansancio, como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, puede manifestarse de manera física, psíquicamente, o como una combinación de los dos, debido al contacto diario mantenido con las personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.
3. *Despersonalización.* Se caracteriza por sentimientos, actitudes y respuestas negativas hacia los usuarios, acompañado de un incremento de la irritabilidad y una pérdida de la motivación hacia el mismo.

En cuanto a la polémica entre Estrés-Burnout, la cuestión está en la diferencia existente entre aquellos autores que consideran el burnout como una de las posibles respuestas al estrés (Daley, 1979) y aquellos otros que consideran el estrés y el burnout como constructos claramente distintos, aunque relacionados (Amtron, Nilsson, Norberg, Saboman, Winblad, 1991).

Estos últimos autores consideran al estrés relacionado con la fatiga y aparece por sobrecarga, desapareciendo tras el descanso e indican también, que el estrés tiene un inicio insidioso y presenta diferentes niveles de ansiedad; por el contrario el burnout, en su inicio, suele ser lento y progresivo y no se relaciona directamente con la fatiga, sino más bien con la disminución del entusiasmo y la decepción.

Ya se han realizado evaluaciones de costo-beneficio de las intervenciones (1): “Además de saber que una intervención sea probablemente efectiva para mejorar la salud y/o la productividad, los empleadores quieren tener una idea acerca del costo – beneficio de la intervención. Los empleadores generalmente no desean gastar grandes cantidades de recursos para obtener resultados mínimos, aún cuando sean positivos. Por esta razón, muchos empleadores sofisticados solicitan un análisis costo – beneficio antes de implementar una intervención, o requieren información acerca de la recuperación de la inversión (ROI).

La literatura está colmada de registros de cálculos de recuperación de inversión de intervenciones para la protección y promoción de la salud. El activo más valioso de un servicio de salud es su personal. La aplicación de un conjunto de incentivos eficaces representa una inversión mediante la cual ese activo vital puede protegerse, fomentarse y desarrollarse.

Entornos Laborales Saludables desde la perspectiva de la OMS

1. Porque es lo Correcto:

Todas las religiones y filosofías mayores, desde el principio de los tiempos, han resaltado la importancia de que el individuo tenga un código moral personal que defina su interacción con los demás. El principio ético más básico es evitar hacer daño a otros.

Los sindicatos, han hecho su mejor esfuerzo en señalar las debilidades de los códigos morales de muchos inversionistas, relacionando la conducta empresarial con el dolor y sufrimiento real de los trabajadores y sus familias.

En el XVIII Congreso sobre Seguridad y Salud en el Trabajo en Seúl Corea en el 2008, los participantes firmaron la “*Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el trabajo*”, que afirma específicamente que un ambiente de trabajo seguro y saludable es un derecho humano fundamental.

2. Porque es una acción inteligente:

Las organizaciones e instituciones no lucrativas tienen como indicador de éxito, el alcanzar sus objetivos y metas, lograr una misión.

3. Porque es lo legal:

La mayoría de los países tienen como mínimo alguna legislación que pide a los inversionistas proteger a los trabajadores de incidentes en el ambiente de trabajo, que puedan causar daño o enfermedad.

En mayo de 2007, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el *Plan Global de Acción Sobre la Salud de los Trabajadores* (GPA, por sus siglas en inglés) para el período 2008-2017.

Síntesis de la historia de los Esfuerzos Globales para Mejorar la Salud de los Trabajadores

El origen y evolución de los esfuerzos para mejorar la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores, son tan complejos como la evolución de las ideas acerca de cómo alcanzar los objetivos de la OMS y la OIT para los trabajadores, a lo largo del tiempo. La OMS y la OIT unieron esfuerzos casi inmediatamente después de la formación de la OMS, mediante la conformación del Comité de Salud Ocupacional OIT/OMS reconociendo la importancia de estos temas. Aún así, el hecho de relacionar la promoción de la salud específicamente al ambiente de trabajo, es relativamente reciente. Durante varias décadas las actividades de promoción de la salud y las actividades de salud ocupacional operaron en una especie de doble vía. En años recientes estas vías han comenzado a converger y la interrelación se ha hecho más fuerte tanto al interior de la OMS como entre la OMS y la OIT.

Enseguida se hace una breve cronología y descripción de los eventos y declaraciones clave:

1950.- Conformación del Comité de Ocupacional OIT/OMS. Luego de la formación de la Organización Mundial de la Salud, este comité conjunto inicio la colaboración entre estas dos organizaciones, la cual continúa hasta el día de hoy.

1978.- Declaración de Alma-Ata. Después de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, celebrada en Alma-Ata en la entonces Unión Soviética, todos los participantes formaron esta declaración. En ella “Se anuncia un impulso a los proveedores de servicios de salud, sus usuarios y la comunidad en **extenso** y propone acercar las iniciativas nacionales de salud tanto como sea posible a los lugares donde la gente vive y **trabaja** más que llevarlas a cabo en hospitales, se deben generar los ambientes adecuados para que la promoción de la salud y la salud ocupacional se desenvuelvan y crezcan.

1981.- Convenio No. 155. Los Estados miembros de la OIT fueron conminados a establecer políticas nacionales de salud y seguridad ocupacional, comenzando con el medio físico, y a establecer una infraestructura y soporte legal para introducir la salud y

seguridad a los ambientes de trabajo. El objetivo de esta política es prevenir los accidentes y daños a la salud provenientes del trabajo. Hasta la fecha 56 naciones lo han ratificado

1985.- Convenio de la OIT 161. Cuatro años más tarde, en la septuagésima primera sesión de la OIT, se aprobó esta Convención Sobre Servicios de Salud Ocupacional. La resolución hizo un llamado a los estados miembros, para que establecieran servicios de salud ocupacional para todos los trabajadores en los sectores públicos y privados. Estos servicios deberían incluir la vigilancia de las situaciones potencialmente peligrosas en el ambiente, vigilancia de la salud de los trabajadores, avisos y promoción relacionada a la salud del trabajador incluyendo ergonomía e higiene ocupacional, servicios de primeros auxilios y emergencias y rehabilitación vocacional. Esta convención ha sido ratificada hasta la fecha por 28 países.

1986.-Acuerdo de Ottawa. Este documento clave, generado durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud de la OMS, en Ottawa, Canadá, es acreditado como el documento que introduce el concepto de la promoción de la salud como se conoce hasta ahora: “El proceso de dar a la gente la capacidad de aumentar el control sobre su salud y mejorarla”. Posteriormente legitima la necesidad de la colaboración intersectorial e introduce la “aproximación por escenarios”. Esto incluye a los espacios de trabajo como una de los escenarios clave para la promoción de la salud, al mismo tiempo que sugiere que el espacio de trabajo es un área donde debe crearse un medio ambiente de soporte para la salud.

1994.- Declaración Global de Salud Ocupacional para Todos. A través de los años se ha desarrollado una red de Centros Colaboradores en Salud Ocupacional. Estos centros colaboradores celebran una convención aproximadamente cada 2 años para coordinar planes y actividades. En la Segunda Convención de Centros Colaboradores de la OMS, llevada a cabo en Beijing, en 1994, se firmó por parte de los participantes una Declaración Global Salud Ocupacional para Todos. Un aspecto notable de esta declaración es el acuerdo claro de que el término “salud ocupacional”, incluye la prevención de accidentes (salud y seguridad), y factores como el estrés psicosocial. Se urgió a los estados miembros a aumentar sus actividades en la salud ocupacional.

1996.- Estrategia Global sobre Salud Ocupacional para Todos. La Estrategia Global delineada en la Convención de los Centros Colaboradores en Salud Ocupacional de Beijing, 1994, fue aprobada por la WHA en 1996. Esta presenta un análisis breve de la situación y recomienda 10 áreas de prioridad para la acción. El área prioritaria No. 3 resalta la importancia de utilizar el Ambiente de trabajo para influir en el estilo de vida de los trabajadores (promoción de la salud) de manera que impacte positivamente en su salud.

1997.- Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud. Firmada después de la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción a la Salud, esta declaración refuerza la Carta de Ottawa, pero enfatiza la importancia de la responsabilidad social en la salud, expandiendo en número de colaboradores para la salud, incrementando la capacidad de la comunidad y empoderando a los individuos, y asegurando la infraestructura para la salud.

1997.- Declaración de Luxemburgo sobre La Promoción de la Salud En los Ambientes De trabajo de la Unión Europea. Mientras cada región de la OMS ha estado activa de alguna manera en relación a la salud de los trabajadores, la actividad política de los países europeos, relacionadas a crear la Unión Europea, ha acelerado su habilidad para trabajar juntos en ciertos temas. La Red Europea para la Promoción de la Salud en el Ambiente De trabajo, se formo en 1996 y en una convención celebrada en Luxemburgo al año siguiente, aprobaron esta declaración, la cual reporta el consenso acerca de la definición de Promoción de la Salud en el Ambiente De trabajo (WHP por sus siglas en inglés). Ellos definieron la WHP como *“Los esfuerzos combinados de inversionistas, empleados y sociedad para mejorar la salud y el bienestar de la personas en el trabajo. Esto puede alcanzarse mediante la combinación de: mejorar la organización del trabajo, el ambiente de trabajo; promover la participación activa, alentar el desarrollo personal”*. El texto subsecuente deja claro que la promoción de la salud en el ambiente de trabajo incluye las mejoras en el ambiente de trabajo tanto físico como psicosocial, así como el desarrollo personal de los trabajadores respecto a su propia salud, o la promoción tradicional de la salud.

1998.- Memorándum Cardiff sobre WHP en Pequeñas y Medianas Empresas. La red europea para la WHP siguiendo la Declaración de Luxemburgo, adopto este memorándum que enfatiza la importancia de las PyMEs en la economía, y destaca las

diferencias y dificultades para la implementación de la PSET (psel) en las PyMEs. El memorándum señala prioridades para la aplicación del PSET (psel) en las PyMEs.

1998.- Resolución 51.12 de la Asamblea Mundial de la Salud. La 51ª Asamblea Mundial de la Salud firmó una resolución (51.12) sobre promoción de la salud adhiriéndose a la Declaración de Yakarta y haciendo un llamado al Director General de la OMS para que “aumente la capacidad de la organización y a los estados miembros a promover el desarrollo de ciudades, islas, comunidades locales, mercados, escuelas y **espacios de trabajo** promotores de la salud y servicios de salud en general”.

2002.- Declaración de Barcelona sobre “El Desarrollo en Europa de Buenas Prácticas para Un Espacio de Trabajo Saludable. Esta declaración, dando seguimiento a la 3ª Conferencia Europea sobre PSEL, Destaca: “**no hay salud pública sin una buena salud en el espacio de trabajo**”. Y va más allá al sugerir que el mundo de trabajo puede ser el único y más poderoso determinante social para la salud. También subraya el fuerte interés de las empresas por la PSEL. Un mensaje muy claro es la importancia del trabajo conjunto de los sectores público y de la salud y seguridad ocupacional, en la promoción de la salud en el ambiente de trabajo.

2003.- Estrategia Global para la Seguridad y Salud Ocupacional. En su 91ª conferencia anual, la Organización Internacional de Trabajo, aprobó esta estrategia global acerca de la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales. Se resaltó la importancia de usar un sistema de manejo de salud y seguridad ocupacional con el enfoque de mejora continua, como era la necesidad, al igual que se generó un compromiso para tomar en cuenta los factores específicos de género en el contexto de los lineamientos de la salud y seguridad ocupacional.

2005.- Acuerdo de Bangkok para la Promoción de la Salud En un Mundo Globalizado. Este segundo acuerdo fue firmado después de la Sexta Conferencia Global sobre Promoción de la Salud. Aún cuando es notable por diferentes razones una de ellas, la más significativa es el compromiso de hacer de la promoción de la salud “un requisito para las buenas prácticas corporativas”. Por la primera vez se reconoce explícitamente que las corporaciones y/o inversionistas deben practicar la promoción de la salud en el espacio de trabajo. También señala que los hombres y las mujeres se ven afectados de

diferente manera, y estas diferencias representan retos para crear espacios de trabajo saludables para todos los trabajadores.

2006.- Declaración de Stresa sobre la Salud de los Trabajadores. Los participantes de la 7ª Reunión de Centros Colaboradores en Salud Ocupacional de la OMS, en Stresa, Italia, en 2006 aprobaron esta declaración que expresa el apoyo hacia el esquema del Plan Global de Acción para la Salud de los Trabajadores. Específicamente señala que *“Existe un creciente evidencia de que la salud de los trabajadores está determinada no solo por los riesgos tradicionales y emergentes de la salud ocupacional, sino también por las desigualdades sociales como nivel de empleo, ingreso, genero y raza, así como las conductas referentes a la salud y el acceso a los servicios de salud. Por lo tanto el consiguiente mejoramiento de la salud de los trabajadores, requiere un enfoque holístico que combine la seguridad y salud ocupacionales con la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y la contención de determinantes sociales de la salud y llegar a las familias y comunidades de los trabajadores”.*

2006.- Convenio de la OIT No. 187. Este Esquema Promocional para la Convención sobre Salud y Seguridad Ocupacional, fue aprobado en la 95ª sesión de la OIT en 2006. Diseñado para reforzar las convenciones previas, expresamente urge a los estados miembros a promover un abordaje de salud y seguridad ocupacional en los sistemas de administración, con una mejora continua en la salud y seguridad ocupacional, implementar una política nacional y promover una cultura nacional de prevención en salud y seguridad.

2007.- Plan Global de Acción para la Salud de los Trabajadores: Como se hizo notar en el primer capítulo, este documento crucial operacionalizó la Estrategia Global de Salud Ocupacional para Todos, de 1995, aportando objetivos claros y áreas de prioridad para la acción.

Ahora “Salud Ocupacional” incluye no solamente la protección a la salud sino también la promoción de la salud; y “Promoción de la Salud” debe entenderse como una actividad que debe incluir la existencia de un ambiente de trabajo diseñado para su implementación.

Línea de tiempo de la evolución global de la Salud en el Espacio de Trabajo

Promoción de la Salud Ocupacional

	1950	Comité Conjunto OIT/OMS para la Salud Ocupacional
	:	
Declaración de Alma-Ata	1978	
	1979	
	1980	
	1981	Convenio OIT C155 SO&S
	1982	
	1983	
	1984	
	1985	Convenio OIT C161 Servicio de SO
Carta de Ottawa	1986	
	1987	
	1988	
	1989	
	1990	
	1991	
	1992	
	1993	
	1994	Declaración Global de SO para todos
	1995	
	1996	Estrategia Global de SO para todos
Declaración de Yakarta	1997	Declaración de Luxemburgo
Resolución WHA 51.12	1998	Memorándum Cardiff
	1999	
	2000	
	2001	
	2002	Declaración de Barcelona
	2003	Estrategia Global de la OIT en SSO
	2004	
Carta de Bangkok	2005	
	2006	Declaración de Stresa; Convenio OIT C187 Promoción
	2007	Plan Global de Acción
	2008	
	2009	

II) Condiciones sociolaborales saludables como base para la gestión del cuidado en unidades de alta complejidad

DEMEQUI
Departamento de malformaciones congénitas
Proyectado como centro de referencia nacional

Los que trabajan en unidades de alta complejidad, basan su competencia fundamentalmente en una actividad técnica y moral; es en ese personal en el que el paciente deposita sus angustias, inquietudes, temores e inseguridad, por lo que el cuidado no se limita a ejercerse para y con el ser al que se cuida en el turno de trabajo o para el resto del equipo de salud. Este cuidado se extiende mucho más allá de las acciones que puedan ser medibles.

La presencia de estrés está dada por el permanente enfrentamiento a las situaciones críticas propias de un servicio de alta complejidad. Se trabaja con un conjunto de familias que se han enfrentado a la pérdida del ideal del “niño-sano”, del individuo imaginado durante todo su proceso de gestación, se enfrenta a la frustración que genera el no poder alcanzar las expectativas a él asociadas. El trabajador del Demequi interviene cotidianamente con un perfil de familias que transitan por un duelo profundo y silencioso, que deben poner en juego todas sus capacidades para afrontar una situación inesperada y opuesta a lo deseado. En dicho escenario se muestran y expresan también, todas las vulnerabilidades individuales, familiares y sociales. Es un proceso de lucha y resistencia por la vida y contra el dolor por la pérdida de lo proyectado, que el equipo de salud debe acompañar, contener y orientar. El modelo de salud predominante, vinculado a la expectativa de que el equipo de salud “debe poder curar”, porque socialmente se le ha atribuido dicha tarea, complejiza, en este contexto y en estas situaciones de enfermedades congénitas, los vínculos y relaciones, generando mayores niveles de estrés y desgaste.

La percepción de los riesgos puede producir mayor ansiedad en el personal, repercutiendo en el rendimiento y bienestar psicológico, para ello se hace necesario conocer las medidas de bio-psico y socio seguridad y aplicarlas en forma permanente.

También influyen los tiempos de descanso dentro de la jornada laboral, lo cual es importante para reponerse de la fatiga y el cansancio mental que produce el enfrentamiento permanente al dolor y a la muerte.

Considerando que existe la convicción, **plasmada en el Estatuto del Funcionario artículo 75.** de crear –“Disposiciones especiales” para los trabajadores del Área de la Salud, teniendo en consideración las disposiciones de Organismos Internacionales (especialmente OIT, OMS, OPS) y las normas Nacionales vigentes en la materia, se deberán establecer nuevas condiciones de trabajo que contemplen las características del sector.

La implementación del SNIS ha pautado un proceso de reconstrucción de Servicios que racionalice, mejore la justicia social en el acceso a las prestaciones y desarrolle la eficiencia del sistema, estimulando la integración y la complementación.

“La reforma (y el Área de la Salud del BPS inmersa en ella),”...deberá iniciar un camino de perfeccionamiento y adecuación a los cambios, conceptualizando la salud como derecho, la reforma como proceso y la justicia social como herramienta para conseguir la felicidad de los pueblos.” (La construcción del SNIS. MSP 2005-2009)

Repensar el Área de la Salud dentro del Instituto de Seguridad Social implica, no solo identificar los aspectos que lo condicionan, sino actuar oportunamente en la resolución de los siguientes factores:

- La creación de estructuras miméticas con la Administración, no han sido diseñadas para la producción eficiente de los servicios de salud, generando una organización del trabajo rígida y burocrática, que no se ha adaptado a la realidad del sector.
- El planeamiento de la gestión de RRHH ha sido básicamente, para el control y cumplimiento de normas, **aunque a la hora de la verdad se es permisivo con su violación ante la gran dificultad de aplicación de dicho régimen, con inequidades internas.**
- No se han contemplado adecuadamente las diferencias existentes entre las distintas unidades de gestión y su forma de funcionamiento, a la hora de implementar el régimen horario.(Régimen de policlínica, de guardia, de reten, etc)

- La retribución no tiene solo un valor monetario sino también social y psicológico, por lo tanto entendemos que debe cumplir con algunos requisitos básicos: Equidad interna y Equidad externa. Su valoración no es simple dada la cantidad de conceptos que intervienen, como lo son la carga horaria, el nivel de complejidad y riesgo en la tarea, así como las características de las prestaciones.

La clasificación rígida del puesto de trabajo, no ha permitido distinguir estas particularidades.

Aún así, pensamos que no es difícil corregir algunas inequidades, teniendo en cuenta la distancia que nos separa del resto de los trabajadores del sector.

Dando cabal cumplimiento a la normativa vigente, a las recomendaciones de la OIT, OPS y OMS, como la práctica a nivel Nacional que regula el mercado laboral en el sector, vemos necesario y conveniente ajustar:

- ✓ **Carga horaria:** Proponemos un régimen “diferencial” para los trabajadores de la Salud, con un máximo de 6hs. diarias (30 semanales) acorde al lugar y características donde se desarrolla la tarea. Proponemos trabajar prioritariamente con los sectores de trabajadores del Sector Salud, técnicos y administrativos, que se encuentran por encima de dicha carga horaria.
- ✓ **Compensaciones y bonificaciones:** trabajar en la descripción y fundamentación de lo que ha sido la historia del desarrollo del trabajo en el Demequi, que ha presentado dificultades notorias y ha generado un daño instalado para un grupo de trabajadores, con miras a la determinación en la órbita del Ministerio de Trabajo de la bonificación jubilatoria y al establecimiento, de acuerdo a las reglamentaciones vigentes pero incumplidas, de la Tripartita de Salud Ocupacional para el Sector de la Salud Pública, del mismo modo que lo posee el Sector de Salud Privado.
- ✓ **Rediseño de puestos de trabajo:** Redefinición de los diferentes puestos de trabajo en función de sus objetivos con miras a la creación de un Centro de Referencia Nacional, de alta especialidad, en el área de las enfermedades congénitas.

- ✓ **Remuneración:** Que contemple:
 - Equidad Interna: que relacione en forma directa el contenido organizativo del puesto con las retribuciones percibidas, así como la proporcionalidad entre la importancia cuantitativa de la retribución y la incidencia del puesto en la consecución de los fines de la institución.
 - Equidad Externa: estableciendo políticas salariales análogas al sector, que posibilite atraer y retener a las personas necesarias para el óptimo cumplimiento de los fines de la Institución.

- ✓ **Transformación de los vínculos laborales a destajo:** Reafirmando el principio de: “A tareas permanentes, trabajadores permanentes”. planteamos regularizar la relación contractual de un vasto conjunto de trabajadores, que hoy ven comprometida su estabilidad y el pleno goce de sus derechos.

- ✓ **Asistencia del equipo especializado en salud ocupacional y organizacional externo al BPS.** El equipo que realice la asistencia a los funcionarios (intervención institucional), además de familiarizarse y estudiar el diagnóstico realizado, tendrá que proponer, acordar y presentar un proyecto de trabajo con los objetivos y las estrategias institucionales pertinentes que jerarquicen y aborden los factores de riesgo psicosociales identificados, tan claramente, en el informe de la Universidad Católica

Manteniendo este criterio, se deberán sustanciar las soluciones de fondo a fin de proveer todos los cargos necesarios para dar sostén y continuidad a la calidad de los servicios.

En la medida que existe conciencia del problema y diagnóstico del mismo, nos encontramos frente a una gran oportunidad de fortalecer al sector buscando impacto de larga duración, y no de salir con soluciones paliativas.

Es posible apostar a cambios significativos, cambios en la organización del trabajo mediante el tratamiento de la situación, la resolución de los problemas que lo afectan y el requerimiento de actuar sobre esos diferentes factores.

De cualquier manera, en tanto no se sustancien cambios fundamentales, resulta posible, necesario y urgente avanzar en la readecuación horario de los trabajadores afectados, de aplicación inmediata.

Declaración Universal de Derechos Humanos . Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

III) Propuestas de readecuación horaria.

Existen en el Demequi cuatro sectores prioritarios a readecuar sus horarios a las normativas del Sector Salud.

En el marco de la modalidad de trabajo que se ha propuesto el colectivo de trabajadores del Demequi, la asamblea plenaria del núcleo ha solicitado a cada uno de estos sectores la elaboración de un documento, buscando recoger el conocimiento acumulado que poseen aquellos que diariamente se enfrentan al desarrollo de una función y una tarea.

La participación horizontal y democrática, es un principio básico para transformar no sólo las condiciones objetivas del entorno laboral, sino las condiciones subjetivas de los trabajadores, aspirando a colocar con centralidad, el protagonismo que tenemos en el desarrollo de un servicio complejo que pretende posicionarse como modelo de atención en salud.

Entendemos, que dicho objetivo, sólo puede ser alcanzado en la medida que busque desarrollar un modelo de gestión y cuidado de sus recursos más valiosos, sus recursos humanos. En este sentido, los trabajadores por la posición que ocupamos, tenemos, no solo el conocimiento sino además la valentía de poder colocar y jerarquizar los problemas que nos afectan y que inciden en la viabilidad de un sistema que se pretende integral e integrado.

A continuación se presentan los fundamentos y propuestas que cada sector ha elaborado.

a) Sector de Enfermería.

Basados en los fundamentos mencionados en la primera parte del documento y señalando que la Ley N° 18.815 consagra el marco jurídico que regulará por su orden el ejercicio de la profesión de Enfermería Universitaria y la actividad del personal que se desempeña como Auxiliar de Enfermería en la República Oriental del Uruguay, específicamente el Artículo N°8. cita las recomendaciones de los Organismos Internacionales como la Organización Internacional Trabajo (OIT) . Convenio N°149, (Recomendación N°. 157)-Decreto - Ley N°14906 del 2 de julio de 1979).

Este sector específicamente busca:

-
- ✓ Lograr un entorno de trabajo en el que los trabajadores y jerarquías se involucren en un proceso de mejora continua, para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores.
 - ✓ Mantener la sustentabilidad del ambiente de trabajo.
 - ✓ Mejorar la calidad de atención de los usuarios.
-

Sobre las intervenciones:

“Se debate sobre las diferentes estrategias para promover un ambiente laboral saludable. Se enfatiza sobre las investigaciones realizadas y la relevancia de la carga laboral adecuada y enriquecimiento de las tareas; tener unas adecuadas infraestructuras y espacios ambientales; equidad e igualdad de oportunidades para todo el personal, sin discriminación de género en turnos, vacaciones, puestos y tareas, así como tener unas condiciones económicas y sociales basadas en la justicia social. Se plantea la necesidad de conciliar la vida laboral, familiar y la autorrealización; intensificar la planificación, evaluación, gestión, organización, coordinación; fomentar los estilos directivos que potencien la comunicación, equidad, cohesión grupal, reconocimiento y apoyo social laboral. Estos son algunos de los indicadores más relevantes a tener en cuenta para potenciar la calidad de vida laboral, y por consiguiente para prevenir y afrontar el

burnout”.¹

Sobre la base de lo citado anteriormente consideramos que entre las acciones para reducir el estrés ocupacional se debe dar prioridad al cambio organizacional para mejorar las condiciones de trabajo. Pero hasta los esfuerzos realizados a conciencia para mejorar las condiciones de trabajo probablemente no van a eliminar completamente el estrés en todos los trabajadores. Por esta razón, una combinación de cambio organizacional y manejo del estrés, muchas veces es el enfoque más exitoso para prevenir el estrés laboral.

¹ Formación sobre burnout realizada desde el trabajo social con profesionales de los servicios de Salud.
Carmen Barranco 2008

Intervenciones para cambios organizacionales

La manera más eficaz de reducir el estrés ocupacional es eliminando los causantes, mediante el rediseño de las funciones laborales o el modelo organizacional.

Proponemos que la administración evalúe las siguientes medidas:

- definir claramente las funciones y responsabilidades de los trabajadores.
- Asegurar que el volumen y la carga de horaria este acorde al análisis de la dotación de enfermería y los horarios de consulta clínica de cada uno de los servicios, creemos posible optimizar el trabajo de enfermería en 6 horas sin afectar dicho horario según, (Anexo I).
- Dar oportunidades a los trabajadores de participar en las decisiones y acciones que afecten sus tareas.
- Mejorar la comunicación.
- Reducir la incertidumbre sobre el crecimiento profesional y las posibilidades de trabajo el futuro.
- Proporcionar oportunidades para la interacción social entre los trabajadores.

Implementación de Intervenciones

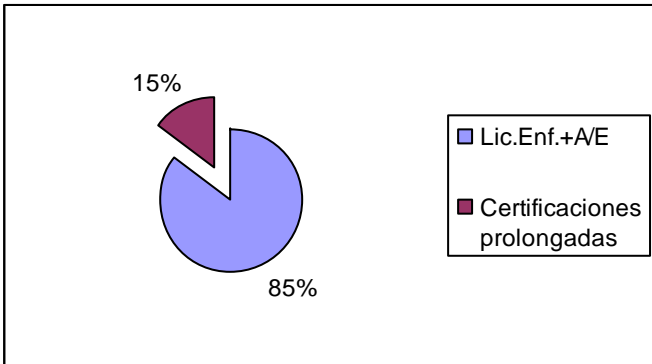
- Formación de equipos, donde participen los trabajadores en la toma de decisiones y acciones que afectan a sus trabajos.
- El rediseño de los cuidados basado en la formación de grupos pretende mejorar la satisfacción laboral y reducir la necesidad de reemplazar empleados, el ausentismo y el estrés laboral.
- La intervención psicológica de componentes múltiples formulada por un equipo externo a la organización.
- Brindar tratamiento a los trabajadores afectados, pero realizando una fuerte apuesta a la prevención de la aparición del estrés.

Las intervenciones para el manejo del estrés ocupacional, se centran en los cambios de la organización o en los del trabajador. Las intervenciones centradas en los trabajadores, por lo general están compuestas por técnicas como las que se mencionan a continuación:

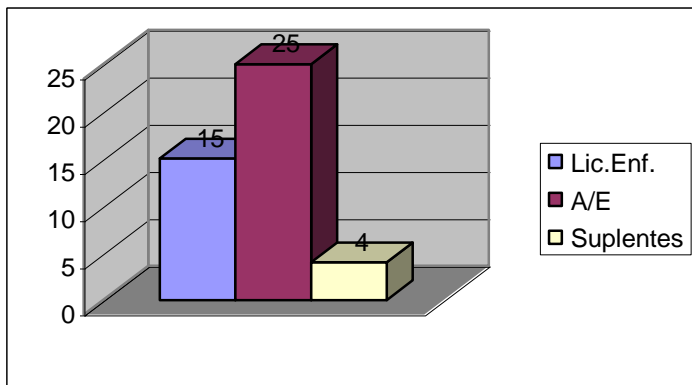
- capacitación sobre estrategias para sobrellevar situaciones estresantes
- relajación progresiva
- bioretroalimentación
- técnicas conductuales y cognoscitivas
- manejo del tiempo
- destrezas interpersonales

Un elemento preocupante a ser tenido en cuenta:

Porcentaje de certificaciones prolongadas en relación al total de los funcionarios de Enfermería del Demequi.



Dotación y organización de Enfermería por Servicio y Equipo para cumplir con un régimen de trabajo de 6hs. Diarias.



Total: 44

Cuadro 2. Distribución del personal a julio de 2012.

ENDOCRINOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA

1 Licenciado en Enfermería.

1 Auxiliar de Enfermería

Equipo de Epidermolisis ampollar 1er, y 3er. Martes de cada mes. De 12 a 15 hs.					
HS	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
9	Dra. Fuentes (F)	Dra. Pisciotano (D)	Dra. Fuentes (F)	Dra. Pisciotano (D)	Dra. Fuentes (F)
10					
11					
12					
13		Dra. Fuentes (F)	Dra. Pisciotano (D)	Dra. Fuentes (F)	
14					
15					
16				Dra. Fuentes (F)	
17					

ORL y HEMATOLOGIA

1 Licenciado en Enfermería.
2 Auxiliares de Enfermería

HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
8	Dr. Molinari (D)	Dr. Bertoglio	Entrega de Audi fonos Enf.	Dr. Molinari	Dra. Cristobal (D)	
9						
10	Dr. Demaria (F)					
11		Dr. Demaria			Dra. Nieto	
12	Dr. Bertoglio (F)					
13		Dra. Nieto (F)	Dr. Costa (F)			
14	Entrega de Audi		Dr. Nieto		Dra. Costa	
15	fonos. Enf.					
16						

Hematología da citas del interior.

CARDIOLOGIA

1 Licenciado en Enfermería.

1 Auxiliar de Enfermería

Policlinica de HTA . Todos los martes Dr. Rodriguez y Farré
--

Participación en la Comisión de Seguridad del Paciente (Cosepa) - Martes 9 a 13
--

HS	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
9	Dr. Comas (F) Dr. Speyer (D)	Dra. Rodriguez (F)		Dr. Carlevaro (F)	Dr. Comas (F)
10			Dr. Cuesta (D)		
11		Dr. Battle (D)	Dr. Speyer (D)		
12		Dr. Rodriguez (F)			
13					
14		Dra. Farre		Dra. Farre (F)	Dr. Carlevaro (F)
15					
16					
17					

NEUROPEDIATRIA

1 Licenciado en Enfermería de Licencia Médica Prolongada.
--

4 Auxiliares de Enfermería

Equipo de Mielo (1er y 3er lunes de cada mes)					
Equipo de Lenguaje (todos los miercoles)					
Equipo de prematuros (2do y 4to lunes de cada mes)					
Equipo de Aprendizaje (jueves y viernes)					
Equipo de TGD (todos los miercoles)					
Cosepa (martes 9 a 13)					
Equipo Neuromuscular (2 miércoles al mes)					
Equipo de Enfermedades raras (todos los miercoles)					
HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
					Dra. Fasanello (D)
8	Dra. Cuervo (D)	Dra. Fasanello (D)	Dra. Torrado (D)		Dra. Torrado (D)
9			Dra. Fasanello (D)		
10	Dra. Fasanello (D)		Dra. Bonaglia (D)	Dra. Torrado (D)	
11		Dra. Vivas (F)	Dra. Cuervo (D)		
12	Dra. Vivas (F)		Dra. Vivas (F)		Dra. Nuñez (D)
13		Dra. Nuñez (D)	Dra. Barros (D)	Dra. Bravo (D)	Dra. Vivas (F)
14	Dra. Olivencia (F)		Dra. Rossi (D)		Dra. Cuervo (D)
15		Dra. Olivencia (F)-AYEX-	Dra. Olivencia (F)	Dra. Olivencia (F)-AYEX-	
16					
17					

Responde citas del interior.

OFTALMOLOGIA

3 Auxiliares de Enfermería

HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8	Dr. Musso (F)				Dra. Leites (F)
9	Dr. Sanabria (D)		Dr. Musso (F)		
10		Dr. Avellanal (F)			Dr. Sanabria (D)
11				Dr. Dominguez (F)	TECNICAS
12			Dra. Leites (F)	Dra. Leites (F)	
13	Dr. Avellanal (F)		Dr. Avellanal (F)	Dr. Sanabria (D)	Dr. Dominguez (F)
14		Dr. Musso (F)			
15	TECNICAS		TECNICAS	TECNICAS	
16		TECNICAS			
17					

PSIQUIATRIA

1 Licenciado en Enfermería.

1 Auxiliar de Enfermería

Equipo de Trastornos Generalizados del Desarrollo - Todos los martes

Equipo de Errores Ignatos del Metabolismo - 4to. Martes de cada mes
--

HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9		Dra. Fuentes (D)	Dra. Fuentes (D)	Dra. Fuentes (D)	
10	Dra. Piñeiro (F)				Dra. Herrero (F)
11			Dr. Mendez (F)		
12	Dr. Mendez (F)			Dra. Piñeiro (F)	Dr. Mendez (F)
13		Dra. Piñeiro (F)			Dra. Fuentes (D)
14	Dra. Herrero (F)				
15		Dra. Herrero (F) -AYEX-	Dra. Herrero (F)	Dra. Herrero (F) -AYEX-	
16					

NEFROLOGIA

1 Licenciado en Enfermería con

licencia prolongada

HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9	Dra. Verocay (D)	Dra. Verocay (D)			
10					
11					

GASTROENTEROLOGÍA

1 Licenciado en Enfermería.
2 Auxiliares de Enfermería una de ellas con Lic. maternal

Equipo de Fibrosis Quística Pediátrica					
Ingreso niños de Pesquisa					
HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8		Dra. Parallada (F)	Eq. Pesquisa	Eq. Pesquisa	
9	Dra. Sereno (D)		(Dra. Altez)	(Dra. Altez)	Dra. Sereno (D)
10				Dra. Caballero (F)	
11					
12	Dra. Caballero (F)	Dra. Caballero (F)		Dra. Parallada (F)	
13			FQ Ped.		
14					
15					
16					

NEUROCIRUGIA Y ANESTESIA

1 Licenciado en Enfermería.

HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8					
9	Anestesia (D)	Anestesia (D)	Anestesia (D)	Anestesia (D)	
10					Dra. Negrotto (D)
11					
12	Dr. Alberti (D)	Dr. Garcia Podestá (D)	Dr. Alberti (D)	Neurocirugia (D)	
13					

El profesional de Anestesia rota mes a mes.

Dr. Hernandez, Dr. Prinzo y Dr. Scioscia cubren los jueves.

NEUMOLOGIA Y MEDICINA GENERAL

1 Auxiliar de Enfermería.

Comité de infecciones (UP)					
Grupo de Oxígeno					
Bipap (UP)					
Port a cath (UP)					
HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8					
9	Dra. Rutz (F)	FQ adultos		FQ adultos	Armado y seguim. de expedientes del F.N.R.
10					
11					
12	Dra. Pinchack (D)	Dr. De los Santos	FQ adultos	Dr. De los Santos (F)	
13					
14					
15					

CIRUGIA PLASTICA

1 Licenciado en Enfermería con licencia médica prolongada
1 Auxiliar de Enfermería

Miércoles y viernes preparación de material, coordinaciones quirúrgicas y expte de compras						
HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
8		Dr. Palacio (D)	Policlinicas de curaciones (Enf.)			
9		Dra. Distefano (D)				
10						
11					Dra. Ramos	
12	Dr. Palacio (D)	Dra. Ramos (F)		Dr. Chiflet		
13	Dra. Distefano (D)	Dr. Chiflet (D)				
14						

UROLOGIA Y GENETICA

3 Auxiliares de Enfermería, una
con licencia médica prolongada

Equipo de Enfermedades Raras - Todos los miércoles					
HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8	Dra. Guaicamburu (F)				
	Dr. Echeverria (D)	Dr. Chivas	Dr. Nalem	Dr. Echeverria (D)	Dr. Nalem (F)
9	Dr. Nalem (F)		Dr. Izquierdo (D)	Dr. Izquierdo	Dr. Chivas (D)
10				Dr. Chivas	
11		Dra. Guaicamburu (F)	Dra. Guaicamburu (F)		
12					
13				Dra. Guaicamburu (F)	
14					

Genética responde citas del interior.

CIRUGIA PEDIATRICA

1 Licenciado en Enfermería.
1 Auxiliar de Enfermería

Equipo de malformación torácica - 1er. Miercoles y 1er. Lunes de cada mes					
Equipo de implante protésico testicular - 3er. Miercoles de cada mes					
HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
12	Dr. Pacheco				
13		Dr. Asti - Dr. Jones		Dra. DaSilva - Dr. Jones	
14					
15			Dr. Gianini		
16					
17					

PEDIATRIA

2 Licenciados en Enfermería.

1 Auxiliar de Enfermería

Equipo de errores innatos del metabolismo

Equipo de medicina prenatal

Visitas por los sectores de internación: Sanatorio Canzani, Hospital Policial, Hospital Evangélico
--

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
HS		Dra. Zabala (F)			
8	Dra. Zabala (F)		Dra. Zabala (F) - Dra. Iraola		
9	Dra. Pandolfo (F)	Dra. Pandolfo	Dra. Pandolfo	Dra. Zabala (F)-Dra. Iraola	Dra. Zabala (F)
10				Dra. Frau (F)	
11					
12					
13	Dra. Frau (F)		Dra. Frau (F)	Dra. Pandolfo	Dra. Pandolfo
14					
15					
16	Dra. Iraola (F)				

FISIATRIA

2 Auxiliares de Enfermería, uno con licencia médica

HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
14				Dr. Carreras	
15					

ORTOPEDIA

1 Licenciado en Enfermería
1 Auxiliar de Enfermería

Entrega de ortesis.					
Equipo de MMC.					
HS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9	Ateneo		Dr. Schimchak	Dr. Silveri	
10					
11	Dr. Silveri	Dr. Nario		Dr. Nario	Dr. Carreras (F)
12					
13		Dr. Carreras		Dr. Carreras	
14	Dr. Schimchak				
15					

b) SECTOR REGISTROS MEDICOS

Actualmente la formación del Licenciado en Registros Médicos se realiza en la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, dependiente de la Facultad de Medicina y la Universidad de la República, inscriptos y habilitados ante el Ministerio de Salud Pública.

De acuerdo a la ordenanza número 33/84 del Ministerio de Salud Pública cap.1 art.5 : “se entiende por Archivo Médico, el servicio que se encarga de todas las tareas que están en relación con el movimiento y la clasificación de historias clínicas, así como de su archivo y custodia”. Hay que tener en cuenta que se refiere a cualquier tipo de soporte, tanto papel como informático.

El Licenciado en Registros Médicos es un profesional integrante del equipo de salud, capacitado para planificar, organizar y dirigir un departamento de Registros Médicos en cualquier institución así como de participar en investigaciones que se realicen en el área integrando activamente los comités del cuerpo médico que analizan y valoran cuantitativa y cualitativamente la atención brindada al paciente. El licenciado esta capacitado para desempeñarse en las funciones del departamento, recolección de datos, análisis y procesamiento de los mismos, información que una vez recogida puede ser utilizada en programas de salud.

Las tareas específicas en Registros Médicos en Demequi son:

- Consulta programada: edición e impresión de listados, confección de cartones de reemplazo y sacado de historias, control, compaginación, mantenimiento y préstamo a nivel informático.
- Devolución de historias clínicas a nivel informático y guardado de las mismas.
- Control y guardado de estudios recibidos de proveedores externos.
- Demanda: pedidos de historia clínicas a través de multicitas de pacientes sin hora y de aquellos que tienen más de una consulta en el día, realizando el traslado de la historia por mensajería externa.
- Control y registro de pacientes nuevos en nuestro índice alfabético.
- Fotocopias de historias clínicas, para asistencia en otras instituciones, renovación de pensiones y otros.

- Recepción, registro y guardado de fotocopias de historias clínicas de pacientes internados en otras instituciones.
- Recuperación de historias clínicas morosas de los diferentes servicios.
- Ingreso, egreso de pacientes internados en instituciones externas al B.P.S. Codificación diagnóstica de los egresos (Hospital virtual).
- Mantenimiento y unificación de archivos (archivo pasivo y fallecidos).

Personal de Registros Médicos:

11 licenciadas

1 auxiliar de servicio con discapacidad auditiva

1 mensajero que provee la empresa de limpieza contratada por B.P.S. (que no se incluye en la propuesta).

3 auxiliares de Registros médicos desempeñan tareas como soporte informático de la institución.

Carga horaria de cada funcionaria: 40 horas semanales.

Cabe destacar que los trabajadores de la Salud Privada en el área de Registros Médicos tienen el laudo en base a 30 horas semanales desde 1970 en Montevideo y desde 1985 a nivel nacional. En Asse cumplen 24 horas semanales.

El siguiente cuadro muestra como nos organizaríamos para cumplir nuestras funciones en forma debida en 30 horas semanales.

07:00 a 13:00 hs: 2 licenciadas

08:00 a 14:00 hs: 2 licenciadas y la aux. de servicio que colabora con una tarea específica

09:00 a 15:00 hs: 2 licenciadas

09:30 a 15:30 hs: 2 licenciadas

10:00 a 16:00 hs: 1 licenciada

11:00 a 17:00 hs: 2 licenciadas

C) SECTOR ADMINISTRATIVO

El personal administrativo del DEMEQUI, no se limita a cumplir estrictamente sus funciones –que se detallarán más adelante-, sino que tiene el valor agregado de sentirse parte y complemento del mismo, estando totalmente comprometido con el trabajo que se desarrolla en esta Unidad, tal como surge del estudio realizado en el año 2010 por la Universidad Católica del Uruguay al cual nos referiremos a continuación y cuyos resultados se adjuntan a esta Propuesta.

El DEMEQUI ha sido –como otras dependencias del Organismo-, centro de sendos estudios de estados de situación de todo su personal; si bien no todos esos estudios han sido compartidos con los funcionarios directamente implicados, aquél que sí lo ha sido, demuestra en forma contundente e irrefutable, la situación crítica en la cual el personal debe desempeñarse en el cumplimiento diario de sus tareas.

Reconocemos que la situación de todo el personal afectado es, en la inmensa mayoría de los casos, inadecuada en las condiciones laborales, tanto edilicias como organizacionales y de recursos generales, como para poder desempeñar su tarea adecuadamente en pos de brindar la mejor atención a nuestros pacientes, como objetivo de las directivas políticas y de evidente sentido común, que pretenden mejorar al máximo la calidad de atención al beneficiario y la eficiencia y eficacia del personal de los distintos Organismos Públicos del País. En el caso concreto del personal del DEMEQUI, se encuentra en una situación crítica, tal como quedó demostrado en el estudio y posterior informe de la Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL.).

No debemos pasar por alto por obvio que sea, que el personal administrativo de esta Unidad, se encuentra expuesto a los mismos factores de riesgo que el resto del personal médico y de enfermería (con quienes trabajan en estrecho contacto), al convivir diariamente con las diferentes patologías extremas que aquí se atienden, ya que el lugar de trabajo en el cual se realiza la tarea, no está aislado del resto, sino que por el contrario en muchos casos se efectúan en los mismos espacios físicos (por distintas razones), situación que los expone en forma continua a los avances y retrocesos de la situación de nuestros beneficiario y núcleo familiar, trayendo un alto nivel de exigencia tanto en la

labor como en el aspecto emocional, teniendo como consecuencia un desgaste y deterioro tanto físico como psíquico –insistimos en el tema por la importancia que reviste-, reflejado en el mencionado informe de la UCUDAL.-

En el mismo que consta de dos partes, el diagnóstico de situación y el llamado Informe Ejecutivo, se sugiere en éste último, que dada la situación de deterioro del personal del DEMEQUI, la conveniencia de que las autoridades del Organismo, brinden algún tipo de beneficio, sin ser económico, que ayude a atenuar en parte las dificultades por las que atraviesa todo el Sector.

Insistimos que los factores de riesgo a los cuales está continuamente expuesto, a lo que debemos agregar la carencia de personal destinado a esta Unidad –consideremos que en un total aproximadamente de 250 funcionarios, sólo 11 son administrativos-, requieren un trato diferencial de este grupo de trabajadores en función de las características de sus tareas y el stress generado durante el desarrollo de sus funciones que a las claras marca la diferencia sobre el trabajo del resto del personal administrativo del Organismo. La carga horaria actual es un factor relevante ante el tiempo de recuperación de que disponen los administrativos, que no están específicamente capacitados para enfrentar en forma continua el dolor y el sufrimiento psíquico de los beneficiarios y sus familias que cargan con sentimientos de frustración por la situación que les toca vivir, lo que se manifiesta muchas veces en un enfrentamiento –casi siempre verbal-, en el intercambio con el personal administrativo.

Para esta Administración, es indiscutible que los administrativos de esta Unidad, revisten una calidad especial dentro de la totalidad del escalafón en el resto del Banco, demostrado desde la propuesta de uniformes diferenciales, así como el impedimento estricto de participar en cualquier tipo de comicios electorales, tal como se expresa en el expediente 2011/1/7057 por la Gerencia de Salud a fs. 5 y por la Dirección Técnica de Prestación a fs.63,m donde se expresa textualmente “...que la exclusión del personal de Salud para integrar mesas receptoras de votos ha sido la posición histórica del Organismo en virtud del tipo de Servicios que se brindan”.-.

Por todo lo expuesto y fundamentando la solicitud en dos pilares fundamentales, uno, el informe de la Universidad Católica del Uruguay y otro el Artículo 75 del Estatuto del funcionario del B.P.S., el cual contempla la aplicación de disposiciones especiales para

las condiciones de trabajo en el Area de la Salud, es que entendemos necesaria e imprescindible una reducción horaria para el personal administrativo del DEMEQUI. que se homologue a las condiciones recomendadas en el mencionado Estatuto del Funcionario.

Tareas desarrolladas por el Personal Administrativo del DEMEQUI en sus diversos Sectores

- ✓ Chequeo de derechos para atención en DEMEQUI.
- ✓ Asignación de citas por primera vez en forma telefónica para pacientes de Montevideo y por citas médicas a pacientes del Interior.
- ✓ Generación de:
 - Ordenes 13 (cuando se confirma la patología congénita)}
 - Ordenes de asistencia de atención para prestaciones fuera de la IAMC (orden 16)
 - Ordenes de Asistencia por sospecha de patología congénita (orden 15)
 - Ordenes 18 destinada a los Equipos Especiales para los cuales el BPS es tomado como centro de referencia.
 - OTES para estudios en clínicas externas
 - OTES para tramitación de prótesis y órtesis.
 - Expedientes para prótesis.
 - OTES para internación.
 - OTES para el Hotel.
 - OTES de alimentación cuando hay diferencias generadas por el sistema (por ej.: mayor número de acompañantes)
 - OTES para tratamientos (psicomotricidad, foniatría, fisioterapia)
 - Vouchers para tramitación de lentes.
 - Historias Clínicas.
- ✓ Asignación de fechas para controles.
- ✓ Recepción de Reclamos, quejas y agradecimientos.
- ✓ Ingresos de pases externos.
- ✓ Envíos al interior de trámites varios.
- ✓ Ingreso de prestaciones solicitadas por los médicos en sistema para registro de las sucursales del Interior (2 acompañantes, media pensión, etc.)

- ✓ Aviso a los pacientes en caso de cancelación de citas por parte de un médico, previa recoordinación hecha por el Servicio de la fecha para dicho paciente).
- ✓ Aviso de fechas para estudios a realizarse en Montevideo y en caso de no ubicar al paciente, envío de mail a los referentes correspondientes.
- ✓ Actualización de datos de los pacientes.
- ✓ Registro de pacientes que solicitan reingreso al DEMEQUI para envío de dicha solicitud a la Gerencia. Cuando ésta comunica la resolución respecto al caso, comunicación al paciente de la misma y se registra en el sistema.
- ✓ Ocasionalmente la solicitud de alimentación que se entrega en DEMEQUI, debiendo para ello controlar si concurren pacientes que por su patología requieren una alimentación diferente.
- ✓ Recepción, estudio, informe y tramitación de todos los expedientes en la más amplia acepción que ingresan en el DEMEQUI, tanto para beneficiarios como para funcionarios de todos los escalafones; incluyendo el reparto de los expedientes a los distintos Servicios.
- ✓ Idem con los expedientes de compra de prótesis y órtesis, debiendo en estos casos lograr el asesoramiento técnico del profesional del servicio que solicita la compra y controlar que dichos asesoramientos se encuadren dentro de las directivas que para ellos imparte la Gerencia respectiva.
- ✓ Atención telefónica y presencial constante de beneficiarios, de sus reclamos, solicitudes y planteos, como asimismo la atención de los planteos de los funcionarios de esta Unidad, cualquiera sea su escalafón.
- ✓ Seguimiento de situaciones personales críticas de beneficiarios que no logran una solución o una respuesta a su planteo en el Servicio que corresponda, con contactos telefónicos personalizados hasta solucionar en la medida de lo posible la situación.
- ✓ Tareas propias de Intendencia en lo que respecta al funcionamiento edilicio; desde cambio de pabellones nacionales hasta recambio de garrafas, actuando de enlace con el Departamento de Mantenimiento para los continuos reclamos de todo tipo que se suceden diariamente.
- ✓ En forma supletoria, el manejo de la Caja Chica y Fondo Permanente de esta Unidad, en todas requerimientos que ello implica.
- ✓ Realización del Inventario General de Bienes Muebles de esta Unidad.
- ✓ Recepción y tramitación de todas las facturas de compras de prótesis, órtesis y otros proveedores de este Centro.

- ✓ Control de Oxigenoterapia a domicilio.
- ✓ Control de personal de Enfermería (Licencias, Comisiones, etc.).
- ✓ Coordinaciones quirúrgicas de todo el DEMEQUI, incluyendo convocatorias al personal, coordinación de salas y materiales quirúrgicos necesarios para la intervención.
- ✓ Traslados de beneficiarios.
- ✓ Registro de intervenciones quirúrgicas realizadas.
- ✓ Registro y emisión de OTES para el cobro de los actos médicos y/o internación por parte de las IAMC (Casa de Galicia, Hospital Evangélico, Hospital Policial, Asociación Española, SMI, Hospital Británico, Círculo Católico)
- ✓ Registro y atención a proveedores de insumos médicos.
- ✓ Tareas de atención y apoyo a la Gerencia.
- ✓ Apoyo administrativo a todo el personal del DEMEQUI.

IV) Asistencia del equipo especializado en salud ocupacional y organizacional externo al BPS

El equipo que realice la asistencia a los funcionarios (intervención institucional), además de familiarizarse y estudiar el diagnóstico realizado, tendrá que proponer, acordar y presentar un proyecto de trabajo con los objetivos y las estrategias institucionales pertinentes que jerarquicen y aborden los factores de riesgo psicosociales mencionados en el informe.

Creemos que dentro de los cometidos de la tarea de los compañeros psicólogos del área ocupacional, no está la realización de un abordaje institucional de estas características. A su vez, la lectura e interpretación de los factores de riesgo psicosociales, así como de situaciones conflictivas posibles que se produzcan en la institución durante el proceso de intervención, no sean del todo objetivas porque al pertenecer a la misma institución que los funcionarios a los cuales va dirigida la misma, no cuentan con una distancia técnica-operativa necesaria para realizar de manera adecuada la tarea (1). Pensamos, que pueden apoyar y aportar al desarrollo de este abordaje, desde determinado rol, coordinando la tarea con el equipo externo de salud ocupacional en la medida que este lo crea pertinente.

Planteamos que la intervención que no se realice en estas condiciones tendrá sus limitaciones y sesgos y posiblemente, no logre los cambios que esperamos (2).

Pensamos en un abordaje institucional “mixto”. Con esto nos referimos, a que un equipo externo realice una intervención institucional considerada en “crisis” acotada en el tiempo y focalizada en la asistencia de los factores de riesgo de mayor urgencia que se consideren. De esta manera, generar un espacio de aprendizaje-salud para los funcionarios y la institución en relación a la visualización de las causas de los factores de riesgos mencionados. Una de las consecuencias importantes de este aprendizaje, sería la creación en el BPS de un “dispositivo” de prevención y asistencia del síndrome de desgaste a cargo del departamento correspondiente, para tratar de evitar a futuro otras situaciones como las que nos encontramos actualmente respecto a nuestra salud (3). Dicho dispositivo, no solo estaría pensado para los funcionarios que trabajan hace tiempo en el DEMEQUI, los cuales pueden presentar alguna sintomatología referida al síndrome

de burnout o estar en alguna etapa anterior a adquirirlo, sino también para aquellos que se hayan integrado recientemente o lo harán en el futuro. Esto, toma una significación importante como factor de protección para los funcionarios, considerando además que el DMEQUI se lo está planificando como centro de referencia de afecciones congénitas de alta complejidad.

BIBLIOGRAFÍA CITADA Y CONSULTADA

1. Organización Mundial de la Salud. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. ISBN 978 92 4 350024 9, 2010.
2. Barranco Expósito, Carmen. Trabajo Social, Calidad de Vida y Estrategias resilientes. Portularia, Vol. IX, N° 2, 2009, pp. 133-145, Universidad de Huelva, España. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdRed.jsp?iCve=161013165009>
3. Ardoino, Graciela; Otero Andrea; Cammi, Rosario; Segredo, Emilia y Neira Fernando Mag. Informe diagnóstico sobre la exposición a los factores de riesgo psicosocial de los trabajadores del servicio del BPS-DEMEQUI, y los efectos sobre su salud. 30 de noviembre de 2010. Montevideo, Uruguay
4. Stavruola Leka BA MSc Phd; Professeur Amanda Griffiths Cpsychol AFBPsS FRSH; Professeur Tom Cox CBE – Serie protección de la salud de los trabajadores n° 3 – La organización del trabajo y el estrés. INSTITUTO DE TRABAJO, SALUD Y ORGANIZACIONES – Universidad de Nottingham, Reino Unido.
5. Barranco Expósito, Carmen. El síndrome de burnout en el personal de atención a discapacitados: un estudio de la Isla de Tenerife. Universidad de la Laguna (Tenerife – 2002)
6. Cabrera Adán, Maritza; Lluch Bonet, Adalberto MSc., Peralta Espinoza, Idalgis MSc, Granado Arostegui, Inez. Condiciones sociolaborales como base para la gestión del cuidado en unidades de alta complejidad. Hospital Clínico quirúrgico Docente Provincial “Amalia Simoni”, Camagüey, Cuba – En: Revista Cubana de Enfermería. 2011; 27(4)289-308
7. Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario – Organización Mundial de la Salud. www.who.int/workforcealliance/. Directrices: incentivos para los profesionales de atención de salud. Pre publicación. 2008
8. José M. Bertolote y Alexandra Fleischmann – Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias – Organización Mundial de la Salud. Desgaste del

personal. En: The Global Occupational Health Network (GOHNET) - Red Mundial de Salud Ocupacional – N° 2 – invierno 2001/2002

9. Evelyn Kortum – Margot. Programa de Higiene del Trabajo. Organización Mundial de la Salud. Factores Psicosociales que influyen en el trabajo. En: The Global Occupational Health Network (GOHNET) - Red Mundial de Salud Ocupacional – N° 2 – invierno 2001/2002
10. Organización Internacional del Trabajo. Apoyar la eliminación de la discriminación en materia de empleo y ocupación (Principio 6 del Pacto Mundial) – Principios Laborales del Pacto Mundial de las Naciones Unidas – Guía para empresas.
11. Yáñez Gallardo, Rodrigo; Arenas Carmona, Mallén y Ripoll Novales, Miguel. Universidad de Concepción, Concepción, Chile. El impacto de las relaciones interpersonales en la satisfacción laboral general. ISSN: 1729-4827. Octubre 2010.
12. Departamento de Normas Internacionales del Trabajo y Centro Internacional de formación de la OIT. Organización Internacional del Trabajo. Guía sobre las normas internacionales del trabajo (2008). Capítulo 12 – Seguridad y salud en el trabajo. 92-9049-459-1[ISBN]
13. 49 Asamblea Mundial de la Salud – WHA49.12. Estrategia mundial OMS de salud ocupacional para todos.

http://www.who.int/peh/Occupational_health/OCHweb/OSHpages/OSHDocuments/GlobalStrategy/spanish.pdf

14. Castagnino, Laura Cristina. Principio de igualdad en las relaciones laborales. Secretaría del Juzgado Nacional de Primera Instancia del Trabajo N° 4 – 10/3/2008 - <http://www.losrecursoshumanos.com/contenidos/469-principio-de-igualdad-en-las-relaciones-laborales.html>
15. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. En: 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional. Washington D.C. EUA. 1-5 de octubre del 2007.

Bibliografía consultada punto IV)

1. Guattari F. La transversalidad. En: Psicoanálisis y transversalidad. Buenos Aires: Siglo XXI, 1976: 92-107.
 2. Ardoino J. La intervención institucional. México: Folios Ediciones, 1980.
- Baremblytt GF. El movimiento instituyente en la actualidad. En: Compendio de Análisis Institucional. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2005: 121-140.

Las consultas en los CMI pasaron de más de 214 mil en 2007 a poco más de 100 mil en 2011. Si tomamos con indicador 100 el 2007, en 2011 era 47.

Similar situación muestra el DEMEQUI: de 107 mil consultas se pasa a 48 mil; a valor 100 el 2007, tenemos que en 2011 el indicador es 45.

Tomando ambas áreas en conjunto la caída de usuarios es casi exactamente a la mitad. No es diferente la situación del Sanatorio.

Los egresos operativos, excluidos los corrientes e insumos, fueron en 2007 del orden de 47 millones de dólares¹, en 2011 fueron 32 millones, y según lo ejecutado a setiembre/2012 este año los egresos serán de unos 28 millones de dólares. Llevado a índice 100 el valor de 2007 la proyección 2012 es 60.

En 2004 la Gerencia de Salud (excluido Medicina Laboral) tenía una dotación de 712 trabajadores de los cuales sólo el 52% era presupuestado, el 30% era CFP, había 10% de residentes, y 7% figuraba como suplente (aunque en realidad era personal permanente). De los funcionarios citados más del 10% se acogieron a incentivos de retiro.

En 2011 la dotación era de 806 trabajadores, 79% presupuestado, sólo 4% era CFP, no había más residentes (se contaba con 1% de pasantes de salud) y se contaba con una plantilla de suplentes reales de más de 100 trabajadores (13%).

Desde 2007 a la fecha se han realizado más de 50 concursos, por los cuales ingresaron más de 300 trabajadores y ascendieron o cambiaron de escalafón más de 20 trabajadores. Esto sin contar con que en 2005 se ingresó a casi 50 ex suplentes de salud en cargos permanentes.

En materia de ausentismo por enfermedad, en el período enero-agosto 2012 considerando los 912 trabajadores que integran la Gerencia de Salud, fueron 15.715 días los que se certificaron, representando el 10% del total de días laborales. Los sectores que presentaron mayor cantidad de días certificados fueron los de Evaluación de la Incapacidad (16%) y los CMI y Salud Ocupacional (14%), en DEMEQUI fue algo menor al promedio (9%).

Por otra parte en el BPS -en el período 2005-2011- usufructuaron medio horario laboral por razones de salud 238 funcionarios, en casi todos los casos por períodos de varios meses. Los trabajadores de la Gerencia de Salud fueron 59 (el 32% del total).

¹ Valores enero-diciembre/2012 – Tipo de cambio promedio interbancario 2012

Un buen indicador en materia de capacitación y posibilidades de desarrollo personal de los trabajadores se plasma en las autorizaciones de comisiones de servicios por congresos, seminarios, pasantías, e instancias similares, conocida como Licencia Art. 60. Entre 2005 y 2012 fueron autorizados 324 funcionarios de la Gerencia de Salud, en más de 1.500 ocasiones y por casi 3.500 jornadas. Los trabajadores de esta Gerencia son los principales usufructuarios del BPS de este instrumento.

Desde 2006 a la fecha se han invertido más de 3 millones de dólares en materia edilicia en el área asistencial de la Gerencia de Salud (60% desde 2010 a la fecha). De ellos 25% se destinó al Sanatorio, 37% a los CMI y 7% al DEMEQUI. En el Presupuesto 2013 el 25% de todas las inversiones edilicias del BPS se destina al DEMEQUI (más de 700 mil dólares), 3 veces más de lo invertido en esta unidad en los 6 años anteriores.

Convenios BPS – ASSE

Convenios vigentes:

- **Convenio Marco.**

Suscrito el día 7 de agosto de 2008.

Objeto del Convenio (Cláusula 3ª) : los Organismos manifiestan su voluntad de coordinar, desarrollar en forma conjunta o contratar recíprocamente, los servicios asistenciales, de fortalecimiento institucional y recursos técnicos y materiales que demande el ejercicio de las competencias que el marco legal y reglamentario les asigna.

- **Convenio ASSE – Centro Materno Infantil Nº 4 (Pando).**

Convenio y comodato por la utilización de parte del local del Centro Materno Infantil de Pando, aprobado por RD 17-2/2011 del 15 de junio de 2011.

Objeto del Convenio (Cláusula 3ª y 4ª) : BPS otorga espacio de la planta física del CMI 4 en comodato a ASSE, para instalar consultorios de policlínicas propias de su Organismo. ASSE se compromete a efectuar obras de accesibilidad, así como trabajos de menor cuantía para la puesta a punto del edificio para su utilización conjunta. Asume también la prestación de determinados servicios para beneficiarios de ambas Instituciones.

- **Convenio ASSE – Unidad de Perinatología.**

Convenio por atención en la Unidad de Perinatología, aprobado por RD 17-3/2011 del 15 de junio de 2011.

Objeto del Convenio (Cláusula 2ª) : coordinar infraestructura y recursos para optimizar la calidad asistencial de mujeres y niños beneficiarios de ambas Instituciones, con la finalidad de reducir la mortalidad materna e infantil.

Convenios proyectados:

Se ordenan de acuerdo a la proximidad a su concreción:

- **Convenio para apoyar el desarrollo del Centro Recolector de Leche en Bella Unión.**

- **Convenio para atención de usuarios de ASSE en el Centro Materno Infantil N° 1 (Cerro).**

- **Convenio RIEPS - Centro Materno Infantil N° 6:** para centralizar el procesamiento de Citología Ginecológica (PAP) de toda el área metropolitana (beneficiarias de ASSE, Sanidad Policial, Intendencia de Montevideo y BPS) en la planta alta CMI 6 Unión, supervisado por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Proyecto de coordinación con CS ASSE Unión.

- **Anexo a Convenio con Centro Materno Infantil de Pando:** tema traslados en ambulancia, realización de ecografías en UP, y farmacia. Eventualmente derivación de partos a la UP como se explicara en punto 1.

- **Servicio de Ortodoncia-Odontología:** en exploración coordinación con recursos del CMI N° 3 y atención según importantes necesidades de ASSE.

- **Servicio de traslado en ambulancias de ASSE.** en exploración, ASSE plantea dejar pendiente para 2013 dado que debe ordenarse el mismo primero (informado en Asuntos a Conocimiento del Directorio).



Proyecto de convenio

CONVENIO.- En la ciudad de Montevideo, el día de octubre del dos mil doce, entre **POR UNA PARTE:** el **BANCO DE PREVISION SOCIAL**, (en adelante BPS) representado por el Sr. Ernesto Murro y el Dr. Eduardo Giorgi, en su calidad de Presidente y Secretario General del Directorio respectivamente, con domicilio en la Av. Fernández Crespo N° 1621 en esta ciudad; y **POR OTRA PARTE:** la **UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA - FACULTAD DE PSICOLOGÍA**, representada por el Dr. Rodrigo Arocena en su calidad de Rector de la Universidad y por el Prof. Psic. Luis Leopold en su calidad de Decano de la Facultad, con domicilio en la calle Avenida 18 de Julio 1968 de esta ciudad, **acuerdan lo siguiente:**

PRIMERO. ANTECEDENTES.

- 1) Con fecha 09 de julio del 2004, se firmó entre la Universidad de la República y el Banco de Previsión un convenio de Cooperación Científica y Técnica, aprobada por RD. N° 26-12/2004 de fecha 11.08.2004.
- 2) En el marco del referido convenio se comprometieron ambas Instituciones a desarrollar de común acuerdo programas y proyectos de cooperación técnica y científica, cuyos objetivos serian establecidos por acuerdos complementarios a través de convenios específicos.
- 3) Que el desarrollo del Plan de Salud y Seguridad Laboral del Banco de Previsión Social, aprobado por RD 43-23/2007, tiene como objetivo general lograr el bienestar físico, mental y social de los funcionarios, prevenir los daños a la salud causados por las condiciones y el ambiente de trabajo y ubicar a los mismos en puestos de trabajo adecuados a sus condiciones fisiológicas y psicológicas.
- 4) Que en la actualidad se requiere complementar las actividades del BPS en relación a la prevención y protección de factores de riesgo psicosociales así como profundizar las acciones para promover la salud de los trabajadores y el mejoramiento de las condiciones de trabajo.

5) En virtud del convenio marco de cooperación científica y técnica entre ambas Instituciones, resulta oportuno celebrar un convenio específico con la Facultad de Psicología, debido a que, por su especificidad disciplinaria, podrá contribuir a cumplir los objetivos antes mencionados.

SEGUNDO . OBJETO.

El presente convenio tiene como objeto contribuir a promover la salud de los trabajadores del B.P.S y a mejorar las condiciones de trabajo, mediante el abordaje de los aspectos psicosociales involucrados.

TERCERO OBLIGACIONES DE LAS PARTES:

I) La Facultad de Psicología se compromete a: 1) Asesorar técnicamente y brindar apoyo a la Gerencia de Salud Ocupacional en los temas de Salud y Seguridad Laboral del Banco de Previsión Social, con referencia a los aspectos psicosociales comprendidos. 2) Realizar intervenciones psicológicas a solicitud del Banco de Previsión Social, en sectores específicos de la organización, las que podrán ser a nivel grupal o de abordaje individual. 3) Asesorar técnicamente en el diseño de estrategias de prevención, de procesos de intervención y de protocolos de abordajes.

II) Por su parte, el BPS se compromete a: 1) Favorecer la tarea de técnicos y docentes en los sectores específicos de la organización en los que se entienda necesario, de común acuerdo, realizar una intervención psicológica; 2) Atender las erogaciones pactadas. 3) Cubrir los gastos de traslado, alojamiento y alimentación, en caso de que se deban realizar intervenciones en el interior del país. 4) Facilitar la información que fuera requerida a efectos de cumplir con lo acordado.

CUARTO: EROGACION.

Las partes convienen la transferencia de la suma de \$ xxxxx a la Facultad de Psicología con el fin de cubrir los servicios de intervenciones psicológicas en sectores específicos del BPS.

Se agregará todo aquello que se convenga con la Facultad.



QUINTO: PLAN DE TRABAJO.

Las partes elaborarán un plan de trabajo acorde a las necesidades específicas que se presentaren durante la ejecución del presente convenio.

Con la finalidad de mantener un relacionamiento fluido se designarán uno o más responsables por cada parte, a los efectos de coordinar y evaluar las acciones correspondientes.

SEXTO: VIGENCIA.

El presente convenio entrará en vigencia a partir de su firma, por un periodo de x años, con opción de prorrogas automáticas hasta periodos consecutivos con igual duración al original.

Podrá ser denunciado por cualquiera de las partes siempre que lo comunique a la otra por escrito con una antelación de 3 meses.

Para constancia y en señal de conformidad, las partes suscriben dos ejemplares del mismo tenor en lugar y fecha indicada.



**EQUIPO DE DIRECCIÓN AREA ASISTENCIAL MÉDICA : PLANIFICACIÓN ANUAL
PERIODO AGOSTO 2012 a JULIO 2013**

OBJETIVO GRAL: 1) PROFUNDIZAR LA INSERCIÓN DEL AREA ASISTENCIAL DEL BPS EN EL S.N.I.S.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SITUACIÓN de PARTIDA a julio 2012	META a:	DEFINICIÓN INDICADOR	ACTIVIDADES A REALIZAR	RESULTADOS ESPERADOS
1)Lograr que el MSP declare de Referencia Nacional al Lab. De Pesquisa Neonatal del BPS	No hay Resolución del MSP, a pesar que se está trabajando como Referente Nacional.	A Dic 2012 Lograr que El MSP apruebe la Ordenanza correspondiente.	Ordenanza del MSP aprobada.	Gestionar resolución ante el MSP	La actividad que realiza el LPN del BPS obtiene reconocimiento del MSP
2)Lograr Resolución del MSP como Centro de Referencia Nacional para 6 enfermedades en el DEMEQUI	El DEMEQUI realiza atención especializada en defectos congénitos pero no hay Resolución del MSP como Centro Ref. Nacional	A Julio 2013 lograr la resolución del MSP	Ordenanza MSP aprobada	-Finalizar estudio de costos de las patologías específicas -Estudiar costos actuales atención DEMEQUI -Definir necesidades de cargos, horarios y especialidades médicas- -Lograr avanzar Comisión Interinstitucional -Promover actividades y gestiones a todos los niveles: MSP-Fac. de Medicina, Junasa-MEF-Opinión Pública	El DEMEQUI es declarado Centro de Ref. Nacional para la atención de : F.Q- FLAT-Ep, Bullosa- MMC- Otras Enf. Raras-E.I.M

**EQUIPO DE DIRECCIÓN AREA ASISTENCIAL MÉDICA : PLANIFICACIÓN ANUAL
PERIODO AGOSTO 2012 a JULIO 2013**

3) Promover ante el MSP a la UP como Centro de Referencia Nacional en Medicina Prenatal	Existe Resolución del Directorio del BPS	A julio 2013 lograr elevación de la propuesta al MSP	Comité Estratégico de Salud da visto bueno a propuesta a ser presentada en el MSP	-Redefinir alcance de la propuesta -cuantificación económica -Estudio de la propuesta en Comité Estratégico de Salud -Presentación ante MSP	Se eleva al MSP propuesta para que se declare a la UP Centro de Referencia Nacional en Medicina Prenatal.
4) Lograr formalizar participación en el Prog. Uruguay Crece Contigo (U.C.C.) de la OPP	Se nombraron delegados institucionales, al U.C.C. existen coordinación incipiente con agentes de UCC	A dic 2012 se desarrollan actividades en el marco de un convenio interinstitucional	Convenio firmado- entre BPS en el marco de la RIEPS y OPP	Firma de convenio entre BPS , resto de RIEPS y OPP	Son derivados a los CMI para su atención embarazadas y niños menores de 4 años en situación de vulnerabilidad . Existe actividades coordinadas de referencia y contrareferencia en el marco de un convenio interinstitucional
5) Profundizar la complementación de servicios con ASSE	Hay 2 convenios firmados (UP y CMI Pando)	A dic 2012 se firman convenios c/ASSE (CMI 1 y extensión Pando) A marzo 2013 se firman convenios –CMI 2-CMI 6- A julio 2013 CMI 3)	Convenio firmado	Reuniones para formular los convenios y gestionar su aprobación por los Directorios respectivos.	Se complementan actividades con ASSE en todos los Centros Materno Infantiles
6) Avanzar en la concreción del Laboratorio Centralizado de Citología Ginecológica RIEPS del área metropolitana en CMI 6	C/Institución procesa hoy sus PAP. Demoras y calidad inhomogenea en el sistema	A Julio 2013 Laboratorio Funcionando	Se firma convenio RIEPS	-Se cuantifican costos de adaptación de planta alta CMI 6 -RIEPS aporta recursos para la adaptación -Se establecen pautas de funcionamiento	Funciona en local del BPS Laboratorio Centralizado de Citología Ginecológica de los efectores públicos metropolitanos lo cual permite mejorar la calidad de los resultados de los PAP y se disminuye los tiempos de procesamiento

PLAN DE TRABAJO

PARA LOGRAR EL OBJETIVO QUE EL DEMEQUI SEA DECLARADO POR EL MSP CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE 6 PATOLOGÍAS CONGÉNITAS ESPECÍFICAS

Consideraciones previas:

- Este es uno de los 6 objetivos específicos que se inscriben dentro del gran objetivo general definido : **Profundizar la inserción del Area Asistencial del BPS en el Sistema Nacional Integrado de Salud** (se adjunta documento en anexo 1)
- Este plan de trabajo es la continuación de un conjunto de acciones que se vienen desarrollando desde principios de 2011 y que a modo de ejemplo enunciamos las realizadas en los últimos meses.:
 1. Reuniones a alto nivel con autoridades del MSP (julio 2012)
 2. Reuniones con Decano de Facultad de Medicina (agosto 2012)
 3. Reuniones de trabajo del Equipo Interinstitucional (MSP-FNR-MEF-BPS)
 4. Elaboración de un documento complementario con el estudio de la Incidencia y Prevalencia de las 6 patologías definidas.
 5. Analisis de los costos del diagnóstico y tratamiento de cada una de las 6 patologías definidas en base a los protocolos de tratamiento elaborados por los equipos asistenciales del DEMEQUI
 6. Proyección de los costos a 20 años tomando como base la hipótesis que en la primera etapa del centro se continuaran atendiendo los que están en tratamiento actualmente y se consideran nuevos ingresos de los niños menores de 5 años
 7. Se organizaron 2 actividades abiertas de difusión donde estuvo planteado el tema del Centro de Referencia Nacional:
 - 4 de setiembre- Acto de Conmemoración del Día Nacional de la Fibrosis Quística realizado en local de BPS
 - 26 de octubre- III Jornada de Bioética Derechos Humanos y Discapacidad, realizado en Centro de Estudios con participación de 100 personas y donde una de las 3 mesas redondas trató el tema : Seguimiento del niño con Patología Congénita. Realizada en Centro de Estudios.

Actividades que integran el plan de trabajo:

- 1) Realizar estudio del gasto de la atención actual en el DEMEQUI de las 6 patologías antes mencionadas en clave de centro de referencia. Se conformó un equipo de trabajo integrado por Gerencia de Planificación y Gerencia de Salud.
- 2) Definir necesidades de especialistas y carga horaria.
- 3) Descripción de perfiles y competencias del personal que integra los 6 equipos especializados en una primera etapa..
- 4) Continuar el trabajo de la Comisión Interinstitucional
- 5) Inicio de las etapas 1 y 2 del Plan Director de Obras del Demequi
- 6) Gestionar la propuesta ante el Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Economía y Finanzas
- 7) Realizar actividades de difusión de la propuesta
- 8) El MSP declara Centro de Referencia Nacional al Demequi para la atención de 6 patologías congénitas complejas

Con el objetivo de mejorar la información, la comunicación y con la participación del personal, se continua trabajando en la implementación de un sitio colaborativo en la intranet, además de la bpsnet y la web las que permitan el intercambio de información de las distintas unidades de salud, dar a conocer documentos, protocolos y además recibir los aportes de todo el personal de Salud.

En la ciudad de Montevideo a los 24 días del mes de octubre de 2012 comparece por una parte el Banco de Previsión Social (BPS) representado por los Directores Heber Galli y Ariel Ferrari, y el Secretario General Dr. Eduardo Giorgi, y por otra parte la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social (ATSS) representado por su Presidenta Sra. Alexandra Zapiraín, Secretaria General Sra. Nathalia Bresque, y Directiva Silvia Silvera quienes acuerdan lo siguiente:

PRIMERO - ANTECEDENTES: El Poder Ejecutivo dictó el Decreto N° 147/012 de 3 de mayo de 2012 en referencia a Condiciones y medio ambiente de trabajo de centros de atención telefónica en empresas públicas, que se adjunta y forma parte del presente. La norma determina una serie de requisitos a cumplir referidos a instalaciones e infraestructura edilicia, ergonomía del puesto de trabajo y del software, condiciones de bienestar e higiene, carga física, mental y psíquica, tiempo diario y semanal de trabajo. Asimismo por imperio de la norma indicada los trabajadores afectados a tareas en esos centros deberán desempeñar sus funciones en semanas laborales no mayores a 39 horas en 6 días de trabajo, o en menos jornadas no mayores a 7 horas 30 minutos de labor diarias.

SEGUNDO: ATSS manifiesta su acuerdo en general con la Resolución del Directorio 33-1/2012 de 10 de Octubre de 2012, que se adjunta y forma parte del presente. Sin perjuicio de la aprobación en general de la presente resolución, ATSS deja constancia de la objeción particular que le merece lo dispuesto en el literal D numeral 2do, atento a los eventuales perjuicios futuros que pudieran derivar de la aplicación de la misma.

TERCERO: BPS se compromete a mantener informada a la ATSS de los cronogramas de actividades, hojas de ruta y cumplimiento de las recomendaciones de los servicios que emergen de la aplicación del Decreto, así como las que se dispongan.

CUARTO: las partes acuerdan que de existir diferencias en cuanto a la aplicación del Decreto 147/2012, y una vez agotadas las instancias de negociación entre las partes, se someterán las mismas a la consideración de la Inspección General del Trabajo dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Para constancia se firman dos ejemplares.