

DT 02/13

Evaluación de Programas de Recursos Humanos de la Salud

Informe Uruguay



 EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD

Resumen

A partir de la segunda evaluación de las Metas Regionales de Recursos Humanos de la Salud se detectaron los principales déficits y acciones en curso de los distintos países de la región. En seguimiento con esto, la Organización Panamericana de la Salud plantea fomentar la evaluación de los programas de recursos humanos, aportando distintos instrumentos para esta tarea.

En el presente trabajo se realiza una descripción y evaluación de dos programas: el Proyecto de reorganización de la medicina intensiva en el Hospital Español de la Administración de Servicios de Salud y los proyectos de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República para facilitar el pasaje de auxiliares de enfermería a licenciadas.

La selección del programa de medicina intensiva surge en el marco de la reorganización del trabajo médico en el país a partir de la reforma de la salud, considerándose este programa como un insumo para esta tarea. El proyecto presenta una buena evaluación en tanto apuesta a una organización longitudinal del trabajo médico a través de cargos de alta dedicación horaria, y a la evaluación continua de la atención prestada en el servicio.

Por otra parte, los programas de enfermería surgen en el marco de la medición de la meta 4 de las Metas Regionales de OPS. Existen dentro de la Facultad de Enfermería distintas propuestas desde 1990 en adelante que apuestan a contar con personal de enfermería profesional a través de facilitar la formación de auxiliares, colaborando a aumentar estos recursos humanos para el sistema de salud.

Resumen.....	1
ÍNDICE.....	2
LISTADO DE SIGLAS.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. CONTEXTO GENERAL.....	5
A) CONTEXTO POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL DEL PAÍS	5
B) EL SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY	7
C) CONTEXTO DE LOS RRHH DE LA SALUD	9
D) DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES MEDIDAS ADOPTADAS POR EL MSP CON RESPECTO A LOS RRHH DE LA SALUD.....	10
E) DESAFÍOS Y ACCIONES EN CURSO	15
3. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS	16
3.1 PROGRAMA DE REFORMA DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE MI. PLAN PILOTO EN MI DEL HOSPITAL ESPAÑOL-ASSE	16
A) ÉXITOS, DIFICULTADES, DESAFÍOS Y LECCIONES APRENDIDAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA	18
B) FACTORES QUE CONTRIBUYERON AL LOGRO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS	23
C) CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA PARA FORTALECER Y MEJORAR EL DESARROLLO PERSONAL DE SALUD Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	23
D) NUEVAS INTERVENCIONES, PASOS A SEGUIR	24
E) PROBLEMAS A EVALUAR Y MEJORAR	25
F) DESCRIPCIÓN DE LOS PASOS Y LA METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS Y ENTREVISTAS	25
G) MODELO LÓGICO	27
4. PROGRAMAS DE PROFESIONALIZACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA.....	28
4.1 PROGRAMAS DE “PROFESIONALIZACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA A NIVEL DE LICENCIADAS”, Y “PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA EL TRÁNSITO HORIZONTAL A LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA”	28
A) ÉXITOS, DIFICULTADES, DESAFÍOS Y LECCIONES APRENDIDAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS	31
B) LOS FACTORES QUE CONTRIBUYERON AL LOGRO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS.....	32
C) LA CONTRIBUCIÓN DE LOS PROGRAMAS PARA FORTALECER Y MEJORAR EL DESARROLLO DE PERSONAL DE SALUD Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	32
D) NUEVAS INTERVENCIONES, PASOS A SEGUIR	35
E) PROBLEMÁTICAS A EVALUAR Y MEJORAR.....	35
F) DESCRIPCIÓN DE LOS PASOS Y LA METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS Y ENTREVISTAS.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	38

ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BSP	Banco de Previsión Social
CAD	Cargos de Alta Dedicación
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CI	Cuidados Intermedios
CS	Cargos de Staff
CTI	Cuidados Intensivos
DIGESNIS	Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud
ESPN	Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención
FEMI	Federación Médica del Interior
FFSP	Federación de Funcionarios de Salud Pública
FMED	Facultad de Medicina
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FUS	Federación Uruguaya de la Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médico Colectivas
INE	Instituto Nacional de Estadística
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MEC	Módulo de Enlace Complementario
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MI	Medicina Intensiva
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONSC	Oficina Nacional de Servicio Civil
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORHSU	Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Uruguay
PBI	Producto Bruto Interno
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RRHH	Recursos Humanos de la Salud
SAQ	Sociedad Anestésico-Quirúrgico
SCARH	Sistema de Control y Análisis de Información de los Recursos Humanos
SHARPS	Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
SUMI	Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva
UDAD	Unidades Docentes Departamentales
UDAS	Unidades Docentes Asistenciales
UDELAR	Universidad de la República
UMI	Unidad de Medicina Intensiva

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe se elabora a partir del taller realizado por la OPS en la ciudad de Sao Pablo-Brasil en mayo de 2013, que tuvo como objetivos:

- Describir, desarrollar y acordar un marco para la evaluación de programas de recursos humanos (RRHH) de la salud en el contexto de la segunda medición de las Metas Regionales de RRHH.
- Discutir, acordar y desarrollar el plan de trabajo a nivel nacional.
- Discutir y acordar los mecanismos de acompañamiento y cooperación técnica para la recolección de datos y preparación de los informes nacionales.

A partir de este evento se trabaja desde la División de RRHH del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay en la sistematización de las acciones llevadas adelante desde el 2005 al presente sobre los RRHH de salud; y se seleccionan los programas a trabajar bajo la metodología planteada por OPS. Desde esta organización se pone énfasis en la importancia de la evaluación de los programas y acciones que desarrolla cada país para mejorar la situación de sus RRHH de la salud.

El informe se estructura en dos partes. En la primera se realiza una breve contextualización de los aspectos políticos, económicos y sociales del país, conjuntamente con una descripción de las principales características del sistema de salud y dentro de este de los RRHH.

En el segundo capítulo se describe y evalúan los programas seleccionados: Programa de reorganización del trabajo de medicina intensiva (MI) del Hospital Español de la Administración de Servicios del Estado (ASSE); a partir de los datos recogidos a través de las entrevistas realizadas así como a partir de los datos brindados por esta institución; y los proyectos de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UdelaR) para facilitar el pasaje de auxiliares de enfermería a licenciadas de enfermería.

Al finalizar este capítulo se anexa la sistematización de las principales acciones llevadas adelante en torno a los RRHH de la salud desde el 2005 en adelante.

a) Contexto político, económico y social del país

En el ámbito político, Uruguay presenta un cambio histórico a partir del 2005, cuando asume el gobierno por primera vez en la historia del país el Frente Amplio (coalición de izquierda). En el 2010 este mismo partido renueva su mandato el cual durará hasta inicios del 2015.

Desde 1985, en que se retorna a la democracia, el país presenta una estabilidad política y es considerado en análisis del PNUD como uno de los países latinoamericanos con los niveles más altos de respeto a las libertades civiles y políticas.

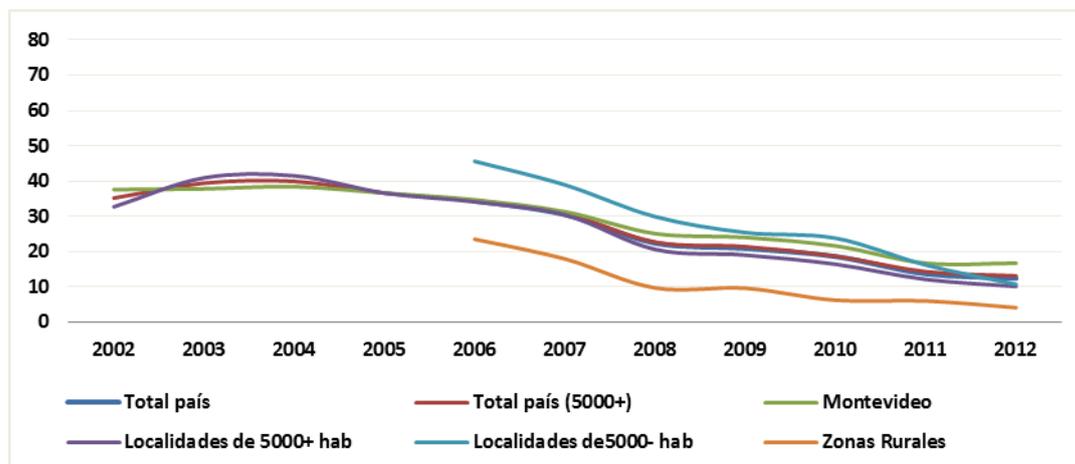
Con respecto al contexto económico, a partir del 2002, Uruguay atravesó una fase recesiva de su economía, dando inicio a una profunda crisis social, económica y financiera. El PIB per cápita pasó de ser en el 2000 de US\$ 6.043 a US\$ 3.339 en el 2003; en el 2005 se comienza una leve recuperación, aumenta el PIB a US\$ 5.081 y culmina en el 2008 en US\$ 7.075. A partir del 2007 en adelante existe una recuperación económica que se ve plasmada en una reducción de las condiciones de pobreza y la tasa de desempleo. (OPS, 2009.)

El documento “Panorama Social de América Latina 2012” de la CEPAL identifica para Uruguay, en el año 2011, una proporción de 6.7% de personas que viven bajo la línea de pobreza y un 1.1% de personas que viven en condiciones de indigencia. Aunque existen distintas formas y metodologías de medición de la pobreza, se hará referencia a las estadísticas proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadísticas de Uruguay (INE), quien publica la evolución de la indigencia y la pobreza según el método del ingreso. “Los cálculos correspondientes a la indigencia y la pobreza se hacen en base a la metodología 2006, obtenida a partir de la información que surge de la última Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares realizada entre 2005 y 2006. Los niveles de desagregación geográfica considerados son: total país, total país 5000 o más habitantes, Montevideo, Interior urbano en localidades de 5000 o más habitantes, Interior urbano en localidades de menos de 5000 habitantes e Interior rural.”¹

La estimación de personas por debajo de la línea de pobreza en el año 2012 para el total del país es de 12,4 por ciento (8.4% de los hogares).

¹ <http://www.ine.gub.uy/comunicados/POBREZA/POBREZA0413.pdf>

Gráfica 1: Incidencia de la pobreza en las personas



Nota: Hay años para los que no se dispone de información para las localidades de menos de 5000 habitantes ya que no eran relevadas en la Encuesta Continua de Hogares. Fuente: INE.

La situación de pobreza afecta en mayor medida a las generaciones más jóvenes. El porcentaje de personas en situación de indigencia en todo el país en el año 2012 fue de 0.5 por ciento (0.3% si se toman los hogares como unidad de análisis).

Por otra parte, el desempleo en Uruguay ha tendido a disminuir a lo largo del período 2007-2011, pasando de un 10,9% a un 6% a nivel general, a fines del año 2011. El nivel de desempleo de 6% con el que Uruguay cerró el año 2011 lo situó a mitad de tabla en la región y lo dejó bien posicionado a nivel mundial. Según el INE más de 97 mil personas buscaban trabajo sin conseguirlo a fines de ese año.

En relación a los aspectos demográficos los rasgos constantes de la historia poblacional del Uruguay han sido: baja densidad demográfica, desigual distribución de la población en el territorio y alta primacía urbana de su ciudad capital. Esta particularidad se debe tanto a la historia del poblamiento del país como al hecho de haber atravesado muy tempranamente por el proceso de transición demográfica. Este proceso comenzó en Uruguay a fines del siglo XIX y condujo a niveles de mortalidad y fecundidad bajos y a un crecimiento lento o nulo de la población².

Según los datos del Censo poblacional del 2011, Uruguay cuenta con una población de 3.286.314, de la que solamente el 5,34% vive en zonas rurales. Una somera revisión de los principales indicadores sanitarios permite identificar para Uruguay una estimación de la esperanza de vida al nacer para el año 2012 de 77.3 años. Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, alcanzando niveles de 80.7 y 73.7 respectivamente³. De acuerdo a datos de la División de Epidemiología del MSP la tasa de mortalidad infantil en el

² Adela Pellegrino (2003): "Caracterización demográfica del Uruguay". FCS-UdelaR.

³ OPS, Indicadores Básicos 2012.

año 2012 se ubicaba en el entorno de 8.9 cada mil nacidos vivos, mientras que la mortalidad materna alcanzaba un nivel de 10.3 por cada 100.000 nacidos vivos.

b) El sistema de salud en Uruguay

Previo a la reforma de la salud, que comenzó a implementarse en el año 2008, el sistema de salud uruguayo se encontraba fuertemente fragmentado. Los dos principales prestadores integrales de salud del país, la ASSE y el subsector de las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC), instituciones mutuales privadas sin fines de lucro, ofrecían cobertura en salud aproximadamente al 84% de la población en el año 2006, sin que existiera una conexión entre los dos subsistemas. A las IAMC podían afiliarse quienes contaban con recursos para pagar su cuota o fuesen trabajadores formales principalmente del sector privado; mientras que el resto estaban cubiertos por el Estado a través de los servicios de la ASSE, esto hacía que el sector público atendiera a las personas con menores ingresos.

Si bien la cobertura formal de la población con respecto a su atención sanitaria fue históricamente alta en el país, se presentaban esencialmente desigualdades con relación al acceso real a los servicios. Esto recaía principalmente en los sectores más vulnerables de la sociedad, llevando a diferencias en los niveles de atención recibidos. Existían fuertes diferencias salariales entre ambos subsistemas, alto multiempleo, altos costos de las cuotas mutuales, de tickets y órdenes. (MSP, 2010) La relación entre el gasto por usuario previo a la reforma da cuenta de las inequidades existentes en el sistema de salud, mientras en las IAMC el gasto por usuario era de 900 pesos, para ASSE era de 280 pesos por mes. (OPS, 2009.)

La literatura existente da cuenta de la importancia de la protección social con respecto al acceso en salud, determinando altos grados de exclusión en salud. El no contar con un seguro de salud, se transforma en una barrera para el acceso a la atención para parte de la población. (OPS, 2003.)

Estos datos son considerados como la línea de base de la política de implementación del SNIS,⁴ vigente a partir del 1º de enero de 2008, concretándose así la reforma de la salud que venía delineándose desde el año 2005. Su implementación ha sido competencia del MSP y ésta implica cambios en los modelos de atención, de financiamiento y de gestión. Los cambios en el modelo de gestión y de financiamiento son instrumentos para el logro de un nuevo modelo de atención que privilegie la prevención y la promoción y que esté orientada hacia una estrategia de atención primaria en salud, priorizando el primer nivel de atención.⁵

La ley 18211 de creación del SNIS plantea como objetivos para este nuevo sistema:

⁴ MSP, La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009, Montevideo, MSP, 2009.

⁵ Ibídem.

“A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

B) Implementar un modelo de atención integral basada en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.

D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.

E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.

H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud⁶

El nuevo sistema de salud funciona sobre la base de la complementación de los servicios públicos y privados para garantizar la atención integral y es financiado por un Seguro Nacional de Salud (SNS) con un fondo público obligatorio constituido por los aportes del Estado, de empresas públicas y privadas, y de los beneficiarios del SNIS. La idea general del cambio en el modelo de financiamiento se basa en que cada persona aporte a un fondo único de acuerdo a sus posibilidades y reciba la atención de salud en base a sus necesidades. En base a esto se crea en 2007 el denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA) que reúne los fondos de la seguridad social que financian los servicios de salud, con recursos del Banco de Previsión Social (BPS) por concepto de cuota de salud, un aporte de funcionarios y un aporte del organismo empleador.⁷

Con respecto a la cobertura en salud en Uruguay, la gran mayoría de la población tiene una cobertura integral de salud. Esta se hace efectiva a través de prestadores públicos y privados. La ASSE es el principal prestador integral público si bien existen otros con menor participación relativa dentro de este subsector, como ser, Sanidad Policial y Sanidad Militar. Las IAMC son

⁶ Ley N° 18211.

⁷ Ley N° 18131. Art. 3.

los principales prestadores integrales del sub sector privado. Hoy se cuenta con 38 IAMC, 11 en la capital del país y 27 en el interior. Existen además los seguros privados, que cubren el 2 % de la población de mayores recursos.

Para llevar adelante el nuevo modelo de atención, el SNIS cuenta con herramientas como el PIAS (Plan integral de atención en salud), las Metas asistenciales, y los Contratos de Gestión. La Ley 18.211 establece que todos los usuarios del SNIS tendrán derecho al PIAS. A través de este plan se han priorizado diferentes programas de salud como pueden ser el Programa Nacional de Atención a la Niñez, Programa Nacional del Adulto Mayor, Programa Nacional de Salud Mental, entre otros. También se pauta un catálogo de prestaciones obligatorias. Estos programas incluyen actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas, incluyendo el acceso a la tecnología y medicamento aprobados en el formulario Terapéutico de Medicamentos, la ejecución de los mismos son controlados por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y actualizados periódicamente por el MSP. Tanto la ASSE, las IAMC como los Seguros privados prestan una misma canasta básica de prestaciones, como base para lograr la equidad en la atención.

c) Contexto de los RRHH para la Salud

Con respecto a las dotaciones generales de RRHH de la salud nuestro país tiene una buena posición en términos comparativos. Con relación a los compromisos asumidos a nivel regional, específicamente con las Metas Regionales de RRHH para la salud 2007-2015 aprobadas por la OPS en su resolución CSP27/10 del año 2007, Uruguay tiene un desempeño satisfactorio. Aun cuando persisten desequilibrios de dotación de ciertos RRHH, ha logrado alcanzar un 75% de los objetivos planteados en los Desafíos de Toronto.

Considerando los médicos, enfermeras y parteras, es el segundo país de América Latina y el Caribe con mayor densidad de recursos por habitantes luego de Cuba y se encuentra próximo a la media de los países de ingresos altos (OMS, 2012). La cantidad de estos profesionales ha ido aumentando en el correr de los últimos años, llegando al 2012 a una razón de 63 profesionales cada 10.000 habitantes⁸. Sin embargo, la distribución de los recursos en el territorio está caracterizada por una fuerte concentración en la capital del país y en las zonas urbanas del interior.

A la vez existen disparidades en cuanto a la cantidad de RRHH por tipo de profesiones y especialidades tanto en relación a la dotación como a la distribución en el territorio. Actualmente Uruguay cuenta con 3 médicos por licenciada en enfermería y menos de uno por cada auxiliar. En lo que refiere a las especialidades médicas, existen algunas que en general son consideradas “críticas” por contar con un número reducido de profesionales formados.

⁸ Núñez Sergio; “Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007 – 2015”. MSP 2013; ISSN: 1688-8235. http://www.msp.gub.uy/uc_8192_1.html

En tercer lugar, existe una importante fragmentación de los cargos inter e intra-institucionalmente. En las IAMC, los médicos tienen en promedio 3 cargos dentro de una misma institución y las enfermeras 2.6. Asimismo, los valores de multiempleo superan el 55% en el caso de los médicos y llega hasta 15% en enfermería, considerando solamente las IAMC, los seguros privados y la ASSE; por lo que si se suman el resto de las instituciones de salud, el multiempleo es aún más alto⁹. Este repercute en un debilitamiento de la relación del profesional con las instituciones. En el caso de los médicos, los laudos existentes en el sector privado determinan cargos de baja carga horaria, diferenciados por actividades y unifuncionales. Para solucionar esta problemática se está apuntando a la creación de cargos de alta de dedicación horaria (CAD) dentro de las instituciones, que combinen distintas actividades, creando horas para actividades no asistenciales como la capacitación del personal, con el objetivo de mejorar las condiciones de trabajo y la calidad de la atención prestada.

Por otra parte, existen problemas en la distribución intersectorial de los RRHH, no solo entre los subsectores público y privado, sino también al interior del subsector público. La existencia de regulaciones diferentes en materia de RRHH determina sistemas de remuneración y niveles salariales dispares; lo que repercute en una competencia por captar RRHH entre los sectores y un recambio continuo de trabajadores.

d) Descripción de las principales medidas adoptadas por el MSP con respecto a los RRHH

Atentos a las características esenciales que tienen los RRHH de la salud, es que el MSP ha reforzado su rol de liderazgo dentro del campo de los RRHH. Las herramientas institucionales con que cuenta el MSP para incentivar el desarrollo de los RRHH aún no han llegado a su estado óptimo. La capacidad de incidir depende de la coordinación interinstitucionalmente (prestadores asistenciales, ministerios, instituciones educativas, sindicatos y gremios), dado que las definiciones que tome el MSP no son jurídicamente vinculantes; por ejemplo para establecer la cantidad de RRHH necesarios por categorías profesionales, para influir en la currícula de cada carrera, como para incidir en los cambios en la organización del trabajo dentro de las instituciones prestadoras de servicios que el cambio de modelo de atención requiere, entre otras cuestiones.

Sin embargo, existe una oportunidad de mejorar las capacidades institucionales a partir de la reforma de la salud, buscando un fortalecimiento del área de RRHH a nivel ministerial, que permita mejorar los sistemas de información disponibles y la coordinación con el resto de los actores del campo como parte del ejercicio de una rectoría compartida.¹⁰

⁹ C, Buffa; C, Cárpena; N, Katzkowicz; P, Pereda; G, Pradere; "Informe sobre Recursos Humanos en Salud 2010". MSP; ISSN: 1688-8235. http://www.msp.gub.uy/uc_5043_1.html

¹⁰ Si bien el MSP es la autoridad sanitaria encargado de supervisar y dirigir los aspectos relacionados a la salud pública, en relación al campo de los RRHH en salud esta función es compartida con otros actores, dada la

Dentro del proceso de reforma, desde el MSP se ha priorizado el desarrollo de determinados cambios en el campo de los RRHH, que se aplican directa e indirectamente a los procesos de accesibilidad de la población a la salud, en términos de equidad y justicia, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud y la cobertura universal. El abordaje ha sido integral y se han incorporado elementos de planificación estratégica, teniendo paulatinos avances en las dimensiones que hacen a la formación-capacitación y el mercado de trabajo de los RRHH.

A partir de este marco de referencia se han tomado las siguientes iniciativas:

⇒ **Creación de la División de RRHH del SNIS¹¹**

En el año 2010, en el marco de la reestructura del MSP (Piloto de Reforma del Estado) y el proceso de planificación estratégica conjunto con la Oficina Nacional del Servicio Civil (ONSC) y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), el MSP se embarca en la construcción de una nueva División dentro de la Dirección General del SNINS (DIGESNIS), denominada inicialmente División de RRHH del SNIS. La creación de la división adquiere mayor importancia tomando en cuenta dos elementos significativos:

1. Pone al MSP en una mejor posición para el ejercicio de la rectoría en salud (Funciones Esenciales de Salud Pública) dentro del campo de los RRHH en salud.
2. Ubica al MSP y a Uruguay en cumplimiento de la resolución de la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana; 59ª Sesión del Comité Regional de la OPS/OMS; “Metas Regionales en materia de RRHH para la Salud 2007-2015”, meta N° 5.

En la planificación del trabajo de la División de RRHH del SNIS, se definieron los siguientes objetivos estratégicos:

1. Aportar a la construcción y diseño de políticas para el desarrollo de RRHH en salud acorde a la realidad sanitaria de la población, las necesidades y objetivos del SNIS y a las expectativas y derechos de los usuarios del sistema.
2. Promover el abordaje conjunto para la gestión política de los RRHH en salud con los distintos actores implicados en el campo de los RRHH en salud, tomando a estos como sujetos activos y eje esencial para una adecuada atención en salud.

Como objetivos específicos la División se plantea:

1. Identificar y monitorear los aspectos demográficos, políticos, sociales y sanitarios de la oferta y demanda de los RRHH del sector. En particular, detectar los problemas

administración política del Estado uruguayo. Dentro de esa coordinación se destacan las siguientes instituciones, la UdelaR, el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), ASSE, entre otros; en la medida de que muchos de las decisiones y temas a trabajar transversalizan estos actores, y en dónde el MSP debe actuar en conjunto con éstos.

¹¹ A partir de setiembre de 2013 cambia el nombre de la división a “División de Evaluación y Monitoreo del personal de la salud”.

- asociados a la distribución y disponibilidad de los mismos en el territorio, por especialidad y por nivel de atención.
2. Diseñar y proponer políticas tendientes a mejorar la gestión, dotación y distribución de los trabajadores de la salud, en los aspectos vinculados a su formación y capacitación, inserción laboral, y ejercicio profesional.
 3. Desarrollo y conducción del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Uruguay (ORHSU).
 4. Coordinación intrainstitucional con otras dependencias del MSP y la JUNASA. Coordinación interinstitucional con actores públicos y privados implicados en el campo de los RRHH.
 5. Diseñar y desarrollar un sistema de información para el relevamiento de datos necesarios para la consecución de los objetivos y metas.
 6. Aportar a la elaboración normativa específica para el campo de los RRHH.
 7. Contribuir a la prevención y a la solución de los conflictos en el campo de los recursos humanos en salud.
 8. Aportar a la regulación y control de los RRHH del SNIS.

⇒ Creación y mejora de los sistemas de información

Cuando asume por primera vez el gobierno el Frente Amplio, no existía información disponible sobre los RRHH en relación a la formación y capacitación, ni sobre las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud. Dicha información solo existía con fines administrativos y no informatizada lo que hacía imposible su manejo con fines estadísticos, no permitiendo su utilización para la planificación y desarrollo de planes y programas de RRHH. La primera medida que se tomó como forma de generar insumos para la construcción de políticas públicas en esta materia fue la generación de sistemas de información. Por un lado se creó el Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH) que contiene información sobre los trabajadores de las IAMC y seguros privados y por otro se informatizó el registro de los profesionales habilitados por el MSP.

La información relevada a través del SCARH ha sido muy relevante a la hora de diseñar políticas dirigidas a los RRHH. Desde el año 2007 se cuenta con este sistema. Los distintos prestadores de salud del sector privado cargan en el SCARH información sobre sus RRHH cuatro veces al año. Esta periodicidad permite ver la evolución de las diferentes variables que se relevan, posibilitando el análisis comparativo de diversos períodos de tiempo o de estacionalidad. El sistema ha permitido recopilar información sobre cargos médicos y no médicos según especialidad, cantidad de personas por función, niveles salariales, horas de trabajo; así como analizar diversos temas como el multiempleo en el sector y los sistemas de remuneraciones.

Por otra parte, el Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARP), a través del cual se informatizó el registro de los profesionales que habilita el MSP, tiene como

objetivos registrar y habilitar a los RRHH en salud y mejorar en términos de calidad y cantidad la información relevada. Este sistema permite tener una aproximación de la oferta de RRHH del sector salud.

Por lo tanto, el MSP cuenta hoy con sistemas de información que recaban datos de interés de los profesionales, que permiten generar una visión sobre el comportamiento de la oferta y la demanda de los RRHH en el sector salud.

Sin embargo, los mismos no están completos. En este sentido, la División de RRHH del SNIS tiene dentro de sus objetivos primordiales ampliar y consolidar sus bases de datos. Para obtener la información faltante, se comenzó a finales de 2012 a recabar información con una desagregación a nivel territorial referente a los prestadores privados de salud. Por otra parte, durante 2013 se están relevando datos de otros prestadores de salud que no están contemplados dentro del SCARH como son las emergencias móviles y los prestadores públicos de salud, siendo esto muy relevante a la hora de realizar análisis de la demanda de RRHH de todo el sistema.

⇒ **Creación del ORHSU**

Una de las acciones realizadas en pro de mejorar el análisis y el desarrollo de los RRHH es la creación del ORSHU como instrumento clave para la coordinación entre los diferentes actores del sistema. Este es un espacio de referencia para el intercambio y producción de información, y un componente fundamental para la construcción de políticas públicas y planes estratégicos de RRHH. Es coordinado por la División de RRHH del SNIS, que garantiza el funcionamiento del ORHSU, incluyendo la comunicación y participación permanente entre sus integrantes, contando con el apoyo técnico y operativo de la OPS para el desarrollo de un modelo estratégico tecnológico, con un sistema de gestión de contenidos, inter-operable con página Web del MSP de nivel nacional, regional y sub-regional.

Dentro de las instituciones que integran el ORHSU se encuentran los distintos prestadores públicos y privados del SNIS, las gremiales médicas y no médicas, y los servicios del área salud de la UdelaR. El ORHSU comenzó a funcionar de manera ad hoc durante 2012 y se constituyó formalmente en diciembre de ese año.

⇒ **Reforma de trabajo médico**

Respecto a los alcances en materia de condiciones laborales, en noviembre de 2012 se firma en el ámbito del Consejo de Salarios¹², el acuerdo que cimienta la reforma del mercado de trabajo médico en el subsector privado, cuyo objetivo es mejorar la calidad de atención,

¹² Ley N° 18566.

introducir cambios que apunten a priorizar el primer nivel de atención y mejorar la calidad de vida de los trabajadores médicos.

El acuerdo de 2012 abarca medicina general, familiar, pediatría y ginecología. El cambio en el régimen de trabajo incluye un período de transición para respetar los derechos adquiridos de los trabajadores médicos. Esto implica que el pasaje al nuevo laudo sea voluntario para los médicos que se encuentran trabajando y obligatorio para los cargos nuevos que se llenen o creen. (Ver Anexo 1.)

Según el acuerdo de noviembre 2012, los temas a ser abordados por el Consejo de Salarios en el año 2013 son: análisis de la forma de pago variable para la actividad de emergencia y urgencia de medicina general y pediatría, revisión del laudo vigente para determinar los aspectos que quedan sin vigencia en el nuevo régimen, definición de los CAD de medicina interna y medicina intensiva (adultos, pediátricos y neonatales), de geriatría y psiquiatría, análisis de los cargos de jefatura, coordinación y consultantes, análisis y definición de los cargos de avance para todas las especialidades, revisión del laudo para las restantes especialidades.

Asimismo, existe un acuerdo firmado entre ASSE, el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), MTS y el MSP en donde se establece el compromiso de trabajar colectivamente para la convergencia de los salarios y condiciones de trabajo entre los subsectores públicos y privados.

Las cuatro medidas antes mencionadas se consideran los cambios más generales para la mejora de la función rectora del MSP, para crear los lineamientos que hagan avanzar en el cambio de modelo de atención, así como para crear espacios democráticos de producción e intercambio de información para la planificación de políticas de RHH en salud. En anexos se detallan más específicamente las principales acciones y programas llevados adelante desde el 2005 hasta el presente tanto por el MSP como por otros actores que integran e influyen en el campo de la salud. (Ver Anexo 2.)

e) Desafíos y acciones en curso:

- ⇒ Sistemas de información: Completar el diagnóstico existente sobre los RRHH de la salud.
- ⇒ Calidad y perfil de formación: Profesionalización del Auxiliar de Enfermería de manera de mejorar la calidad del servicio prestado a la población. Readequación de los perfiles de competencias de los dos niveles de Enfermería acorde a las necesidades del SNIS.
- ⇒ Ejercicio Profesional: Definición del rol, las competencias y tareas de los cargos en los diversos ámbitos de ejercicio del personal de Enfermería.
- ⇒ Dotación: Definición de pautas que establezcan dotaciones necesarias por niveles de atención según la organización de los servicios de salud.

- ⇒ Censo de Enfermería. Realización del Censo de Enfermería¹³, con el propósito de contribuir a la calificación de los cuidados de enfermería para mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población.
- ⇒ Mercado de Trabajo Médico: Continuar trabajando en la reforma del mercado de trabajo médico en el ámbito de Consejo de Salarios.
- ⇒ Reforma de trabajo de los no médicos: Comenzar a analizar los cambios a implementar en la organización del trabajo del personal no médico.

¹³ El Proyecto de Censo de Enfermería surge como producto del trabajo de intercambio realizado entre las Delegaciones de la sub-región en el taller de “Fortalecimiento de Educación Profesional Técnica en APS, con Prioridad en el Área de Enfermería”, marzo de 2011, Blumenau, Brasil.

3.1 Programa de reforma de la organización del trabajo de la MI. Plan Piloto en MI del Hospital Español-ASSE

La MI ha presentado un desarrollo creciente a nivel mundial y nacional. En menos de treinta años se ha distribuido por todo el país, integrándose como pieza clave de los recursos terapéuticos del paciente grave. En octubre de 2005 se realiza el primer censo nacional en MI que registra 60 unidades de MI con 604 camas, de las cuales 312 son de cuidados intensivos (CTI) y 292 de cuidados intermedios (CI). Este crecimiento no se ha detenido y en 2011 ha llegado a las 670 camas. Sin embargo, el crecimiento en recursos de todo tipo y pacientes que acceden a la MI, no ha sido acompañado de un modelo de adaptación organizacional al crecimiento.

La organización del trabajo de la MI en Uruguay generalmente se da de manera transversal, un jefe coordina en una visita diaria de variable duración y los médicos a cargo de las camas trabajan en régimen de una guardia semanal de 24 horas de trabajo corrido, a las que se suman guardias de sábado o domingo en forma intercalada. De esta manera una unidad básica tiene como mínimo un jefe y 5 a 6 médicos intensivistas de guardia titulares que realizan 120 a 144 horas mensuales cada uno. El multiempleo es la regla en el trabajo médico en general y de los intensivistas en particular. A su vez, el sistema actual es generador de muchas horas de suplencia, ya que el ritmo “comprometido” por los titulares es muchas veces insostenible si consideramos que muchos médicos acumulan 4 cargos y más.

A partir de esta problemática se puso en marcha un plan piloto en uno de los hospitales del país -Hospital Español “Juan José Crottogini”-, que tiene como meta principal implementar una nueva organización del trabajo de la MI en CTI-CI, aumentando el trabajo longitudinal a través de cargos médicos de alta dedicación dentro de la institución.

El proyecto se planteó como objetivos:

- Dar respuesta a las necesidades asistenciales de ASSE con la creación de una nueva Unidad de MI de Adultos.
- Desarrollar un modelo de trabajo mediante el cambio organizacional que priorice la coordinación en MI.
- Desarrollar un grupo humano que permita experimentar sobre el terreno práctico los cambios plausibles a aplicar en MI.

La nueva organización del trabajo se basa en aumentar la carga horaria longitudinal de dedicación médica, creando el cargo de staff (CS) que concentre la mayoría de su trabajo en la unidad, con tendencia a un cargo full time. El núcleo de la unidad que cuenta con 18 camas se integra por el Director y 4 CS. La dedicación horaria de los cargos es alta en todos los casos, se

concorre a la unidad todos los días de lunes a viernes de 8 a 14:00 hs., y el sábado es rotatorio. Además los CS cubren una guardia por semana de 14:00 a 8 hs. y un domingo rotatorio, asegurando la presencia del núcleo en todos los horarios, persiguiendo así los objetivos de aumentar el control y aproximar la gestión a la clínica, como una política de meso y micro gestión. El Médico intensivista de Staff constituye un pilar fundamental del funcionamiento de este CTI piloto. Tiene una especial dedicación que reúne las características de ser extensa y tener una mejor distribución de su carga horaria.

La nueva organización del trabajo también cuenta con cargos de médico de guardia similares a los del modelo tradicional, pero trabajando en una organización diferente, con instancias colectivas obligatorias y reglamentos referentes a las horas de descanso.

Típicamente, el trabajo de MI en CTI se organiza a través de un coordinador y guardias de 24 hs. lunes, martes, miércoles; con médicos diferentes. La relación entre trabajo longitudinal y transversal en el régimen tradicional es de 15% y 85 %. A la vez hay que tener en cuenta que en ese 15% longitudinal se incluyen otras tareas que no son asistenciales, como pueden ser reuniones con la dirección, dar pautas para la atención de los pacientes, coordinar las suplencias, entre otras cuestiones. En la nueva organización del trabajo lo transversal no desaparece, las guardias siguen existiendo, pero la relación entre trabajado transversal y longitudinal pasa a ser de 50%.

Este plan piloto se implementó desde noviembre de 2008 y se encuentra en operación. A la vez desde el MSP se ha tomado como base para la discusión de la organización del trabajo en MI en los Consejos de Salarios del sector privado.

El proyecto de cambio en la organización del trabajo de la MI se encuentra inmerso dentro de un proyecto macro que fue la instalación de un nuevo hospital público. Los creadores del proyecto de MI marcan como un proceso muy importante la etapa previa, desde la presentación a las autoridades del proyecto de compra de un viejo sanatorio por parte de ASSE, el proceso de obra, hasta la puesta en marcha de toda la estructura del hospital.

El CTI comienza en el 2008 habilitando 4 camas y al día de hoy tiene 18 camas. Con respecto a los RRHH, hoy cuenta con 19 médicos intensivistas titulares, de los cuales 5 son CS. Para realizar la apertura de este nuevo CTI en el 2008 se realizó un llamado a concurso para los CAD longitudinales.

El equipo elaborador del proyecto de MI fue una pieza fundamental también como creador del hospital, participando de los concursos del nuevo personal, de la reforma edilicia, y de la organización global de la institución.

Los actores que han participado del proyecto son ASSE y el MSP, en la compra del hospital y en la aprobación del proyecto. Luego en el proyecto de MI participan, en los llamados a concurso de los médicos, la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI) y la Facultad de Medicina (FMED) de la UdelAR.

La figura que se presenta a continuación sintetiza el proceso de consulta, decisión y acciones, hasta la puesta en marcha del proyecto.

Ilustración 1: Árbol de consultas y acciones



a) Éxitos, dificultades, desafíos y lecciones aprendidas en la implementación del programa

En las entrevistas realizadas se plantea como principal éxito del proyecto haber contribuido a abrir la discusión sobre la necesidad de un cambio en la organización del trabajo de la MI.

Con la reforma de la salud y el cambio de modelo de atención que se busca instaurar se ha puesto en marcha una reforma del trabajo médico que busca solucionar problemas como el multiempleo, mejorar la atención prestada a los usuarios y las condiciones de trabajo. Siguiendo este rumbo uno de los principales éxitos del proyecto es haber creado la experiencia aportando insumos para las discusiones que hoy se están llevando adelante en el país.

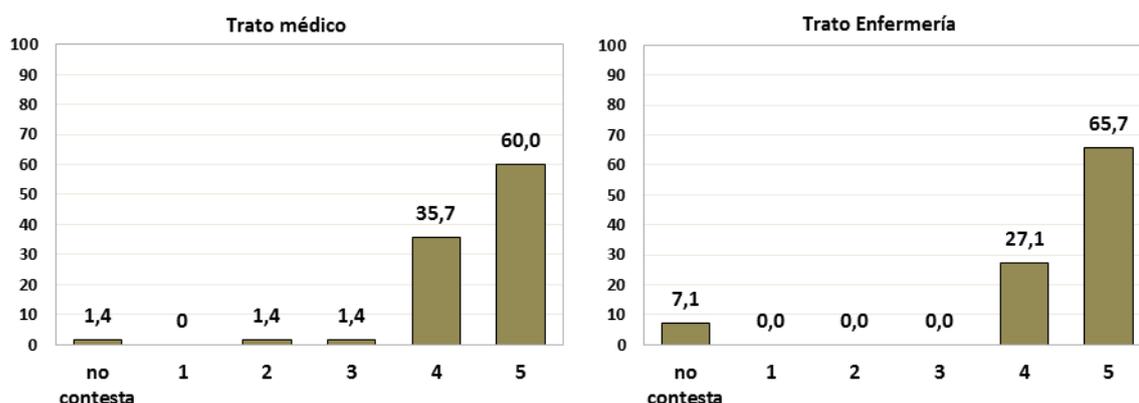
Con respecto a los resultados sanitarios del CTI del Hospital Español, los coordinadores del proyecto muestran gran conformidad con la tarea desarrollada.

Uno de los éxitos más valorados del proyecto es la creación de información, indicadores de resultados y evaluaciones del proyecto. Se han realizado encuestas tanto a los usuarios del servicio como a los trabajadores, en donde se observan resultados muy positivos.

Durante el año 2010 y 2011 se realizó una encuesta de satisfacción a los usuarios del CTI del Hospital Español, la muestra fue de 70 usuarios y/o familiares. Se consultó sobre los grados de satisfacción en lo que respecta al trato, a la información recibida y a las instalaciones. A su vez, se les pidió que evaluaran globalmente al servicio.

En lo que respecta al trato, se les consultó sobre los grados de satisfacción con respecto al trato de los médicos y del personal de enfermería. Cada usuario encuestado debía puntuar el trato del 1 al 5, donde el 1 representaba total desconformidad con el trato y el 5 total satisfacción. A su vez, en cada pregunta se especifica el porcentaje de encuestados que no la contestaron.

Gráfica 2: Encuesta de satisfacción de usuarios con el personal

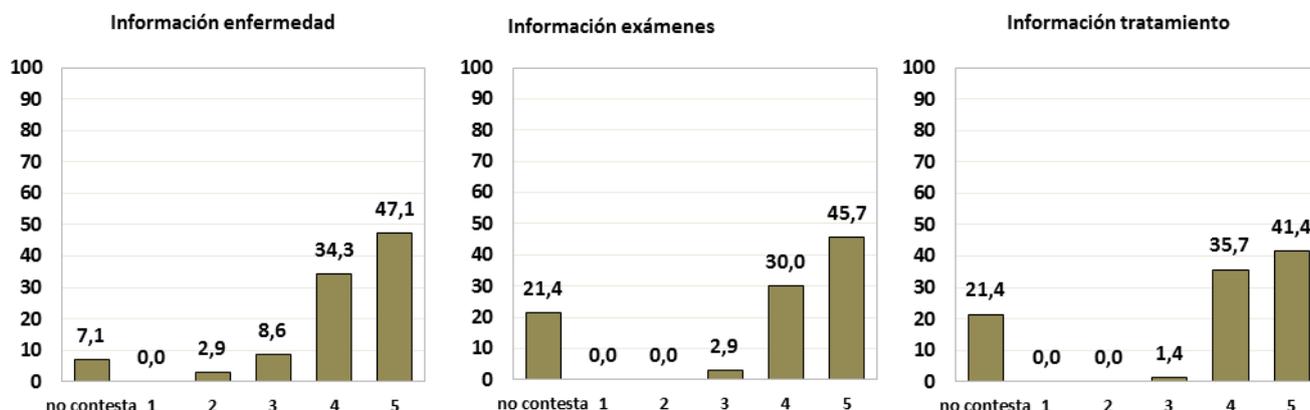


Fuente: Datos Encuesta de satisfacción del usuario, UMI-Hospital Español. 2010-2011.

Los resultados de la encuesta muestran niveles altos de satisfacción con el trato por parte de los médicos y del personal de enfermería.

En cuanto a la evaluación de la información recibida, se les consultó sobre los grados de satisfacción con respecto a la información recibida sobre la enfermedad del paciente, sobre los exámenes que le realizaron y sobre el tratamiento aplicado.

Gráfica 3: Evaluación sobre la información recibida por el usuario

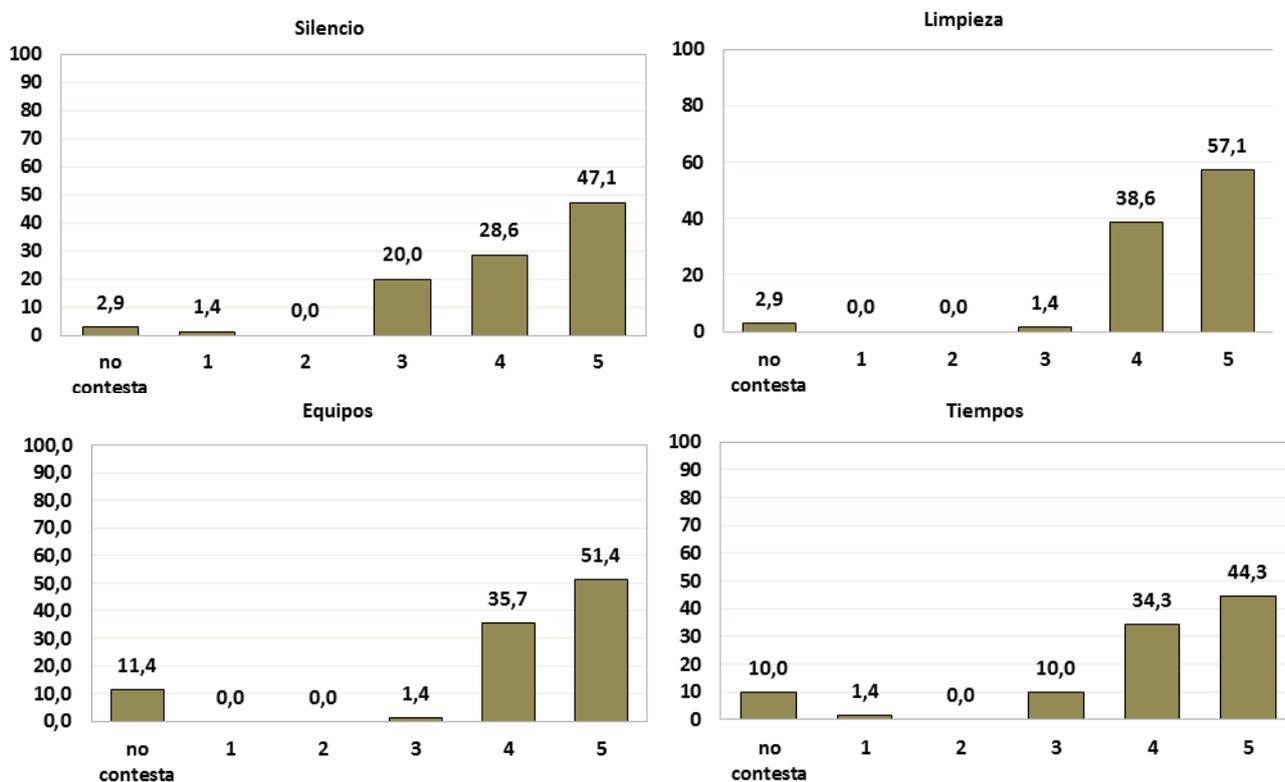


Fuente: Datos Encuesta de satisfacción del usuario, UMI-Hospital Español. 2010-2011.

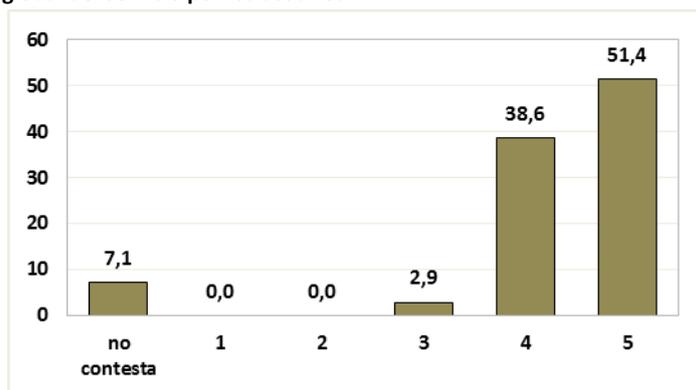
La evaluación por parte de los usuarios fue muy buena para los tres tipos de información que fueron consultados, igualmente se resalta que en torno al 20% de los encuestados no contestaron alguna de estas preguntas.

En cuanto a las instalaciones, se les consultó sobre la limpieza del lugar, el silencio, los equipos materiales y los tiempos del servicio. Los encuestados que respondieron sobre cada punto evaluaron muy bien los equipos y la limpieza del lugar, existe mayor variedad de opiniones en lo referente al silencio y los tiempos.

Gráfica 4: Evaluación de las instalaciones por los usuarios



En concordancia con los resultados de las distintas preguntas realizadas a los encuestados, los usuarios y sus familiares evalúan globalmente muy bien al servicio de CTI del Hospital Español.

Gráfica 5: Evaluación global del servicio por los usuarios

Fuente: Datos Encuesta de satisfacción del usuario, UMI-Hospital Español. 2010-2011.

Con respecto a uno de los objetivos específicos del programa que fue la disminución de los costos del servicio, este se ha evaluado como demasiado ambicioso. Si se considera la compra de camas de ASSE a otros prestadores, el proyecto sí logra disminuir los costos; pero resulta muy difícil poder comparar los costos con otras unidades, ya que debería tenerse en cuenta la cantidad y tipos de pacientes, así como los pacientes recuperados, para poder realmente evaluar los resultados. Se evalúa como un debe tener el costo por paciente recuperado para poder evaluar el objetivo de disminución de costos del servicio.

Relacionado a los éxitos en la mejora de las condiciones de trabajo se han realizado evaluaciones a los trabajadores en el año 2010, que muestran una conformidad del equipo de trabajo. Un buen indicador es observar que desde el comienzo del proyecto han permanecido los mismos médicos intensivistas. Si bien han existido dificultades, estas se deben a problemas administrativos centrales de ASSE, que se han planteado como una seria dificultad que ha entorpecido la labor dentro del CTI.

Por otra parte, la mayor desconformidad es mostrada por el personal de enfermería, que si bien no está en el proyecto de reorganización del trabajo en CTI, mantienen un trabajo conjunto y muy importante para el funcionamiento del servicio. Dichos trabajadores plantean sus discordancias por las diferencias salariales con los trabajadores médicos, así como las condiciones de trabajo con las que cuentan que no les permiten seguir de forma adecuada la lógica de trabajo general del área como son las reuniones de trabajo, pase de guardia, reuniones clínicas, entre otras.

A partir de los informes que desde el 2010 realizan los coordinadores del equipo sobre la evaluación del proyecto para la dirección del hospital, se destaca como otro de los éxitos del programa los avances que el equipo de trabajo han realizado en relación con la investigación científica, publicaciones, presentaciones, integración de comités y comisiones, así como su apoyo a la formación de RRHH, capacitando a residentes desde el principio del proyecto hasta la fecha.

El cuadro 1 da muestra de la existencia en cada uno de los años de las distintas actividades que se realizan entre el equipo de trabajo.

Por otra parte, el cuadro 2 muestra la cantidad de residentes y alumnos de posgrados que realizaron su especialización en este servicio.

Cuadro 1: Avances en la gestión, educación e investigación

	Reuniones clínicas Diarias	Ateneos Mensuales	Reuniones periódicas de staff	Actualización semanal de temas	Integración de comités y comisiones	Cursos cortos
2009	X	X	X	X	X	X
2010	X	X	X	X	X	
2011	X	X	X	X	X	X
2012	X	(Cátedra, HE)	X	X	X	X
2013	X	(Cátedra, HE)	X	X	X	X

Fuente: Datos proporcionados por la UMI-Hospital Español.

Cuadro 2: Formación de RRHH en MI (Programa de posgrados y residencia)

	Residentes			Posgrados			Total
	R1	R2	R3	PG	PG	PG	
				1 ^{er} año	2 ^o año	3 ^{er} año	
2009	1	1	-	2	-	-	4
2010	3	1	1	2	2	-	9
2011	1	3	1	2	2	2	11
2012	2	1	3	2	1	2	11
2013	2	2	1	2	2	1	10

Fuente: Datos proporcionados por la UMI-Hospital Español.

Como aspectos negativos y que han planteado dificultades al proyecto se mencionaron:

- Deficiencias administrativas de ASSE que han llevado a problemas con los trabajadores. (Diversidad de formas contractuales, diferencias salariales y de beneficios sociales para cargos de igual función, permanencia de contratos flexibles).
- Permanente recambio de personal de enfermería, sumado muchas veces a ausentismo.
- La falta de coordinación entre el hospital, ASSE y otros servicios en donde se podría extender este proyecto.
- Predisposición de los trabajadores a trabajar bajo el régimen tradicional de trabajo, enfocándose solamente en la atención y descuidando la importancia de las reuniones de equipo, la investigación y la evaluación.

- Cambios en las autoridades del hospital de manera reiterada, lo que ha dejado en estas instancias acefalías que han entorpecido el desarrollo del programa.
- Falta de experiencia de los coordinadores en trabajo longitudinal.

En resumen, los entrevistados perciben los objetivos planteados como logrados: por un lado el aumento en la disponibilidad de este servicio a nivel del sector público, y por otro, abrir la discusión del tema de la organización del trabajo de la MI. Plantean que existe consenso en el cuerpo médico en general sobre los problemas que acarrea el multiempleo, el exceso de horas trabajadas, así como de las ventajas para el trabajador y para el usuario del trabajo coordinado, con reuniones de equipo y análisis periódicos de los resultados.

El equipo de enfermería del hospital concuerda en general con el éxito de este programa ya sea en la condiciones de trabajo médico como en la mejora de la atención y resultados sanitarios, más allá de su desconformidad con sus propias condiciones de trabajo. Acuerdan que la organización longitudinal de los CAD es una muy buena experiencia, notoriamente mejor para el cuidado del paciente, y también para el enfermero ya que la coordinación y los lineamientos claros por parte de los coordinadores ayudan a homogeneizar los criterios a seguir en la atención al paciente.

b) Los factores que contribuyeron al logro de los resultados esperados

Con respecto a los factores que contribuyeron al logro de los objetivos los entrevistados marcaron que se ha contado con apoyo político más allá de los problemas que sí existieron de instrumentación más que nada a nivel administrativo. La implementación ha funcionado correctamente, y se enfatiza en el buen diseño del programa como de sus objetivos. Otro factor importante ha sido el compromiso asumido por los trabajadores médicos con el proyecto.

Por lo cual se resume que los objetivos se han logrado no solo por el proyecto en sí, sino porque se ha instaurado en un contexto apropiado en donde se ha contado con apoyo político y económico.

c) La contribución del programa para fortalecer y mejorar el desarrollo de personal de salud y la prestación de servicios de salud

Con respecto al desarrollo del personal de salud:

- El programa ha apuntado a mejorar las condiciones de trabajo y de vida del personal médico a través de fomentar la eliminación del multiempleo, y aumentando el sentimiento de pertenencia con la institución.
- Contribuye al trabajo en equipo, y coordinado.

- Contribuye al análisis de los resultados obtenidos y a la evaluación continua para revertir permanentemente los cambios que se deben llevar adelante para realizar mejoras.
- Apunta a fortalecer la formación, la investigación científica y colabora con la educación a través de los residenciados. Se ha participado en estudios multicéntricos nacionales e internacionales.
- Participación en Comités y Comisiones Asesoras (ASSE-MSP) que ayudando al análisis de diversos temas por parte del equipo.

Con respecto a la prestación de los servicios de salud:

- Con la apertura del hospital se cuenta con más capacidad de camas disponibles para el sector público.
- El régimen de trabajo longitudinal permite la coordinación y la planificación de la toma de decisiones sobre los pacientes; lo que replica en una mejora de la atención prestada.
- Se tienen reuniones con todo el equipo en donde se analiza cada caso y se dan los lineamientos que se deben seguir tanto para los médicos como para el equipo de enfermería.
- Posibilidad de realizar interconsulta, ya que se cuenta con médicos intensivistas con diferentes perfiles profesionales.
- Implementación de la historia clínica electrónica que no solo muestra un avance en los sistemas de información sino que contribuye a la atención prestada mediante sistematizar la información de cada usuario.
- Las encuestas de usuarios han mostrado buenas evaluaciones de la atención y del servicio.
- Se han elaborado pautas de diagnósticos y de tratamiento, que homogeneizan criterios de atención. Al momento se han elaborado 22 protocolos que están disponibles para todo el cuerpo médico. (Informe de dirección 2011.)

d) Nuevas intervenciones, pasos a seguir

- Seguir desarrollando la propuesta de Plan Piloto, extendiendo la base de CAD y diversificando las tareas para que los coordinadores puedan cumplir funciones específicas en asistencia, gestión, investigación, formación de RRHH en una proporción más balanceada. (Informe de dirección 2011.)
- Proyecto de reforma y ampliación de camas para fines de 2013. Se aumentará en 4 camas la capacidad operativa de la unidad. Junto con esta obra se mejorarán las instalaciones de economato, depósitos, áreas técnicas de neumocardiología y locutorio para familiares de pacientes. (Informe de dirección 2012.)
- La introducción de las políticas de calidad en MI.
- Seguir avanzando en el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica.

- Trabajar y apoyar la discusión que se está dando a nivel general en la reforma del trabajo médico.

e) Problemáticas a evaluar y mejorar

- Mejorar los aspectos administrativos y de coordinación con ASSE.
- Como el proyecto no contó con dinero extra no se tuvo fondos exclusivos para la evaluación en sí mismo del proyecto.
- Reevaluar los días de guardia en donde los médicos de Staff completan 30 hs. de trabajo (algo que no se tuvo en cuenta en la elaboración del proyecto según el entrevistado).
- Estudiar, analizar y mejorar las condiciones de trabajo de la enfermería. Se ha planteado en los diferentes informes presentados a la dirección del hospital la falta de este personal.
- Continuar estudiando y analizando el programa, incentivando a los trabajadores médicos, evitando la inercia a trabajar bajo el régimen tradicional.

f) Descripción de los pasos y la metodología para la recolección de datos y entrevistas

- Acceso al documento en donde se crea el proyecto.
- Comunicación con los creadores del proyecto.
- Solicitud y posterior realización de la entrevista con los responsables del proyecto.
- Solicitud y posterior realización de la entrevista con el equipo de enfermería del CTI de MI.
- Obtención de informes y evaluaciones sobre del plan brindados por el equipo del proyecto.
- Desgrabación de entrevistas, envío del documento a los entrevistados para su aprobación y análisis de las mismas.

Entrevistas realizadas:

- Coordinador del proyecto: Dr. Álvaro Giordano.
- Equipo de trabajo de enfermería del CTI del Hospital Español: Lic. Silvia Esquibel y Lic. Regina Portantier.

Documentos proporcionados por el equipo del proyecto:

- Informes 2010, 2011 y 2012 por parte de los responsables del área de MI a los directores del Hospital Español.
- Comisión Honoraria Asesora en Medicina Intensiva. Sistema de Información y Monitoreo para Unidades de Medicina Intensiva. "Indicadores de calidad en la asistencia del paciente crítico".

- Evaluaciones médicas sobre el resultado del proyecto.
- Datos recabados a partir de la realización de encuestas a los usuarios del servicio.

g) Modelo lógico



4. PROGRAMAS DE PROFESIONALIZACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

4.1. Programas de “Profesionalización de Auxiliares de Enfermería a Nivel de Licenciadas”, y “Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería para el tránsito horizontal a la Licenciatura en Enfermería”

A partir de las Metas Regionales de RRHH para la salud 2007-2015 establecidas por OPS, se puede observar que la Meta N° 4 (relación de 1 enfermera calificada por cada médico) es una de las metas que Uruguay no ha cumplido, teniendo una relación de 3 médicos por cada enfermera calificada. (MSP, 2013.)

La Facultad de Enfermería de la UdelaR cuenta con distintos programas para profesionalizar a los auxiliares de enfermería hacia licenciatura de enfermería. La misión de estos programas es reconvertir auxiliares de enfermería que cuentan con el segundo ciclo de enseñanza (nivel secundario de la enseñanza finalizado), en licenciadas de enfermería. La meta es aumentar la dotación de licenciadas de enfermería en Uruguay para contar con personal calificado en la tarea, con el cometido de brindar una correcta atención de salud en todo el territorio nacional.

“El objetivo es fortalecer la formación de Licenciados en Enfermería a través de la reconversión del Auxiliar de Enfermería que cumpla con los criterios de admisión a la UdelaR. El producto esperado con la implementación del programa, es profesionalizar a los Auxiliares de Enfermería y profundizar la estrategia asistencia-docencia. Se busca que se sustente el mejoramiento de la calidad y la eficiencia en la atención a la población.”¹⁴

La Facultad de Enfermería cuenta desde 1990 con el “Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería a Nivel de Licenciado”. Este programa se ha realizado en distintas ediciones y en distintos puntos del país. En todas las ediciones el programa apunta a auxiliares de enfermería con el segundo ciclo de enseñanza secundaria completo, experiencia documentada de ejercicio de auxiliar de enfermería (mínimo de tres años), y contar con una buena evaluación de los servicios en los que trabajan.

El programa tiene unas 3 mil horas de actividades teóricas y prácticas distribuidas en cinco semestres más un semestre para el internado (formación en servicio) y trabajo final de investigación. Se pone énfasis en la adquisición por parte del auxiliar del “rol” de licenciado como sustento pedagógico, en donde se intenta ubicar al estudiante como sujeto protagonista de su formación y al docente como mediador. (OPS, 2005.)

Por otra parte, desde el 2002 la Facultad de Enfermería crea otro proyecto para el pasaje de auxiliares de enfermería a licenciadas, denominado: “Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería, para el tránsito horizontal a la Licenciatura en Enfermería”. (Carrera Escalonada en

¹⁴ <http://www.fenf.edu.uy/index.php/profesionalizacion/96-caracteristicas-del-programa>

Enfermería (CEE)/Módulo de Enlace Complementario [MEC]). El objetivo de este programa fue realizar una estrategia para unificar la formación inicial, compartiendo los requisitos de ingreso, exigencias académicas realizando un pasaje horizontal hacia el plan curricular de la licenciatura. Se trabajó en la descentralización de la formación inicial. (Facultad de Enfermería-UdelaR, 2009.)

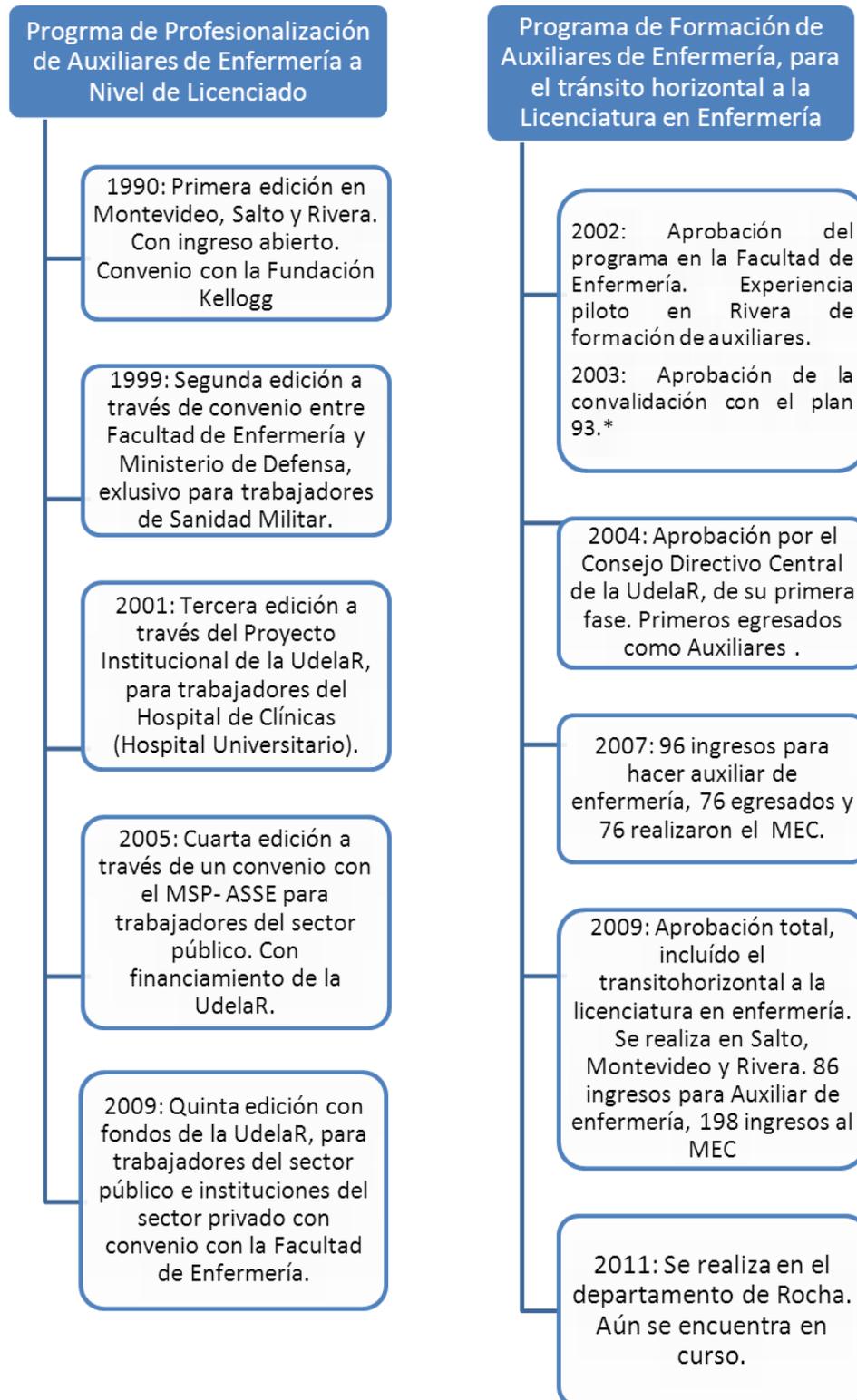
Este programa también se ha realizado en diferentes ediciones y departamentos del país. Surge en el departamento de Rivera financiado por la Comisión Sectorial de Enseñanza, de la UdelaR, mediante un llamado para el desarrollo de carreras en el interior del país. La CEE tiene tres etapas. Una primera etapa en donde se forman las auxiliares de enfermería; luego se realiza el MEC en un semestre, y culminado este módulo los estudiantes ingresan al cuarto año de la licenciatura del plan curricular de 1993, en donde cursan con los estudiantes que han realizado desde un inicio la licenciatura en enfermería el cuarto año y el internado.

Los estudiantes deben contar con el segundo ciclo de enseñanza secundaria completo, pero a diferencia del otro programa no se solicita experiencia en la tarea. Cuenta con una alta carga de enseñanza a distancia. En la primera edición la matriculación fue pequeña, luego se abre en el 2007, y en el 2009 se realiza en Salto, Rivera y Montevideo con una matrícula mayor. La última edición fue en el 2011 en el departamento de Rocha la cual se encuentra en curso.

Las modalidades de ingreso a este programa pueden ser diferentes: ingresar al curso de auxiliar de enfermería, una vez aprobado éste, realizar el MEC e insertarse en el cuarto año en el Plan de Licenciatura de Enfermería; o se puede haber obtenido el título de Auxiliar de enfermería (a través de las escuelas públicas o privadas habilitadas por el Ministerio de Educación y Cultura) y comenzar en la Facultad de Enfermería a partir del MEC más cuarto año en el plan curricular considerando la validación de los conocimientos previos 93.¹⁵

¹⁵ “En el 2002- Carrera escalonada de enfermería con formación en primera fase de Auxiliares de enfermería, Luego Módulo de Enlace complementario e ingreso a la Licenciatura de Enfermería, obteniendo por esta vía el título de licenciado en Enfermería. Aprobación 2002 Facultad de Enfermería, 2003 aprobación de su convalidación con el plan 93, 2004 aprobación por el CDC de su primera fase y en el 2009 su aprobación total incluido el transito horizontal a la licenciatura de enfermería.” Facultad de Enfermería-UdelaR, Avanzando en la mejora continua de la calidad de la enseñanza superior en enfermería, pág. 155. 2009).

Ilustración 2: Árbol de consultas y acciones



*Los datos sobre el Programa de Auxiliares de Enfermería para el transito horizontal a la licenciatura de enfermería son extraídos de: "Avanzando en la mejora continua de la calidad de la enseñanza superior en enfermería". Facultad de Enfermería, UdelaR. 2009.

Tabla 1: Comparación de las tres modalidades existentes para obtener el título de Lic. en enfermería

	Plan 93 ¹⁶	Programa de Profesionalización	Programa MEC
Años de estudio	5 años	3 años	1-1,5 años
Horas de estudio	4248	3200	1600
Tesis	Si	Si	No

Datos extraídos de <http://www.fenf.edu.uy/fenf/diba/carrera.html>

a) Éxitos, dificultades, desafíos y lecciones aprendidas en la implementación de los programas

Como principales éxitos de los programas se puede destacar:

- La mejora en la formación de los estudiantes que han participado, aumentando sus posibilidades de mejoras laborales en el sector.
- Desarrollo de la utilización de tecnologías de la información como medio de aprendizaje.
- Consolidación de grupos docentes de los programas que reevalúan los mismos.
- Se observa un aumento de la cantidad de licenciadas en el país, si bien se está lejos de la meta planteada por OPS.
- La experiencia acumulada de los programas ha sido un insumo para la discusión que se viene realizando en la UdelaR para la creación de un nuevo plan de estudio.

Como principales dificultades en la implementación se destacan:

- Falta de recursos financieros, de docentes e infraestructura para poder aumentar los cupos a estos programas.
- Problemas administrativos y de gestión en el programa CEE/MEC.
- Falta de experiencia en trabajo a distancia, en las primeras ediciones del programa de profesionalización.
- Abandono de la carrera debido a la existencia de multiempleo así como a la organización del trabajo con el que cuentan (horarios y días libres rotativos).
- Perfil femenino de la población con alta carga de trabajo no remunerado (tareas del hogar y cuidados).

¹⁶ El plan 93, es el plan curricular para formarse en Licenciado en enfermería, el cual tiene un título intermedio de auxiliar de enfermería. El programa de profesionalización parte de una población que ya realizó la formación de auxiliar de enfermería, al igual que el MEC.

- No existen mecanismos de apoyo a los estudiantes como becas u horas para estudio desde los servicios asistenciales.

En las entrevistas realizadas se plantea como principal desafío:

- Homogeneizar las propuestas de profesionalización de auxiliares existentes.
- Contar con más licenciadas de enfermería en el país respondiendo a las necesidades de la profesión con estándares altos de calidad.

b) Los factores que contribuyeron al logro de los resultados esperados

En este punto se destaca dentro del programa de profesionalización la retroalimentación del programa mediante la realización de autoevaluaciones en todas sus ediciones, realizándose modificaciones en la currícula así como en la modalidad de enseñanza a través de las evaluaciones de los cursos realizados. Esto ha colaborado a mejorar los resultados del programa en cada edición.

Por otra parte, como principal factor que contribuyó a aumentar las licenciadas en el país, es el empeño de la Facultad de Enfermería en estos programas a través de sus equipos docentes, así como haber contado con el apoyo de fundaciones, servicios y la propia UdelaR.

Un elemento destacado dentro del programa de profesionalización como factor que ha colaborado en la implementación, es conocer la formación de los auxiliares de enfermería, así como los servicios en donde trabaja. Se parte de un diagnóstico previo de cada estudiante que permite reconsiderar constantemente la educación a prestar así como las técnicas a utilizar.

c) La contribución de los programas para fortalecer y mejorar el desarrollo de personal de salud y la prestación de servicios de salud

La Facultad de Enfermería en su plan curricular general de licenciados de enfermería desde su Plan de estudio del año 1993 incorpora aspectos relacionados al fortalecimiento de la APS, dando prioridad a la formación en distintos lugares del país, fomentando la descentralización de los estudiantes y con esto la permanencia en su lugar de residencia, mejorando la accesibilidad de los jóvenes del interior del país a la enseñanza superior, especialmente de la Enfermería. El programa de profesionalización de auxiliares de enfermería a nivel de licenciadas sigue los mismos parámetros que la carrera curricular. Este se enmarca en la búsqueda de respuestas desde la UdelaR a las necesidades sociales así como a la democratización de la educación para la mejora de la atención de la población.

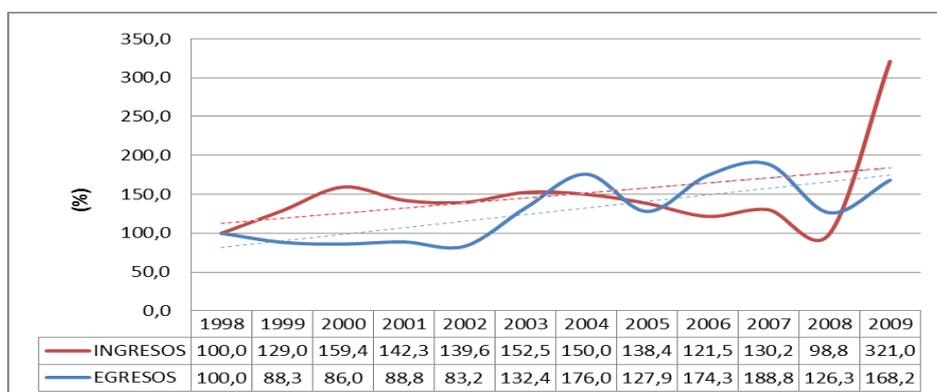
Los entrevistados resaltan la importancia en el cambio de actitud de los estudiantes al pasar por la profesionalización, mejorando claramente la formación de éstos. En los programas se pone énfasis en la necesidad de adquisición del “rol de licenciado” por parte del auxiliar haciendo referencia a la necesidad de desconstrucción y construcción de un nuevo

conocimiento desde el punto de vista pedagógico para que el estudiante logre estar al nivel profesional, identificándose en el mismo.

Se destaca que si bien muchas de las ediciones de este programa se hicieron en convenio con ciertos servicios, los estudiantes son formados “para el país”, inclusive se pone énfasis en su pasaje por los distintos niveles de atención en sus instancias de práctica, para contar con un licenciado generalista capacitado para todas las tareas.

Desde las distintas modalidades de profesionalización de auxiliares de enfermería se ha aportado a aumentar la cantidad de enfermeras profesionales en el país, apostando a mejorar de esta manera la atención brindada en los servicios. En el 2009 la cantidad de ingresos de la Licenciados en Enfermería ha aumentado en más de un 100%. Mientras en el 2008 ingresaron 410 estudiantes en el 2009 ingresaron 1630. (Facultad de Enfermería- UdelaR, 2009.)

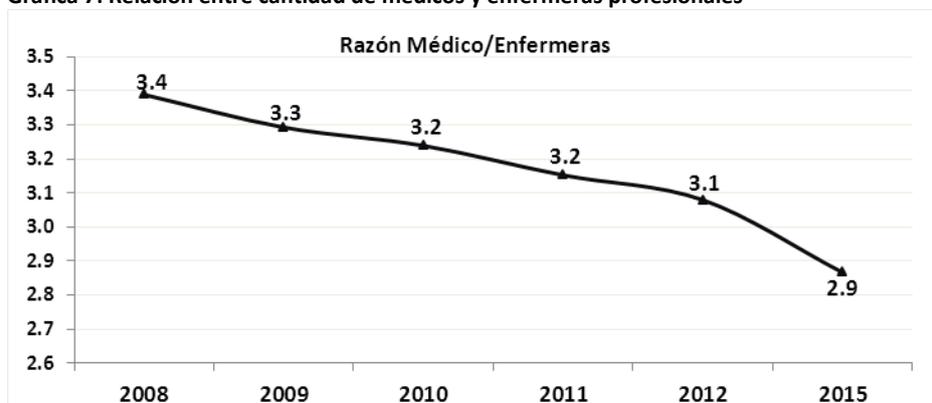
Gráfica 6: Ingresos y Egresos de la Facultad de Enfermería. Índice base 1998 = 100



Gráfica extraída de “La enfermería en el Uruguay. Características actuales y perspectivas de desarrollo.” MSP- 2011.

Si bien se sigue con una relación entre médicos y enfermeras no recomendables, de 3 médicos por cada 1 enfermera, se observa que esta relación viene descendiendo. (DRRHSNIS, 2013.)

Gráfica 7: Relación entre cantidad de médicos y enfermeras profesionales



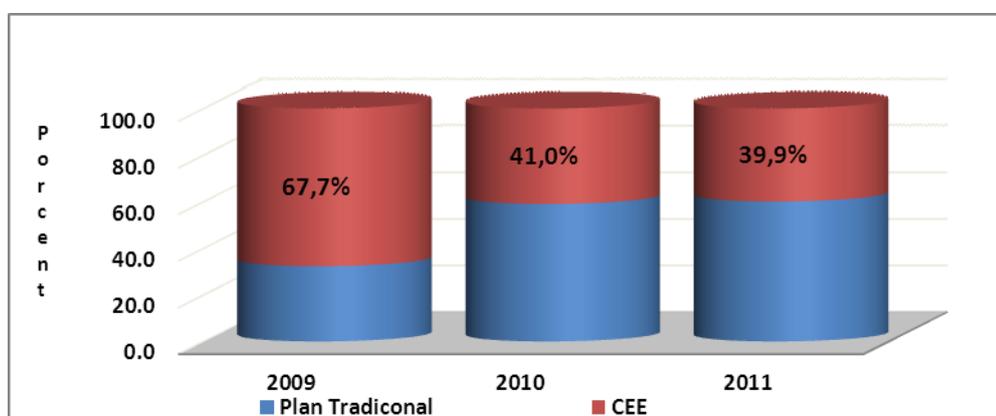
Gráfica extraída de “Los desafíos de Toronto. Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015 Uruguay.” MSP-2013

A la vez dentro de las diferentes formas de obtener el título, en el 2009 más del 60% de las entradas se dan por la modalidad de CEE.

“En el 2009 más del 60% de las entradas se dieron por la modalidad de carrera escalonada (CEE); de alguna forma esta nueva modalidad de realizar la licenciatura es lo que estaría explicando el importante aumento en los ingresos a enfermería. En promedio, en estos tres años casi la mitad (48,4%) de los ingresos a la licenciatura se dieron por medio de la CEE”.¹⁷

En la gráfica que sigue se compara la CEE con la forma “tradicional” de realizar la carrera a través del plan 93, obtenidos de los datos de los Anuarios Estadísticos de la UdelaR. Por otra parte se presenta el cuadro resumen de los ingresos y egresos al Programa de Profesionalización de Auxiliares de enfermería a nivel de Licenciado.

Gráfica 8: Ingresos a la Licenciatura de Enfermería según modalidad



Elaboración propia en base a datos de Anuario Estadístico de la UdelaR.

Tabla 2: Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería a nivel de Licenciado

Ediciones	Ingresos	Egresos
1990	297	154
1999	20	17
2001	35	22
2005	49	31
2009	101	17

¹⁷ “Los desafíos de Toronto. Medición de las Metas Regionales de RRHH para la salud 2007- 2015”. Pág. 15. División de RRHH del SNIS. Uruguay- 2013.

Con respecto al desafío 2 de las Metas Regionales: *“Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población”*, estos programas apuntan claramente a colaborar con la redistribución de RRHH en el territorio. En Uruguay la formación de las auxiliares es la que está más descentralizada, lo que se refleja luego en su mejor distribución en los distintos departamentos del país. (DRRHHSNIS, 2012). Esto es un punto importante a la hora de evaluar la contribución de los programas en la mejora de las prestaciones de salud en el territorio nacional.

d) Nuevas intervenciones, pasos a seguir

En el marco de los requerimientos de la UdelaR en cuanto a una nueva Ordenanza de Carreras de grado vigente y modificaciones de su plan de estudio, se encuentra en una etapa de discusión y re planificación tanto de la carrera curricular como de los proyectos de profesionalización, con el objetivo de unificar las distintas formas de obtener el título de licenciadas en enfermería. La apuesta es a contar con un solo programa, en donde el estudiante pueda ir transitando progresivamente, una carrera única con distintas etapas que unifique todos los planes de estudio en uno solo. Los entrevistados destacan la importancia de apostar a la formación de un mayor número de profesionales con los estándares de calidad que marca la UdelaR.

e) Problemáticas a evaluar y mejorar

- Necesidad de contar con más apoyo para la profesionalización de auxiliares de enfermería que van más allá de la UdelaR; apoyo de los servicios de salud en dónde trabajan, becas o apoyo económico para que esta población pueda permanecer en los cursos.
- Disociación entre el rol como trabajador de auxiliar de enfermería y las prácticas de licenciado en su servicio.
- En las primeras versiones de los programas hubo mucha resistencia del orden estudiantil y de los egresados, así como desconfianza con la metodología de estudio utilizada.
- Han existido discusiones en torno a la calidad de la formación a través de la modalidad de CEE, sobre exigencias distintas tanto del programa curricular como del Programa de Profesionalización de Auxiliares a Nivel de Licenciadas, contar con más carga horaria semipresencial, no exigir experiencia documentada ni evaluación del servicio.
- En el programa de CEE/MEC han existido problemas en la implementación del mismo del tipo administrativos, lo que generó problemas dentro de la propia Facultad y de UdelaR.
- Se ha discutido el problema de tener licenciados en enfermería egresados de diferentes programas con distintas cargas horarias y exigencias curriculares.

- El presupuesto universitario es insuficiente, por lo cual los fondos disponibles no permiten llevar todos los programas a todo el país, por lo que la unificación de programas es una de las estrategias que se desarrollaran para optimizar recursos.
- Aún no ha finalizado el egreso de la totalidad de la primera generación de estudiantes de CEE, se han realizado evaluaciones del proceso educativo y de ejecución del programa, con identificación de dificultades reales en su implementación para las que se determinaron algunas acciones correctivas y un gran esfuerzo institucional, pero aún no se ha podido evaluar el verdadero impacto de este programa.

f) Descripción de los pasos y la metodología para la recolección de datos y entrevistas

- Revisión de libros y documentación sobre los programas.
- Comunicación con los entrevistados (decana de la facultad y profesoras a cargo de los proyectos).
- Solicitud y posterior realización de las entrevistas.
- Desgravación de entrevistas, envío del documento a los entrevistados para su aprobación y análisis de las mismas.
- Obtención de informes y evaluaciones sobre los programas.

Entrevistas realizadas:

- Decana de la Facultad de Enfermería: Prof. Lic. Mercedes Pérez
- Directora del Departamento de Educación y Directora del Programa de Profesionalización: Prof. Mag. Fany Rocha

- Bergolo, Marcelo y otros, "Financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud", en Transformar el Futuro. Metas Cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. MSP, 2010.
- Berterretche, R y Sollazzo, A. "El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria". Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad Facultad de Medicina, Universidad de la República, 2011.
- Buffa, C; Cárpena, C; Katzkowicz, N; Pereda, P; Pradere, P. "Informe sobre Recursos Humanos en Salud, 2010". MSP, 2010.
- División de RRHH del SNIS. "La Enfermería en el Uruguay. Características actuales y perspectivas de desarrollo." MSP, 2011.
- División de RRHH del SNIS. "Dotación y Condiciones de trabajo de Enfermería en el Uruguay". MSP, 2012.
- División Economía de la Salud. "Informe asistencial, prestadores integrales de salud 2012." MSP, 2013.
- Facultad de Enfermería. "Avanzando en la mejora continua de la calidad de la enseñanza superior en enfermería". Udelar, 2009.
- Giordano, A y Hurtado, J. "Plan Piloto en Medicina Intensiva. Hospital Español "Juan José Crottogini", 2005.
- INE. "Estimación de pobreza por el método del ingreso 2012. <http://www.ine.gub.uy/comunicados/POBREZA/POBREZA0413.pdf>
- Ley N° 18211
- MSP. "La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009". MSP, 2009.
- Núñez, S. "Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007 – 2015". MSP, 2013.
- Núñez, S. "La Formación en el Área de la Salud de la Udelar". MSP, 2011.
- OPS. "Perfil de los Sistemas de Salud- Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma". 2009.
- OPS. "Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, Serie N|1. Extensión de la protección social en salud". 2003.
- OPS. "Profesionalización de auxiliares de enfermería en América Latina". 2005.
- Pellegrino, A. "Caracterización demográfica del Uruguay". FCS-Udelar, 2003.

Tabla 1. Cuadro comparativo del régimen anterior de trabajo médico y el acuerdo firmado en el año 2012

	Régimen anterior (Laudo 67)	Acuerdo 2012
Carga horaria	Baja carga horaria por cargo: 26 hs. mensuales en policlínica, guardia 24 hs. etc.	Cargos de 40 o 48 hs. semanales
Actividades por cargo	Fragmentación de cargos entre áreas de actividad. Cargos UNIFUNCIONALES. El horario de trabajo es exclusivo para la atención directa al paciente; no incluyen horas para tareas institucionales o de educación para la salud.	Cargos polifuncionales, que incluyen: policlínica, atención domiciliaria urgente y no urgente, urgencia y emergencia centralizada, actividades institucionales y de educación para la salud
Horas de trabajo continuo	Guardias de 24hs	Guardias de un máximo de 16hs de trabajo continuo
Incidencia del pago variable	50% Montevideo	Máximo 25%
Forma de pago variable	En Montevideo Policlínica: fijo + acto (50% cada uno) Radio: 100% por acto (sin límite de llamados por hora) Puerta: 100% fijo Block: 100% por acto	Policlínica: fijo (75%) + pago variable que prioriza la referenciación de la población y el correcto registro en la historia clínica Radio: fijo (75%) + pago por consulta (máximo 3 llamados por hora) Puerta: a definir la forma de pago variable Block: fijo (75%) + pago por acto
Referenciación de la población	No existe.	Método de referenciación basado en la libertad de elección del usuario, la carga horaria del médico, la utilización esperada de los usuarios por edad y sexo y la cantidad de consultas por hora laudadas.

Resumen de los programas y acciones relacionados a los RRHH de la salud desde el 2005 al 2013

Tabla 3: Gestión y planificación de RRHH de la salud

Período de referencia	Programas y Acciones	Leyes/ Acuerdos/Mecanismos	Objetivos y Resultados
2005	Reinstalación de la negociación colectiva.	Ley de negociación colectiva del sector privado y el público.	Se reinstalan a nivel de todos los sectores de la economía de los consejos de salarios, pero en el caso de la salud se incorpora a los mismos el MSP para alinear las políticas laborales a las sanitarias.
2005-2008	Creación de sistemas de información de RRHH de la salud.	Creación del SCARH.	Recabar datos de todos los trabajadores del sistema.
		Informatización del proceso de registro de profesionales.	Tener una base de datos de todos los profesionales, técnicos y auxiliares registrados en el MSP.
		Censo de RRHH de la salud.	Conocer las características básicas de las personas que se desempeñan en el campo de la salud. Colaborar a actualizar los sistemas de información.
2010	Creación de la División de RRHH del SNIS		Construcción y diseño de políticas para el desarrollo de los RRHH del SNIS acordes a la realidad sanitaria de la población, las necesidades y objetivos del sistema de salud, y a las expectativas y derechos de los usuarios del sistema
2011-2012	Fortalecimiento de los Sistemas de Información	Creación del SHARPS	Registrar, habilitar y controlar la formación de los recursos humanos en salud.
2012 - 2013	Creación del ORHS	Convenio de constitución del Observatorio en Uruguay: MSP-UDELAR-ASSE-SMU-FEMI-FUS-FFSP – prestadores de salud privados – Sanidad Militar	Construcción, análisis y difusión de conocimiento para la elaboración e implementación de los procesos de regulación, formación, desarrollo y formulación de políticas y planes de RRHH en Salud en el marco de los principios y valores rectores del SNIS y las necesidades sanitarias de la población del país.

		Primer plenario del observatorio	El plenario instala definitivamente el observatorio, definiendo las líneas estratégicas de trabajo para 2013 y aprobando el reglamento de funcionamiento del mismo.
2012-2013	Incorporación de la información de los RRHH de la salud del resto de los prestadores de salud	Acuerdos con las Emergencias Móviles y con los Prestadores Públicos	Contar con información de todos los RRHH de la salud que se encuentran trabajando en el país.

Tabla 4: Condiciones de Trabajo

Período de referencia	Programas y Acciones	Leyes/ Acuerdos	Objetivos y Resultados	Indicadores
2005 en adelante	Aumentos salariales de ASSE.	Rendición de Cuentas 2007.	Mejorar el nivel de vida de los trabajadores de ASSE	Variación del salario real de los trabajadores de ASSE
			Reducir las brechas salariales entre los trabajadores de las IAMC y los de ASSE	Salario real ASSE / salario real IAMC por categoría.
			Disminuir la brecha en la dotación de trabajadores de ASSE con relación a las IAMC	Cantidad de RRHH de ASSE cada 1000 usuarios/cantidad de RRHH en las IAMC cada 1000 usuarios
2005 en adelante	Aumentos salariales en el sector privado a través de negociación tripartita	Acuerdos consejos de salarios sector privado.	Mejorar el nivel de vida de los RRHH de la salud, recuperando el salario real perdido en la última crisis económica del país.	Variación del salario real de los trabajadores del sector privado.
2007 en adelante	Presupuestación de	Acuerdos entre ASSE- SMU-	Disminuir el empleo precario	Evolución de la cantidad de contratos

	trabajadores en ASSE	FEMI- SAQ- FFSP	Evitar el traslado de los RRHH de la salud al sector privado Aumentar el compromiso de los RRHH de la salud hacia la institución	precarios/ total de trabajadores en el sector público
2008	Creación de CAD para especialidades médicas con escasez en ASSE	Acuerdo Médico ASSE-SMU-SAQ 2008	Captar especialidades que escaseaban en ASSE, contribuir a terminar con el multiempleo, retener más horas al trabajador dentro de la institución.	Evolución de la cantidad de horas de especialidades críticas por 10000 usuarios de ASSE. CAD médicos/total cargos médicos.
2008	Nuevos beneficios a los trabajadores no médicos del sector privado.	Acuerdo MSP-SMU-FUS-Empresas-MEF-MTSS. 2008	Más allá de los aumentos salariales el objetivo fue mejorar las condiciones de trabajo. (Cambios en los sistemas de libres rotativos, creación de comisión de género, etc.)	
2011	Ley de reglamentación del ejercicio de la enfermería	Ley Nº 18815	La presente ley tiene por objeto consagrar el marco jurídico que regulará por su orden el ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y la actividad del personal que se desempeña como auxiliar de enfermería en Uruguay	
2012	Propuesta de un laudo médico único nacional.	Acuerdo MSP-ASSE-SMU-MEF – MTSS – Presidencia de la República.	Evitar la competencia por los RRHH de la salud en los distintos sectores, disminuyendo las brechas salariales entre ambos sectores y tendiendo a homogeneizar tareas, cargos y funciones en el SNIS.	Evolución de las brechas salariales entre ambos sectores.
2012-2013	Creación de CAD en el	Acuerdo MSP-SMU-MTSS-	Priorizar el primer nivel de atención.	Evolución de la cantidad de CAD por

	Sector privado.	MEF-Instituciones.		institución. Cantidad de CAD médicos/cantidad de cargos médicos.
			Disminución de las horas de guardia interna.	Horas promedio de guardia interna por médico.
			Disminuir el multiempleo.	Evolución del número de instituciones en dónde cumple servicios cada médico.
			Nuevo sistema de remuneración a través de referenciación de los usuarios.	Cantidad de usuarios referenciados a un médico de cabecera.

Tabla 5: Formación de los RRHH de la salud

Período de referencia	Programas y Acciones	Leyes/ Acuerdos/Mecanismos	Objetivos y Resultados
2009	Nuevo plan de estudio de la FMED.	Plan de Estudios de la Carrera de doctor en Medicina, aprobado por la Asamblea del Claustro de la Facultad en su Sesión del día 27 de diciembre de 2007.	Actualizar las metas formativas para acompasar los cambios del sistema de Salud. Se basó, además, en la intención de contribuir a una transformación social y sanitaria que debía contener y sustentarse en una reforma educativa.
2009	CCE/MEC en la Facultad de Enfermería.		Aumentar la dotación de Lic. De enfermería en el país reconvirtiendo las auxiliares de enfermería.
2009	Aumento de cupos de residencias médicas.	Ley de residencias médicas 18459.	Aumentar la dotación de especialidades que se consideran críticas en el país.
2011	Creación del Nodo Virtual.	Firma de creación por MSP-BPS-ASSE-OPS-FMED-FENF.	Crear una red para compartir y colaborar en los procesos educativos en salud pública.

Tabla 6: Distribución de RRHH de la salud

Período de referencia	Programas y Acciones	Leyes/ Acuerdos/Mecanismos	Objetivos y Resultados
2009	Proyectos UDAS y UDAD.		El objetivo es asegurar el acceso a servicios integrales de salud enfocado a todos los habitantes residentes del medio rural.
2011	Proyecto de Salud Rural.	Documento elaborado y validado por los distintos actores.	Contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de la población rural desde un enfoque integral, a través de la generación de espacios de vida dignos, habitables y saludables, con acceso universal a servicios de salud de calidad en toda la población rural del país.
2012	Discusión interministerial sobre la conformación de los equipos de salud del primer nivel de atención (ESPN).	Documento que da inicio a la temática, y deja laudada la integración de los equipos de salud.	Elaborar un plan de formación de los ESPN, delineando una imagen objetivo de la organización, las funciones y responsabilidades de estos equipos como grupos asistenciales dentro del primer nivel de atención.
2012-2013	Proyecto de territorialización de ASSE	Documento: "Sistematización de la información asistencial y económico – financiera de ASSE en el marco del proceso de regionalización".	Sistematizar los datos de población, producción asistencial e información económico – financiera.
			Descentralización de ASSE para mejorar la gestión y el acceso de los usuarios a los servicios de salud a nivel de todo el territorio nacional.

2012-2013	Recolección de información enfocada a los RRHH de la salud de cada localidad del país.	Solicitud de información a cada prestador privado del SNIS por cada sede secundaria o filial.	Mejorar el diagnóstico sobre la distribución territorial de los RRHH de la salud con el fin de contribuir a mejorar el acceso de los usuarios al sistema de salud.
------------------	--	---	--