

DT 01/13

**Los desafíos de
Toronto
Medición de las
Metas Regionales de
recursos humanos
para la salud
2007 – 2015
Uruguay**

Lic. Sergio Núñez

Lic. Sergio Núñez

Resumen

En el presente trabajo se informa sobre la situación de Uruguay con respecto a las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (RHS). El trabajo se configura como una segunda medición de estos desafíos, a partir de la línea de base elaborada en el 2011.

A nivel general Uruguay muestra tener un desempeño satisfactorio en relación a los objetivos planteados en los 5 desafíos. Si bien hay mucho por recorrer, los logros alcanzados hasta el momento en materia de RHS no son menores, aun cuando se registren algunos desequilibrios de dotación de ciertos RHS.

Del informe se desprende que hasta el momento Uruguay ha logrado alcanzar un 75% de los objetivos planteados en los Desafíos de Toronto.

En suma, el documento presenta de forma detallada los resultados de una segunda medición, abriendo perspectivas para el desarrollo y la reflexión de la situación actual de los RHS en materia de dotación, distribución y otros aspectos que se conjugan en el campo de la salud.

I. Introducción.....	4
II. Desafío A.....	6
II.1 Meta 1. Razón de densidad de RHS de 25 por 10.000 habitantes.....	6
II.2 Meta 2. Los médicos de AP excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.....	10
II.3 Meta 3. Formación de equipos de APS.....	13
II.4 Meta 4. Razón de Licenciadas en Enfermería/Médicos.....	14
II.5 Meta 5 Formación de unidad de RHS.....	17
Representación gráfica de los logros alcanzados.....	19
III. Desafío B.....	20
III.1 Meta 6. Distribución equitativa de trabajadores de la salud entre zonas urbanas y rurales.....	20
III.2 Meta 7. Trabajadores de APS con competencias interculturales.....	23
III.3 Meta 8. Perfeccionamiento de competencias de técnicos y auxiliares de salud.....	25
III.4 Meta 9. Retención del trabajador de la salud en su propia localidad de nacimiento.....	28
Representación gráfica de los logros alcanzados.....	31
IV. Desafío C.....	32
IV.1 Meta 10. Adopción de un código de prácticas para reclutar RHS internacionales.....	32
IV.2 Meta 11. Desarrollo de políticas de autosuficiencia de RHS.....	35
IV.3 Meta 12. Mecanismos de reconocimientos de RHS formados en el extranjero.....	39
Representación gráfica de los logros alcanzados.....	42
V. Desafío D.....	43
V.1 Meta 13. Empleo precario y protección social de los trabajadores de la salud.....	43
V.2 Meta 14. Programas de seguridad social y laboral para los trabajadores de la salud.....	45
V.3 Meta 15. Proporción de Directores Técnicos con competencias en salud pública.....	49
V.4 Meta 16. Mecanismos de negociación y legislaciones laborales.....	50
Representación gráfica de los logros alcanzados.....	51
VI. Desafío E.....	52
VI.1 Meta 17. Reorientación de la formación a la APS.....	52
VI.2 Meta 18. Programas para atraer y formar estudiantes de bajo recursos.....	54
VI.3 Meta 19. El abandono de Enfermería y Medicina no pasará del 20%.....	57
VI.4 Meta 20. Reconocimiento y acreditación de Instituciones formadoras de RHS.....	60
Representación gráfica de los logros alcanzados.....	61
VII. Consideraciones finales.....	62
Referencias bibliográficas.....	64

I. INTRODUCCIÓN

I. Introducción

En el presente informe se resume y se recopila información sobre las “Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015”, aprobadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su resolución CSP27/10 del año 2007. Teniendo como finalidad describir la situación y desafíos que Uruguay deberá afrontar para lograr los objetivos planteados. El lineamiento metodológico seguido para la elaboración del informe es el propuesto por la OPS.

Los desafíos de Toronto

Las metas regionales se organizan de acuerdo a cinco desafíos críticos explicitados en la Agenda de Salud para las Américas y en el Llamado a la Acción de Toronto. Son un proceso basado en el desarrollo de planes de acción nacionales encaminados a alcanzar las metas regionales, guiado por los principios de equidad, panamericanismo y apoyo mediante la cooperación activa entre países.

Los cinco desafíos en los cuales se organizan las metas abordan temas cardinales para un adecuado desarrollo en materia de planificación y gestión de los RHS.

Desafíos:¹

- A. Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente.
- B. Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones.
- C. Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación.
- D. Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y que

¹OPS; Resolución CSP27/10, 2007.

propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

- E. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

Para la construcción y evaluación de las metas, la OPS ha realizado un manual de medición de líneas de base, el cual tiene como objetivo “proporcionar un documento de referencia estandarizado para los países de la Región que clarifica los términos y parámetros de cada una de las veinte metas de la resolución...”² Esto permite realizar la comparación de los resultados entre los países de la región. *No obstante cabe reconocer que la realidad de cada país muestra particularidades que no pueden ser contempladas en la globalidad de las metas, situación a la cual Uruguay no escapa. Se podrá entonces, observar en el material, que algunas de las metas planteadas no son aplicables en su totalidad a nuestra realidad y tampoco medibles tan cuantitativamente.*

En el material aquí desarrollado se podrá también observar la evolución de estos indicadores a lo largo de diferentes períodos.

Las metas regionales, el lanzamiento de los Observatorios de RHS, el llamado a la Acción de Toronto, entre otros, son las herramientas que en los últimos años se han consensuado para ahondar en el diagnóstico de situación de los RHS en la región.

²OPS; Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015.

II. DESAFÍO A

Desafío A

Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente

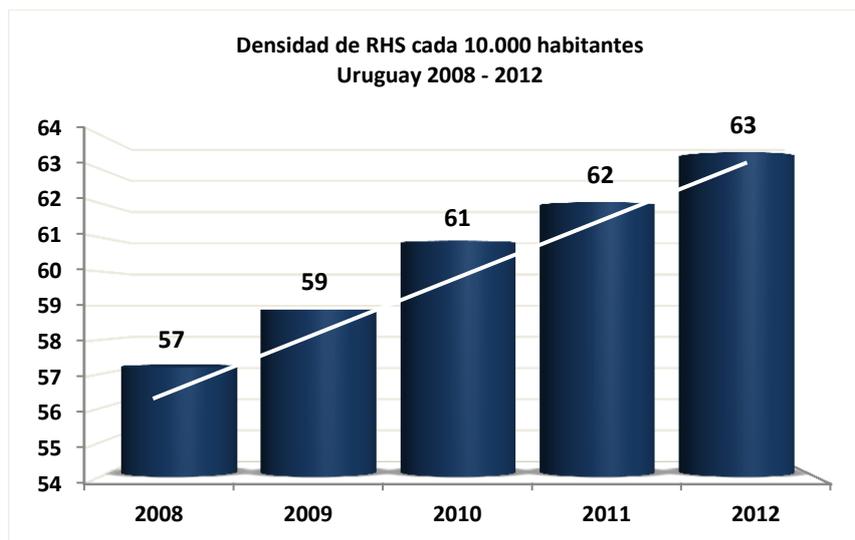
II.1 Meta 1: Todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000 habitantes.

El propósito de esta meta es demostrar cuál es la relación entre el número de habitantes de un país y el número de RHS, con la finalidad de advertir los posibles déficit y sobreproducción de estos recursos. La densidad de RHS, de 25 profesionales por 10.000 habitantes, queda delimitada, según la definición de la OPS, por la suma de médicos, enfermeras³ (universitarias) y parteras.

INDICADOR PROPUESTO

Nº de médicos + enfermeras + parteras en el año	X 10.000 habitantes
Total de la población de un país en el año t	

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia. Datos: Caja de Jubilación y Profesionales Universitarios (CJPPU) Instituto Nacional de Estadísticas (INE): Proyección de Población período 1996 – 2025.

³ Licenciadas en enfermería

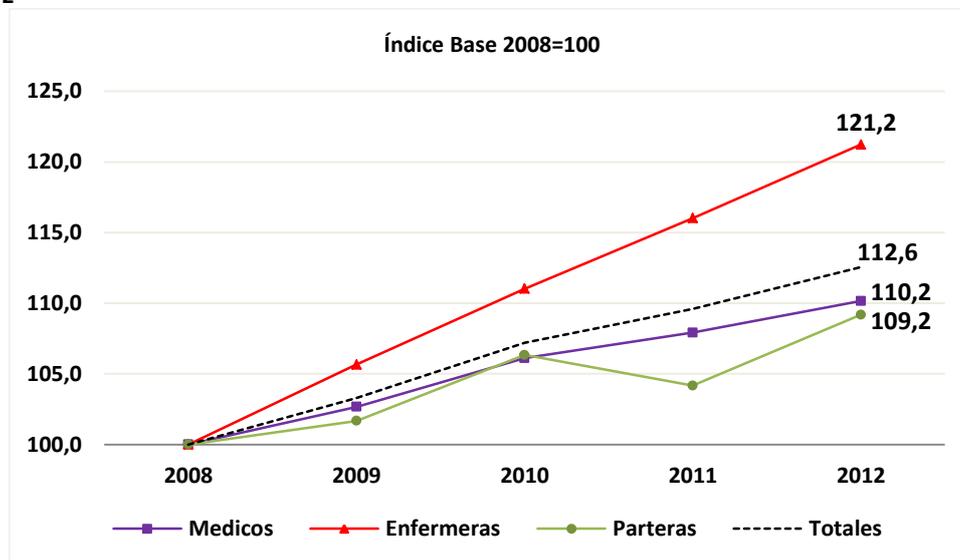
En la gráfica se expresa la densidad de estos RHS con respecto a la población. Como se observa, dicha relación está muy por encima de los parámetros mínimos de 25 cada 10.000 habitantes. En los años considerados se percibe que la oferta de estos RHS tendió a aumentar, llegando al 2012 con una razón de 63 cada 10.000; la evolución fue, a su vez, creciente a lo largo de todos los años.

A partir de esta información se puede señalar que comparado con otros países de la región y del mundo, en términos generales, Uruguay parece no presentar mayores problemas al momento de evaluar la disponibilidad de RHS por habitantes.

Pero pese a este escenario beneficioso que muestra Uruguay con respecto a la disponibilidad de RHS por habitantes la composición de las diferentes categorías en el conjunto de los RHS es muy dispar y presenta preocupaciones cuando se la analiza desagregadamente.

Si bien la relación entre profesionales es analizada en otras metas, parece oportuno realizar un breve repaso de cómo ha venido evolucionando el número de estos profesionales en los últimos años y cuál es el peso que cada uno tiene en el conjunto de esta población, que se define como la sumatoria de médicos, licenciadas en enfermería y parteras. A continuación se presenta dicha evolución:

Gráfico 2



Fuente: Elaboración propia. Datos Caja Jubilaciones Pensiones de Profesionales Universitarios (CJPPU)

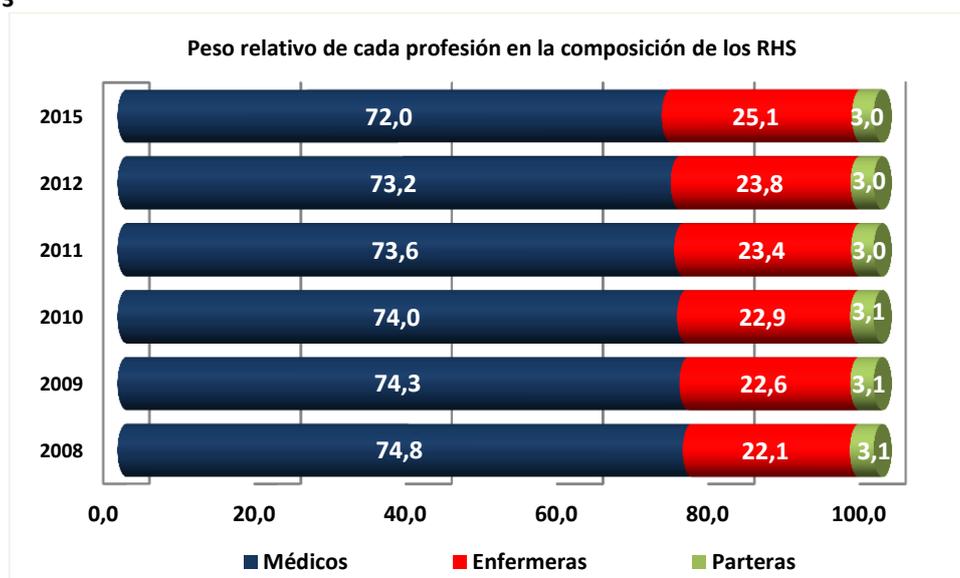
Al graficar la variación que experimentaron las tres profesiones a lo largo de 5 años se ve con mayor precisión la evolución creciente mencionada anteriormente. No obstante esta evolución fue proporcionalmente diferente en las tres categorías; el incremento más importante lo experimentan las/os Enfermeras/os, un 21,2% con respecto al año base. Si se tiene en cuenta

la variación general de las tres profesiones se interpreta que enfermería es la única que muestra un incremento por encima de este valor en todos los años.

Mirando de forma más detallada y a nivel general el aumento conjunto de las tres categorías fue de un 12,6%; con una tasa anual de crecimiento del 2,9%. De mantenerse este ritmo, se espera que para el 2015 tengamos 23.456 médicos, licenciadas y parteras, lo que equivale a decir que habrá un incremento de la disponibilidad de estos recursos por habitante; esto se hace más visible si se tiene en cuenta que el ritmo de crecimiento de los RHS será bastante más superior al previsto por la población uruguaya. Para mediado de esta década se contaría con 69 RHS por cada 10.000 habitantes algo que desde un punto de vista general es sumamente positivo. Sin embargo el desequilibrio entre la disponibilidad de ciertos RHS continuara siendo una problemática latente.

Al referirnos al peso que cada categoría tiene en la composición (entendiendo por categoría a cada una de las profesiones) de los RHS se hace perceptible el desbalance interno entre profesiones.

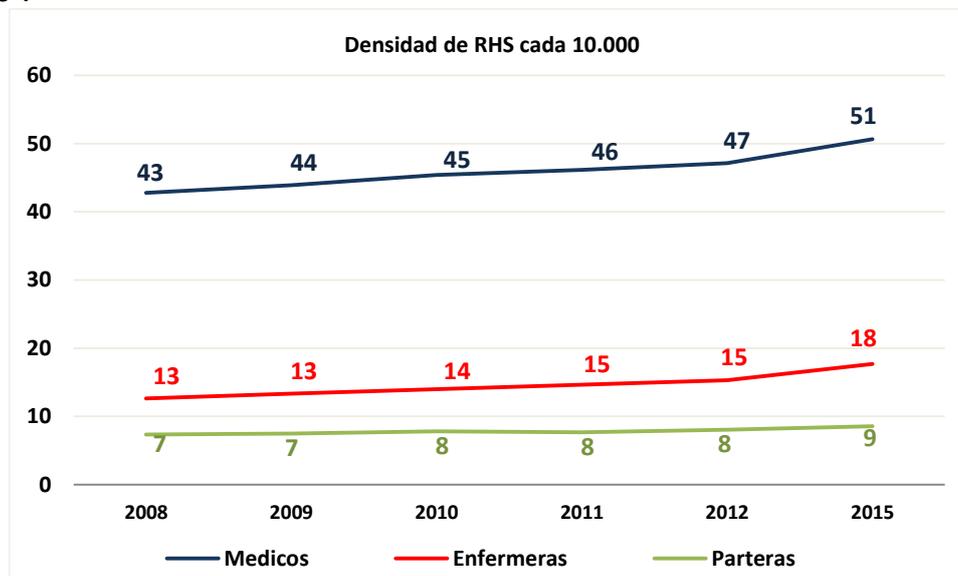
Gráfico 3



Fuente: Elaboración propia. Datos Caja Jubilaciones Pensiones de Profesionales Universitarios (CJPPU)

En la gráfica se muestra la composición y el peso que cada profesión tiene en el conjunto del grupo (médicos – enfermeras – parteras). La representatividad de los médicos en términos porcentuales es sustancialmente superior en todos los años a las demás categorías. Asumiendo solamente los médicos como parámetro de referencia se interpreta que su densidad con respecto a la población es una de las más elevadas de América Latina. A lo largo de estos últimos 5 años los parámetros de relación se ubicaron por encima de 40 médicos cada 10.000 habitantes y con una tendencia de aumento que en términos estimativos llegaría al 2015 con una razón de 5 médicos cada 1.000 uruguayos. Igualmente esta situación no es la que se percibe para las restantes profesiones, en la cual su densidad con la población es bastante menor.

Gráfico 4



Fuente: Elaboración propia. Datos Caja Jubilaciones Pensiones de Profesionales Universitarios (CJPPU) Instituto Nacional de Estadísticas (INE): Proyección de Población período 1996 – 2025.

Si se asume como umbral de referencia y parámetro mínimo de densidad de 25 profesionales cada 10.000 habitantes, el déficit de enfermeras y parteras es elevado. Claro está que dicha relación es una medida estándar que se refiere al conjunto de los RHS, por lo cual cabría preguntarse si esta densidad es la esperada para cada categoría.

Como se describe en la gráfica, la disponibilidad de enfermeras era para el 2008 de 13 cada 10.000 habitantes; a partir de las estimaciones realizadas y tomando como base el escenario actual se espera que para el año 2015 se cuente con 18 enfermeras por 10.000 uruguayos. Pese a que la disponibilidad de enfermeras ha venido en aumento, las diferencias en términos reales entre el número de médicos y estas profesionales también se han incrementado, pues aún se siguen formando más Doctores en Medicina que Lic. Enfermería.

Las parteras⁴ muestran mantener una regularidad en cuanto a su disponibilidad y relación poblacional. Igualmente el caso de las parteras representa una cuestión bastante particular que amerita un análisis más profundo y estricto, ya que la deficiencia en el número de parteras se contrapone con el hecho de que Uruguay es uno de los países mejores posicionados de América Latina en partos asistidos por personal calificado. La deficiencia de parteras en Uruguay se compensa con una dotación relativa superior de ginecología, es decir que esa deficiencia en lugar de traducirse en deterioro de la calidad asistencial se traduce en problemas de eficiencia. Para el 2012 y de acuerdo a datos de la Unidad de Información Nacional de Salud, la proporción de partos asistidos por personal calificado llegaba al 99,5%.

⁴ Población de referencia para el cálculo de la densidad (mujeres de 15 a 49 años de edad)

II.2 Meta 2: Las proporciones regionales y sub-regional de médicos de atención primaria excederán el 40 % de la fuerza laboral médica total.

La finalidad de esta meta es mejorar y fortalecer la dotación de médicos en el primer nivel de atención de la salud. Para eso, se deberá enfatizar en una adecuada capacitación y adaptación de la fuerza de trabajo a los cambios del sistema de salud. Es necesario incrementar la cantidad de médicos dentro del equipo de Atención Primaria en Salud (APS), que proporcione una respuesta más amplia y efectiva para enfrentar las demandas de la comunidad.

“Un **médico de atención primaria** se refiere a una persona certificada en la profesión médica que está activamente involucrada en la entrega de servicios de atención primaria en salud públicos y/o privados, en puestos que no sean hospitales de atención aguda o de estadía prolongada (unidades sin internación). Esta definición no se refiere exclusivamente a graduados o especialistas en Atención Primaria en Salud/Salud Comunitaria.”⁴

INDICADOR PROPUESTO

Nº de médicos de atención primaria	X 100
Nº total de médicos certificados en el país	

INDICADOR UTILIZADO

Nº de médicos de atención primaria ⁵ en ASSE y IAMC	X 100
Nº total de médicos trabajando en ASSE y IAMC	

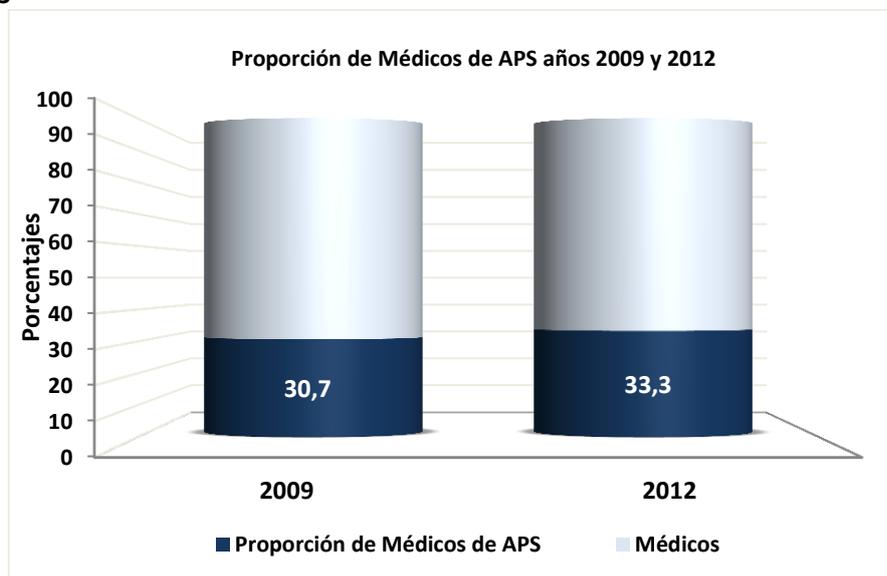
En virtud de las limitantes respecto a la disponibilidad de datos y la dificultad para su desagregación se ha trabajado con información correspondiente a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y la Administración de Servicio de Salud del Estado (ASSE). Dicha situación conllevó a incorporar una adaptación de los datos, el cálculo para el indicador se realizó en base al número de médicos en actividad de los prestadores mencionados, (sector privado IAMC y sector público ASSE). Un dato no menor es mencionar, que entre ambas instituciones concentran aproximadamente el 95% del total de los usuarios de los servicios de salud de Uruguay.

⁴ Tomado de Indicadores de las Metas Regionales de RHS 2007- 2015, Manual de Medición de Líneas de Base, p. 8.

⁵ Para configurar la población de profesionales de APS, se consideraron los médicos generalistas, ginecólogos, geriatras y médicos de medicina familiar y comunitaria trabajando en policlínica y radio.

Proporción total de médicos de atención primaria en ASSE y IAMC (2012)

Gráfico 5



Fuente: Elaboración propia. Datos SCARH - agosto 2012 y ASSE 2012.

Si se toma la población de referencia en su totalidad (sumatoria de médicos trabajando en ambos sectores) se obtiene una proporción de 33,3% de médicos de AP; 3 de cada 10 médicos de ASSE y IAMC desempeñaban actividades de Atención Primaria (AP) en el 2012.

El gráfico presentado también permite observar y comparar como era la proporción de médicos de AP en el 2009, donde los mismos representaban el 30,7% de la totalidad de la población de referencia de esos profesionales. En términos comparativos, se infiere entonces que hubo un aumento de la proporción de médicos que se dedican a la APS en el 2012 en relación al 2009.

II.3 Meta 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.

La conformación de los Equipos de Atención Primaria de Salud ha sido un tema de discusión en el pasado y en la actualidad, sobre el cual ha habido avances importantes.

En el ámbito de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), y en el marco de los contratos de gestión⁶, se ha avanzado en la materia. Se estableció una meta asistencial en el año 2010, por la cual las instituciones prestadoras de salud, públicas y privadas, deberían asignar un médico de referencia a cada usuario/a. De esta forma se ha procurado construir un vínculo estable y de continuidad a lo largo del tiempo entre el usuario y su médico.

El objetivo de conseguir que cada individuo tenga un médico de referencia, es asumir la responsabilidad de planificación del proceso asistencial de cada usuario del sistema. Direccionarse a partir de esta iniciativa es evitar la fragmentación en el continuo asistencial. Así mismo dicho proceso puede ser considerada como el principio para la instrumentación de un segundo paso, que significa justamente el tránsito de una atención de un único profesional al tratamiento del paciente por parte de un equipo de salud multidisciplinar referente.

Es siguiendo este lineamiento que a lo largo de los primeros meses del año 2012, se comenzó un proceso de elaboración de pautas y consideraciones para la elaboración de un documento base que sirviera de punto de inicio y discusión sobre el tema de la configuración de los Equipos de Atención Primaria en Salud.

El resultado de esta iniciativa fue la configuración de un documento elaborado de forma conjunta por un grupo inter-direccional del MSP. El objetivo fundamental de este espacio de trabajo fue reorientar la discusión sobre la conformación de los Equipos de Salud de Primer Nivel (ESPN), su lugar en el proceso asistencial y su pertinencia como parte fundamental en la reforma de la salud.

El documento plantea definiciones claves para la elaboración de 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.

La sustentabilidad de las definiciones expuestas en el documento se basó en los principios de accesibilidad, universalidad, calidad y equidad de la atención en salud, principios que se encuentran en la base del Nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

⁶ Los Contratos de Gestión pueden ser definidos como un instrumento eficaz para el logro de los objetivos de políticas sanitarias delineados en el marco de la Reforma de la Salud. Los contratos de la JUNASA con Prestadores Integrales de Salud tienen como finalidad establecer las obligaciones asistenciales de gestión y de financiamiento, que asumen las partes, en el marco de los principios del SNIS.

TABLA DE CONTENIDOS I				
DIMENSIONES A CONTEMPLAR		SI	NO	p [®]
1. Programa nacional para la conformación de EAP				9
2. Porcentaje de la población cubierta por los equipos de AP			X	
3. Utilización de redes comunitarias			X	
4. El programa cubre a población vulnerable			X	
5. Cobertura de poblaciones vulnerable	Mujeres embarazadas de alto-riesgo		X	
	Grupos étnicos		X	
	Niños		X	
	Grupos religiosos		X	
	Adultos mayores		X	
	Grupos culturales		X	
	Personas con discapacidad		X	
	Personas de bajo recursos		X	
	Personas con trastornos mentales		X	
	Idiomas ancestrales		X	
6. ¿Cuáles son, por lo general, los grupos profesionales incluidos en los equipos de atención primaria de la salud?	Médicos		X	
	Enfermeras		X	
	Parteras		X	
	Trabajadores comunitarios		X	
	Técnicos de saneamiento básico (Inspector sanitario)		X	
	Auxiliares de la salud (Aux. de enfermería)		X	
7. Qué conjunto de competencias amplias son requeridas actualmente en los equipos de atención primaria de la salud	Diagnóstico y manejo de condiciones crónicas y agudas		X	
	Cuidado prenatal y postnatal		X	
	Prevención de enfermedad y discapacidad		X	
	Rehabilitación después de enfermedad		X	
	Coordinación de los servicios de atención de la salud para poblaciones de alto riesgo.		X	

Fuente: Informantes Calificados del MSP/Área División de RHS del SNIS. Documento de Trabajo Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención.

[®] Parcial

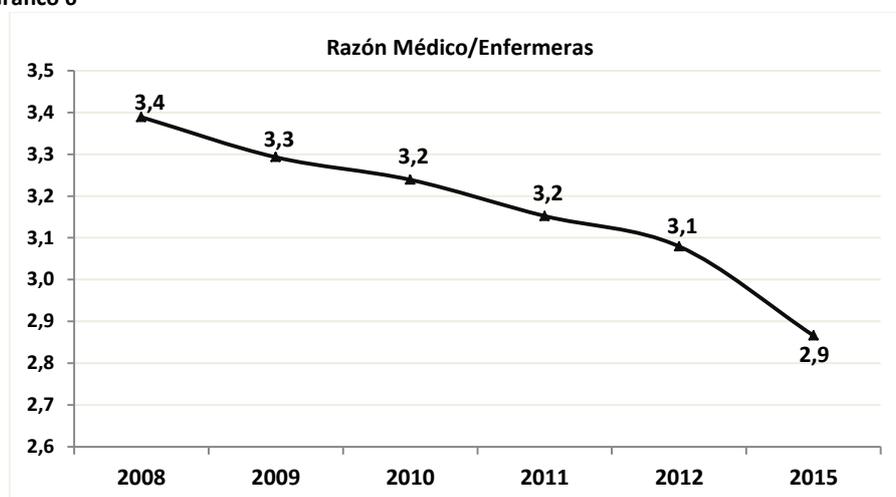
II.4 Meta 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.

El objetivo de esta meta es demostrar cuál es la relación existente entre la producción del personal médico y el personal de enfermería que podría afectar la composición de habilidades del equipo de salud. La meta mínima, en este caso, establece que por cada médico exista un/a enfermero/a.

Indicador propuesto

Nº total de médicos certificados que trabajan en el país
Nº total de enfermeras que trabajan en el país

Gráfico 6



Fuente: Elaboración propia. Datos Caja Jubilaciones Pensiones de Profesionales Universitarios (CJPPU)

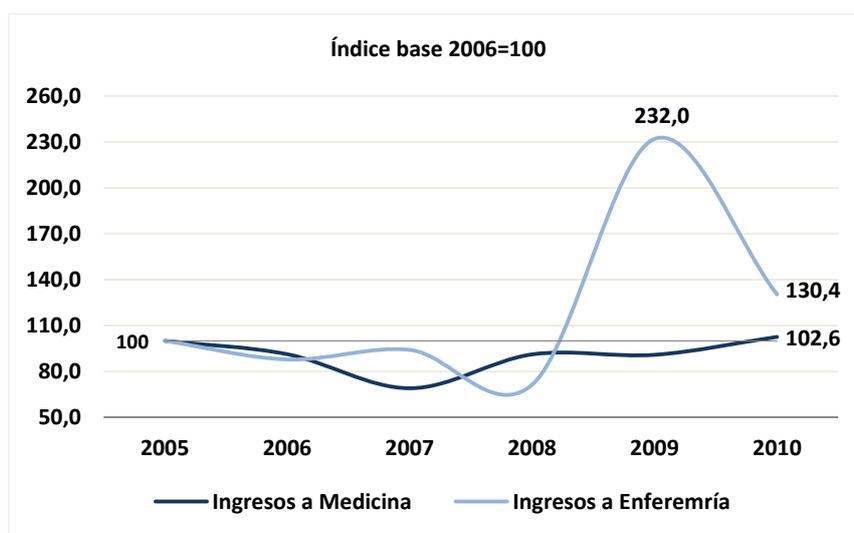
Los datos presentados en el gráfico 5 son muy claros a la hora de analizar la relación médicos/enfermeras, indicando una sobre-representación de los Médicos respecto a las Enfermeras. Si bien esta tendencia va disminuyendo, dicho proceso es lento y poco significativo. Prácticamente por cada 3,4 médicos se contabilizaba una enfermera para el año 2008, esta representatividad cae a 3,1 por 1 en 5 años. Estimándose que para el 2015 se tendrá una relación de 2,9 médicos por enfermera. Esta realidad supone que la brecha existente entre Médicos y Enfermeras tenderá a disminuir en el largo plazo.

De manera hipotética y realizando un ejercicio de proyecciones a partir de medidas que ya se han ido tomando en cuanto a la aceleración y formación de nuevas Licenciadas en Enfermería, se puede visualizar un futuro más prometedor en cuanto a la disponibilidad de Licenciadas.

De acuerdo a datos de la Universidad de la Republica el ingreso a la carrera de Licenciatura en Enfermería ha venido en aumento lo que significa que las probabilidades de futuros egresos son mayores.

Del 2005 al 2010 ingresaron a la Facultad de Enfermería de la UdelaR más de 4.000 estudiantes, mientras que a la Facultad de Medicina ingresaron en ese mismo período 5.732 estudiantes. Proporcionalmente el ingreso a la Facultad de Medicina fue un 43% más elevado que el registrado en Enfermería a lo largo de ese período. Pese a estas diferencias, la tendencia parece haber cambiado en el 2009 en donde el ingreso a Enfermería muestra un considerado incremento, que si bien no se mantiene en esas cifras en el 2010 los mismos siguen siendo considerablemente superiores a los años anteriores.

Gráfico 7



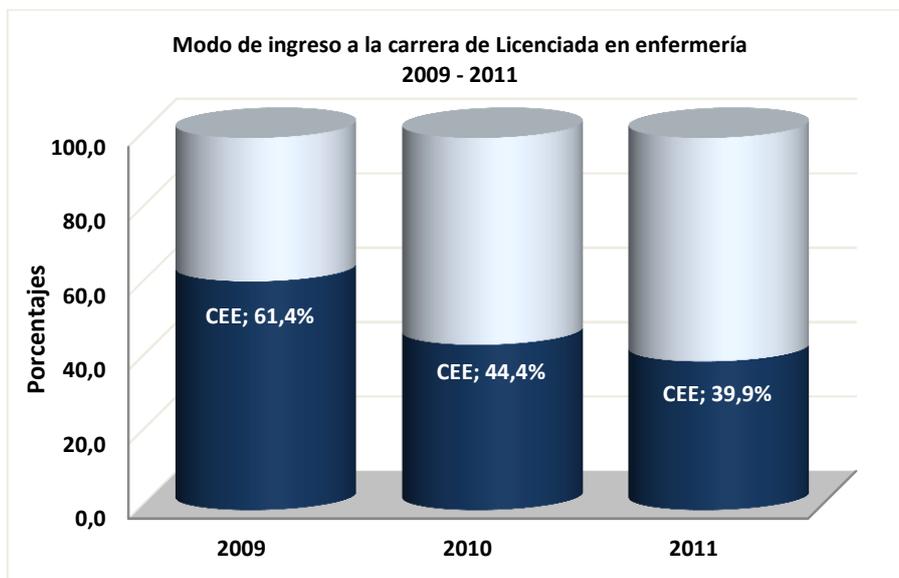
Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UdelaR

El crecimiento que experimentó enfermería en el 2009 fue de más del 100% en relación al año base. Sin entrar en mayores detalles se puede explicar dicha situación refiriéndonos al modo de ingreso a la carrera de enfermería.

Estas modalidades de ingreso a enfermería pueden diferenciarse según el ingreso Tradicional plan 93 o mediante la Carrera Escalonada/Plan Modulo de Enlace Complementario. Esta nueva modalidad responde a los componentes del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería, para el tránsito horizontal a la Licenciatura de Enfermería.

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. Ya en el 2010 y 2011, si bien se percibe una caída de ingresos a la carrera de enfermería por medio de esta modalidad, la proporción de estudiantes que elige esta manera de realizar la licenciatura es aun importante. En promedio, en estos tres años casi la mitad (48,4%) de los ingresos a la licenciatura se dieron por medio de la CEE.

Gráfico 8



Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UdelaR

Por ende se espera que esta medida incremente considerablemente el número de egresos, dicha suposición parte de la base de que existe una relación directa entre el número de ingresos y el de egresos (*a mayores ingresos mayores las probabilidades de egresos*), sin dudas es un razonamiento bastante lineal pero válido.

Por último y no menor es considerar y pensar si la relación médicos vs enfermeras en el Uruguay debería ser la de una igualdad proporcional. Ya que hoy, como se ha mostrado la densidad de médicos por habitantes es muy elevada y supera largamente los parámetros estipulados como mínimos por la OPS, por lo cual se debería repensar esta relación a la luz de la realidad que muestra tener nuestro país en cuanto a la disponibilidad de médicos.

II.5 Meta 5: Todos los países de la Región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.

En el año 2010, en el marco de la reestructura del Ministerio de Salud Pública (MSP), se creó la División de RHS de Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Dicha división tiene, entre otros, los siguientes objetivos:

- Desarrollar sistemas de información continua sobre las características de los RHS (cantidad, competencias y calidad), necesarias para la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en función de las necesidades de salud de la población.
- Coordinar con las instituciones formadoras, con las instituciones prestadoras y con las organizaciones sindicales, sociales y de usuarios, pautas para la adecuación de la formación de Recursos Humanos en el sector salud.
- Mantener un registro actualizado de los Recursos Humanos en el sector salud, que los habilite para el ejercicio de las profesiones, y que permita la construcción de información válida para la toma de decisiones y la planificación estratégica en el campo de la salud.
- Monitorear la situación de los Recursos Humanos del sector en los aspectos de formación y de mercado laboral, proponiendo a las autoridades planes de desarrollo que sirvan como insumos para la elaboración de políticas de RHS.

TABLA DE CONTENIDOS II			
DIMENSIONES A CONTEMPLAR	SI	NO	P [®]
1. ¿Existe una unidad/dirección de recursos humanos?	10		
2. Nivel de jerarquía en la organización ministerial: al lado del Ministro de Salud, en funciones de asesoría, o parte de los niveles de dirección nacional.	1		
3. ¿La unidad o función de recursos humanos desarrolla políticas de recursos humanos en salud a nivel nacional?	1		
4. ¿La unidad de recursos humanos planifica el número y tipo de recursos humanos que requiere el país?			0,5
5. ¿La unidad de recursos humanos provee una conducción estratégica de la gestión de recursos humanos en salud, la educación para el trabajo, el abordaje de sus problemas y determinantes para el sistema de salud, mecanismos para incentivar la ubicación geográfica de personas, existencia de la Ley de Carrera Sanitaria?			0,5
6. ¿La unidad de recursos humanos cuenta con un sistema de información actualizado que integre el inventario de sus recursos humanos en salud (número, tipo, localización y niveles educativos)?	1		
7. ¿La unidad de recursos humanos negocia relaciones intersectoriales con el sector educativo, empleador y gremial?	1		
TOTAL DE PUNTAJE ALCANZADO	15,0		

Fuente: Informantes Calificados del Ministerio de Salud Pública. Área División de RHS del SNIS.

La tabla de resultados muestra un logro casi perfecto en materia de configuración e integración de la División de RHS del MSP. Si bien las funciones estrategias pueden ser entendidas como amplias, desde la División de RHS del SNIS se han implementado diversas acciones direccionadas al desarrollo de políticas estratégicas que son en muchos casos la plataforma para toma de decisiones.

Para la interpretación de los datos establecidos en el cuadro de resultados, la OPS configura una tabla interpretativa, en la cual se resume de manera cuantitativa el porcentaje de la meta lograda en relación a la puntuación alcanzada en el cuadro de resultados. De acuerdo a esta puntuación cuyo valor máximo son 16 puntos, Uruguay logra un cumplimiento del 100%

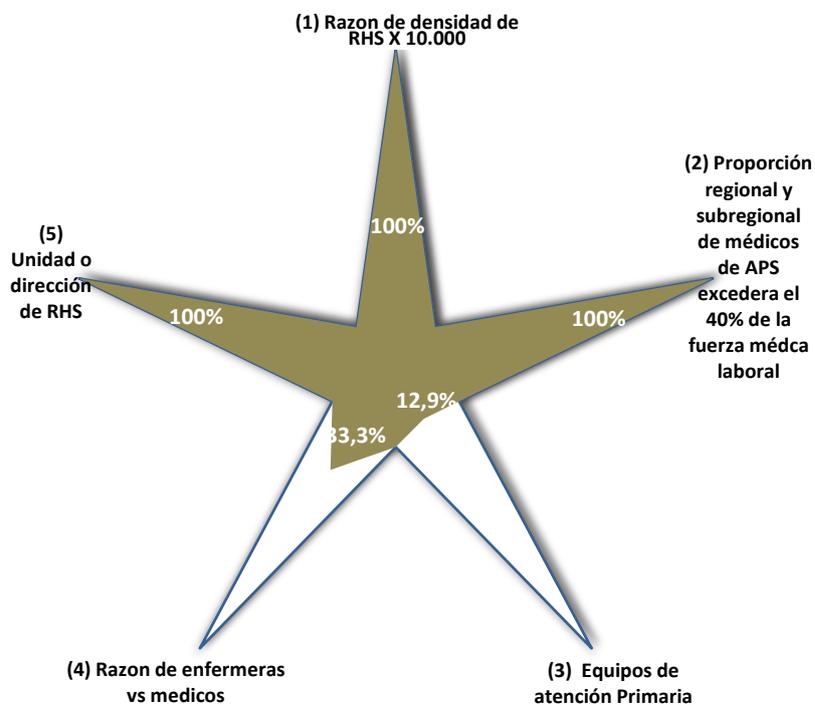
Tabla interpretativa de puntuación establecida por OPS

Puntos totales	Equivalencia en %
11 – 12	60%
13 – 14	75%
15 - 16	100%

[®] Parcial

Representación gráfica de los logros alcanzados

DESAFIO A



Fuente: Elaboración propia

DESAFÍO B

Desafío B

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.

III.1 Meta 6: La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.

Esta meta tiene como finalidad alcanzar una distribución geográfica más equitativa de los profesionales de la salud, entendiendo que existe una distribución asimétrica de la fuerza laboral entre zonas urbanas y rurales.

Uno de los primeros elementos a tener en cuenta a la hora de brindar un panorama de la distribución territorial de la fuerza laboral en el sector es la escasez de datos.

Las particularidades de quienes residen en estos territorios solo pueden ser analizadas a partir de datos provenientes de los censos realizados cada 10 años, o a partir de investigaciones esporádicas y parciales. Por ende, la información que se tiene sobre esta población es acotada, lo que limita también las inferencias que de ella se puedan efectuar.

Pero más allá de esto, es oportuno mencionar avances que desde el propio MSP se han venido realizando y que se refieren a un accionar de estrategias direccionadas a afrontar estas dificultades referentes a la inequidad distributiva de los RHS entre zonas.

Si bien esto es una problemática de largo tiempo, recién ahora se ha entendido la importancia de la equidad distributiva de los RHS como un mecanismo más para el desarrollo conjunto del país. Es siguiendo este lineamiento que el MSP desde mediados del 2010 ha dado inicio al *Programa Nacional de Salud Rural*, el cual fue entendido como una herramienta de la Salud Pública para aportar y contribuir a la concreción de la políticas de desarrollo integrales del medio rural.

“Este Programa se enmarca en el contexto de la Reforma del Estado, que confiere un marco de protección social comprometida en garantizar la cobertura de las necesidades básicas para toda la población y en la creación de condiciones que permitan el pleno desarrollo de la persona humana y en la profundización de la Reforma Sanitaria, ambos procesos iniciados en la administración anterior.

Como forma de agilizar estos procesos, el MSP ha adoptado una reestructura programática, creándose el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES), para superar la histórica fragmentación de acciones, intentando que los programas de salud sean verdaderas herramientas de transformación sanitaria.

De dicho Departamento depende el Área de Promoción de Salud y Prevención, APROPYEN, dentro del cual se enmarca el Programa Nacional de Salud Rural”⁷.

En términos generales se espera que el Programa de Salud Rural sea una herramienta que contribuya al desarrollo de la salud de esas zonas, pero que también se transforme en un mecanismo para combatir la pobreza y la marginación.

Objetivo general del programa: “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, mediante la plena participación de todos los involucrados en el proceso y generando espacios de articulación interinstitucional e intersectorial a nivel nacional-local-territorial, contribuyendo a la generación de conocimiento sobre el medio rural Uruguayo.

El Programa Nacional de Salud Rural apunta a abordar tres aspectos críticos: la *mejora de la accesibilidad* a los servicios de salud de los pobladores rurales, el acceso a una *atención integral a la salud*, brindada por un equipo interdisciplinario de salud con elevado nivel de capacitación y comprometido en mejorar la situación de salud de las personas, y el aseguramiento de la *continuidad de la atención* en todo el proceso asistencial”⁸.

Otra iniciativa para abordar el tema de la distribución surge de la propia División de Recursos Humanos en Salud del SNIS/MSP, que a lo largo de todo el 2012 trabajó la temática de la distribución con el objetivo de consolidar medidas y acciones que brinden respuestas a dicha situación. Es así que se elaboró un documento de trabajo sobre Distribución y Necesidades de RHS a nivel nacional, que incluye un diagnóstico exhaustivo sobre la situación de los profesionales en el territorio.

La finalidad de este documento, no es solamente descriptivo, sino que se lo ha entendido como el inicio de un proceso de cooperación para la búsqueda de metodologías concretas sobre la distribución y estimaciones de necesidades de RHS. Alineado a esto, una de las principales acciones que se tomaron en el marco del diseño de una política tendiente a mejorar la equidad territorial, fue la incorporación de la dimensión territorial al relevamiento de trabajadores del sector salud que realiza esta misma División de Recursos Humanos del SNIS. Junto al documento elaborado en el 2012, también se comenzó a releva los recursos humanos que trabajan en el subsector privado por localidad, lo que implica una mejora sustantiva en el conocimiento de la distribución territorial de los recursos humanos y su proximidad con la población. Si bien todavía no se cuenta con los resultados del relevamiento, dicha información estará disponible en muy corto plazo y será fundamental para el desarrollo de políticas en materia de recursos humanos.

⁷ Plan Nacional de salud rural. “Un medio rural habitable para un país de primera. Departamento de Programación Estratégica de Salud/MSP

⁸ Idem

Para lograr los objetivos y para el adecuado seguimiento de las tareas se configuró un equipo de trabajo interdireccional del MSP, coordinado por la División de RHS del SNIS, entre sus actividades se han planteado tareas como:

- Analizar los factores que determinan la distribución de RHS de modo de detectar la raíz de la problemática existente. Asimismo, estudiar cómo impactan dichos factores en las distintas poblaciones de RHS de modo de plantear políticas focalizadas.
- Trabajar en coordinación con el Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Uruguay (ORHSU) la estimación de necesidades de RHS a nivel territorial según las prioridades que se consideren.
- Evaluar la posibilidad de elaborar un plan piloto, proponiendo una batería de propuestas que contribuyan a mejorar la disponibilidad de RHS en una zona determinada y medir el posible impacto de dicho plan, de modo de plantear las políticas correspondientes que contribuyan a aumentar la oferta de trabajadores de la salud en las zonas del país subatendidas.

III.2 Meta 7: Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.

La finalidad de esta meta es reorientar al equipo de APS. Esto dependerá de que las habilidades, conocimiento de salud pública y competencias interculturales que posean sus miembros sean apropiadas y atiendan las necesidades de salud de las diferentes comunidades (étnicas, lingüísticas, religiosas y socioeconómicas).

Las competencias de salud pública realzan la capacidad de los profesionales de proporcionar atención integral basada en las necesidades de salud de la población, y las estrategias a implementar deben ser sensibles a los contextos culturales en que se llevan a cabo, con el fin de ser más eficientes.

Las competencias en salud pública incluyen, entre otras:

- Habilidad de desarrollar estrategias para la promoción de la salud.
- Vigilancia de factores de riesgo y condiciones epidemiológicas.
- Educación y tratamiento preventivo para prevenir enfermedad y lesiones.
- Conocimiento de la interacción de salud pública con los servicios de salud a nivel local.
- Capacidad de utilizar evidencias en la toma de las decisiones, políticas y desarrollo de programas y prácticas.
- Capacidad de llevar a cabo investigaciones, planear y evaluar.
- Promoción de alianzas, colaboración y abogacía.
- Capacidad de seguir y promocionar el bienestar y encarar las inequidades en el estado de salud.

Cabe mencionar que se han implementado cambios en los planes de estudios de Facultad de Medicina, Facultad de Enfermería y de las tecnicaturas, y se han desarrollado nuevos programas de capacitación para los profesionales de la salud, incorporando competencias de salud pública para su aplicación en la atención primaria, adecuadas a los cambios incluidos en la Reforma de la Salud, que ayudarán al cumplimiento de esta meta.

La Reforma de la Salud propone cambios en la práctica médica, para lo cual es necesario instrumentar cambios a nivel de la formación de grado, postgrado y capacitación continua. En relación a la capacitación para los equipos de salud del primer nivel, se realizó en el 2009 el Curso de Desarrollo Profesional Continuo para los Equipos del Primer Nivel de Atención, organizado por el MSP, la OPS y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR).

Nuevo Plan de Estudios en la Carrera de Medicina

Se implementó el Nuevo Plan de Estudios en la Carrera de Medicina, que partió de la necesidad de actualizar las metas formativas para acompañar 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.

La posibilidad de construir y sostener nuevos perfiles profesionales se basa en la oportunidad y la necesidad que ofrece el cambio del modelo asistencial, ya que permite la construcción de nuevas formas de actuación profesional y docentes que operan como modelos formativos.

El Nuevo Plan de Estudios privilegia la formación de un médico con la capacidad de promoción, prevención y cuidado integral de la salud, combinando la enseñanza con la atención de salud y el aprendizaje semiológico, referidos a las personas, las familias y los grupos sociales en los lugares donde estos viven, trabajan y estudian.

La carrera se organiza en tres etapas, las dos primeras de tres años cada una y la tercera de un año.

“El primer trienio establece las Bases de la Medicina Comunitaria. En él se estudia la condición de salud y el continuo salud-enfermedad junto a los factores medioambientales, biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales que en él inciden, y que amenazan el bienestar de las personas y las comunidades que integran. Así, se le aportan al futuro profesional los medios para contribuir a satisfacer las demandas sociales prioritarias en esta área, lo que implica la investigación y el desarrollo de programas de promoción de salud y prevención de enfermedades, y la adquisición de los fundamentos de los métodos epidemiológico y clínico y de las destrezas para el examen del individuo y las colectividades.

El segundo trienio se identifica con la Medicina General Integral en perspectiva de la persona enferma para su restitución a la sociedad. La tercera y última etapa de un año corresponde al internado, un “practicum” que propone consolidar los rasgos del ejercicio pre profesional supervisado”⁹.

Se trata de un emprendimiento académico trascendente con un desafío en el plano social, que apunta a reposicionar a la Medicina y a los médicos en su rol de profunda y reconocida contribución al bienestar colectivo.

⁹ 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.

III.3 Meta 8: 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.

Esta meta tiene como objeto la maximización del potencial de los recursos humanos de los servicios de salud por medio de enfoques que profundicen los nuevos roles dentro de equipos multidisciplinarios.

Se apunta a que todos los integrantes de los equipos de atención primaria de salud tengan las capacidades apropiadas y trabajen a su nivel óptimo de competencia dentro de entornos multidisciplinarios, con el objetivo de responder a las necesidades de la comunidad y a los requerimientos técnicos del sistema de salud que está en permanente cambio.

Programas de Capacitación y contrataos de gestión

En el contrato de gestión establecido entre la JUNASA y las instituciones prestadoras de servicios en el año 2009, se hizo énfasis en la esencialidad de la capacitación de los RHS en el primer nivel de atención. Para poder evaluar el cumplimiento de las obligaciones sumidas, los prestadores tuvieron que incorporar dentro de sus acciones, actividades de capacitación tanto dentro de la gestión clínica como administrativa, esto en cierta forma fue una estrategia asumida para mejorar la calidad de la atención.

Dichos Programas de Capacitación se implementaron en el año 2009 en base a una serie de áreas temáticas que se consideraban fundamentales para el adecuado desarrollo de la atención primaria en salud en el Uruguay, y que se corresponden a las actuales necesidades de la población.

Cuatro grandes temas fueron abordados en una primera etapa: *hipertensión, diabetes, violencia doméstica y tabaquismo*.

En un semestre, las instituciones de la salud debían lograr que el 20% de su personal —sobre todo el que trabaja en el Primer Nivel de Atención — estuviera capacitado en estas cuatro áreas¹⁰.

En el primer semestre de 2010 se realizaron más de 1.400 jornadas de capacitación a lo largo de todo el país, teniendo 12.823 participantes en total.

De esos 12.823 trabajadores, 7.167 finalizaron e l semestre habiendo recibido al menos 24 horas de capacitación en los 8 temas obligatorios de la Meta Capacitación: Hipertensión, Diabetes, Tabaquismo, Violencia Doméstica, SNIS, Epoc, Depresión y reanimación

¹⁰ Decreto 464/008 Contratos de Gestión MSP-JUNASA. CAMBIO DEL MODELO ASISTENCIAL Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN. "Trigésima Tercera - Capacitación de recursos humanos. El prestador deberá incorporar actividades de capacitación permanente en la gestión clínica y administrativa, como estrategia para mejorar la calidad de la atención. Para evaluar el cumplimiento de estas obligaciones, la JUNASA tomará en cuenta tanto las actividades que organice para su propio prestador, como aquellas ofrecidas por otros actores cuya realización facilite al mismo. Para la evaluación de las actividades en materia de educación médica, la JUNASA tendrá en cuenta, entre otros, los criterios de acreditación de la Escuela de Graduados."

cardiovascular. De los 7.167 trabajadores capacitados, 30% habían sido capacitados en el segundo semestre 2009, mientras que el 70% se incorporaron en el primer semestre del 2010¹¹. Estos programas de capacitación se desarrollaron entre los años 2009 y 2010, sin posibilidades de extenderlos a años posteriores.

NODO-Uruguay

“Otra iniciativa que apunta a la consolidación de un espacio de aprendizaje continuo y colaborativo es el NODO-Uruguay. Dicho espacio se constituye como una plataforma del Campus Virtual de Salud Pública en el Uruguay. Esto significa que, las instituciones miembros del NODO-Uruguay podrán usufructuar este espacio en pos de la capacitación, la actualización y la comunicación de temas referentes a la salud; tanto para funcionarios de los organismos involucrados como para la población en general.

De esta forma el Nodo UY proporciona las herramientas necesarias que permiten su desarrollo. Para ello el Nodo cuenta básicamente con: un Portal integrador, un Aula Virtual, un Repositorio de recursos educativos, un Foro de discusión y otras herramientas de comunicación. El Portal incluye información referente a las instituciones participantes, vinculada a noticias, presentación de publicaciones, difusión de eventos, socialización de recursos educativos, etc. El Aula Virtual es la herramienta utilizada para el aprendizaje en red y la gestión de la misma incluye la generación, administración y dictado de cursos asistidos o de auto-aprendizaje.

El Grupo de Dirección Nacional del Nodo-Uruguay, está integrado por los directores de las instituciones que conforman la red del Campus Virtual en el país o sus delegados, un representante de la Autoridad Sanitaria Nacional y un representante de la Oficina de País o de la Subregión de la OPS. Entre los directores de las instituciones se elige cada dos años al Presidente del Grupo.

Las funciones y obligaciones del nodo nacional y su Grupo de Dirección se fundamentan en las prioridades del país en el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública e incluyen:

1. Elaboración de propuestas de política, directrices e instrumentos para el nodo de país y/o subregión.
2. Promoción y establecimiento de criterios para la inclusión de nuevas instituciones en el nodo, la moderación de los foros y la gestión de proyectos asumidos.
3. Verificación del cumplimiento de acuerdos y compromisos.
4. Aceptar, reconocer y registrar las nuevas instituciones del nodo.
5. Evaluación de propuestas y proyectos presentados al nodo por las instituciones participantes o por entidades nacionales e internacionales dedicadas a la Salud Pública.

¹¹ Boletín N° 9, Metas Asistenciales. Octubre-Noviembre 2010.

6. Contribución con conocimientos especializados, técnicas, experiencias y recursos educativos en SP que respondan a las prioridades de los RH en el país y/o subregión.
7. Selección junto con las autoridades nacionales de los beneficiarios de los cursos.
8. Registro de tutores y personal capacitado por el nodo de país.
9. Difusión de las mejores prácticas y experiencias exitosas, mediante la aprobación de la estrategia de comunicación del CVSP.
10. Elaboración del Plan de trabajo y cronograma de actividades nacionales y/o subregionales del nodo del CVSP.
11. Realizar autoevaluación semestral del Nodo, según formulario en línea (febrero y agosto)¹².

¹² Gobernanza del Nodo Uruguay del Campus Virtual de Salud Pública para periodo de 2011-2012

III.4 Meta 9: El 30 % del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.

Históricamente, el crecimiento en el número de profesionales de la salud se ha concentrado en las áreas urbanas, contribuyendo al continuo desequilibrio en la distribución geográfica de la fuerza de trabajo de la salud como fue mencionado en la meta 6. La razón urbana de médico/población para algunos países de la Región es más de ocho veces mayor que el número de médicos en las áreas rurales. Muchos países han adoptado incentivos para atraer los profesionales de la salud a las áreas rurales, pero la mayoría solo han alcanzado logros modestos y de corto plazo.

INDICADOR PROPUESTO

Número total de trabajadores de APS practicando en su propia comunidad	X 100
Número total de trabajadores de APS actualmente empleados en el país	

Como forma de aproximarnos a la meta, se trabajó con información de los Sistemas de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS) y Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH), ambos del MSP.

La tabla de movilidad presentada a continuación, resume información de Médicos, Lic. en Enfermería, Aux. de Enfermería y Parteras.

La matriz muestra el intercambio de RHS existente entre lugar de nacimiento y lugar de trabajo sin discriminar si son o no trabajadores de APS. Se trabajó con una población total de 25.720 RHS, lo que en una instancia inicial nos permitiría ver de manera bastante representativa la capacidad que tiene cada departamento para retener sus RHS, la información corresponde al año 2012. Concretamente, la matriz presentada a continuación es un instrumento útil para medir características de la migración interna, en este caso particular ilustra la movilidad del conjunto de los RHS mencionados entre los 19 departamentos del Uruguay, (*la diagonal principal de la matriz, mide la fuerza de retención que cada departamento tiene*). Para una mejor visualización e interpretación de la información, los datos son presentados de forma porcentual.

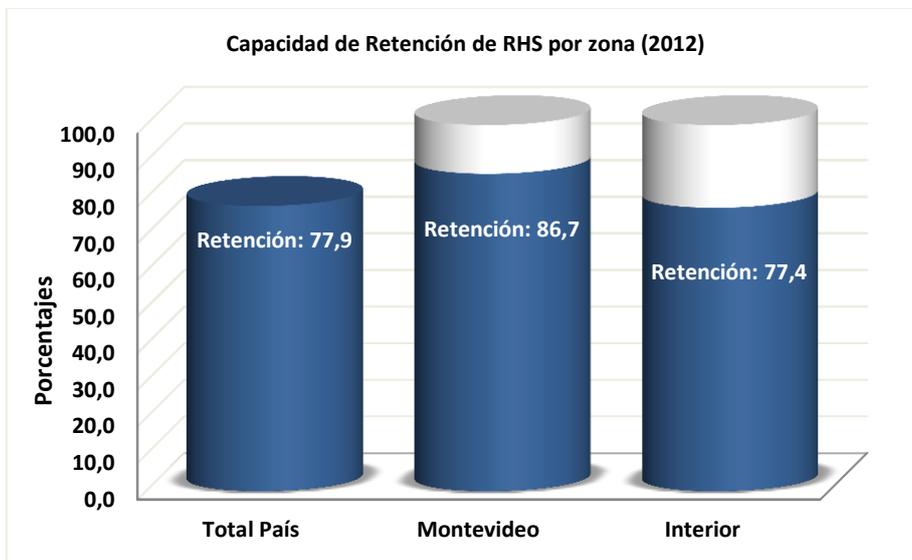
Matriz de movilidad 1.

DEPARTAMENTO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO Año 2012 (Porcentajes)																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Montevideo	87,8	6,5	60,4	6,5	24,5	6,0	3,9	12,0	13,1	10,1	4,2	5,8	6,6	5,5	9,8	34,5	11,1	6,5	10,6
2. Artigas	0,3	56,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	1,3	0,2	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0
3. Canelones	3,4	0,2	36,3	0,2	0,1	0,0	0,0	3,1	1,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,8	1,4	0,0	0,0	0,0
4. Cerro Largo	0,4	0,0	0,1	70,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,4	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	1,6
5. Colonia	1,3	0,0	0,4	0,5	71,6	0,0	1,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,3	0,8	2,3	0,0	0,0
6. Durazno	0,4	0,2	0,1	0,9	0,0	84,3	6,7	1,6	0,2	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	1,0	0,0
7. Flores	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2	2,0	84,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
8. Florida	0,5	0,0	0,3	19,8	0,0	1,1	1,7	79,6	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0
9. Lavalleja	0,4	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	1,3	75,1	0,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
10. Maldonado	1,3	0,9	0,8	1,1	0,1	0,6	0,6	0,3	5,4	86,7	0,4	0,7	1,0	2,7	2,3	0,9	0,2	0,5	1,6
11. Paysandú	0,3	0,6	0,0	0,0	0,1	0,6	0,0	0,3	0,2	0,0	90,4	2,9	0,0	0,0	2,7	0,2	0,2	0,5	0,0
12. Río Negro	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	82,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,8	0,0	0,0
13. Rivera	0,6	34,2	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,2	0,3	0,1	0,0	86,3	0,0	0,2	0,2	0,0	1,4	0,0
14. Rocha	0,8	0,2	0,2	0,0	0,0	2,0	0,0	0,3	0,2	1,7	0,0	0,4	0,3	90,2	0,0	0,0	0,0	0,2	1,6
15. Salto	0,2	0,6	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	79,4	0,0	0,0	0,0	0,0
16. San José	0,6	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,8	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	61,6	0,4	0,3	0,0
17. Soriano	0,6	0,0	0,2	0,2	2,8	0,0	1,1	0,0	0,0	0,1	0,4	6,9	0,0	0,2	0,5	0,0	84,5	0,0	0,0
18. Tacuarembó	0,5	0,0	0,3	0,4	0,0	2,6	0,0	0,5	0,0	0,0	0,3	0,4	3,8	0,0	0,5	0,0	0,2	89,4	0,4
19. Treinta y Tres	0,3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,6	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	83,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia. Datos Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH)-(Febrero 2012); Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS)-(Marzo 2011)

Como forma de facilitar la interpretación de los datos se presenta el siguiente gráfico, que sintetiza de forma agregada y promedial el conjunto de los datos:

Gráfico 9.



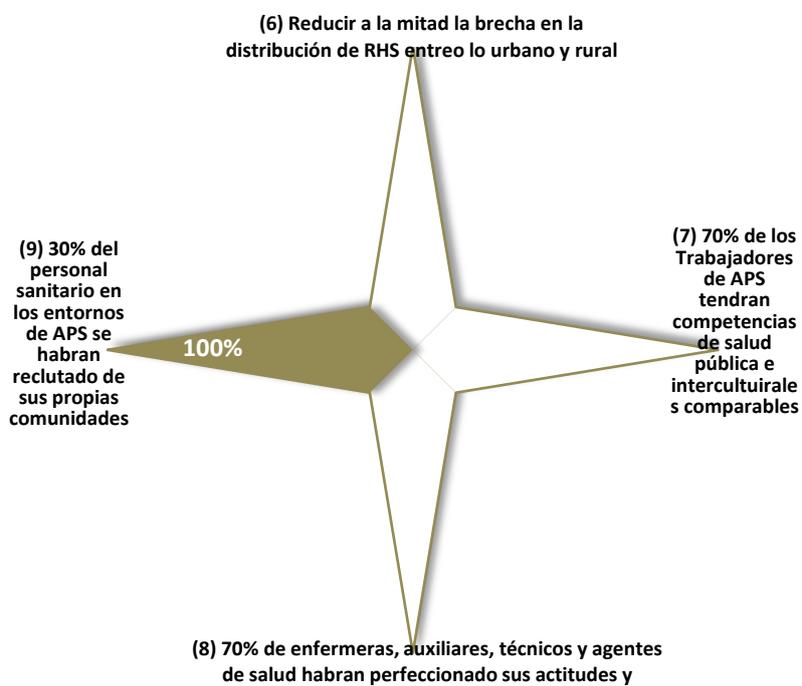
Fuente: Elaboración propia. Datos Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH)-(Febrero 2012); Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS)-(Marzo 2011)

Como se observa, el 77,9% del conjunto de los recursos (médicos, licenciadas, auxiliares y parteras) trabaja en la misma localidad que nació. Al desagregar los datos entre Montevideo e Interior la diferencia en cuanto a la capacidad de retención de RHS es proporcionalmente favorable a Montevideo. A nivel general más de 8 de cada 10 de estos recursos nació y trabaja en Montevideo (86,7%); mientras que para el interior estos porcentajes se reducen, aunque siguen siendo muy elevados, el 77,4% de los RHS mantiene esta condición de mismo lugar de nacimiento y trabajo.

A partir de un análisis más detallado por departamento se puede inferir que no todas las localidades tienen la misma capacidad de “retención” y que *si bien, aquí no se presenta la información pertinente, se reconoce que dicha variación en cuanto a la retención de RHS por departamento también mantiene una ligera asociación con la profesión a la que se haga referencia.*

Por último, si bien la meta refiere específicamente a los profesionales de entornos de la atención primaria, y aquí no se discrimina dicha función, se entiende que como modo de aproximación y parámetro de referencia los datos manejados son pertinentes a la hora de conjeturar sobre el cumplimiento de la meta.

Representación gráfica de los logros alcanzados DESAFIO B



Fuente: Elaboración propia

DESAFÍO C**Desafío C**

Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación.

IV.1 Meta 10: Todos los países de la región habrán adoptado un código internacional de práctica o desarrollado normas éticas sobre reclutamiento internacional sobre trabajadores de la salud.

En vista del déficit global de trabajadores de la salud que existe en el 30% de los países de América¹³, se alienta a los países desarrollados a adoptar códigos de conducta y de compromiso sobre las prácticas éticas de reclutamiento, para compensar a los países desde donde son reclutados los profesionales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aboga por un código global de práctica¹⁴ para el reclutamiento internacional y el manejo de personal de la salud —*Código de prácticas de la OMS sobre la contratación internacional de personal de salud*—, dicho código fue ratificado por Uruguay en el 2011.

La adopción de un código de práctica sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud es un primer paso en el desarrollo de políticas para estabilizar la fuerza de trabajo de la salud en la región.

Uruguay, desde sus orígenes y hasta 1960, ha sido un país receptor de inmigrantes, principalmente del viejo continente. Desde 1968 a la fecha, esta tendencia se invirtió, pasando a ser un país emisor, sobre todo hacia Norte América y Europa. Las principales causas están relacionadas a la dictadura cívico-militar que tuvo lugar entre los años 1973 y 1985, y a la crisis económica financiera del año 2002.

Para paliar esta situación, Uruguay ha realizado múltiples esfuerzos que han sido expresados en políticas y programas nacionales. Estas políticas requieren del cumplimiento de ciertos principios básicos para la puesta en marcha de acciones para enfrentar el fenómeno:

1. Libre circulación de las personas.
2. Libre ejercicio de la profesión.
3. Papel del Estado como garante de la salud de la población.

¹³Indicadores de las Metas Regionales de RHS 2007-2015—Manual de Medición de Líneas de base, p. 20.

¹⁴Un **código global de práctica** se refiere a un acuerdo internacional sobre las formas y maneras de reclutar y manejar a los trabajadores de la salud con formación. Pág. 21. En "Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007 -2015: Manual de líneas de base".

4. Gobernabilidad de los flujos migratorios de los RHS con el objetivo de proteger la eficiencia y equidad de la asistencia a la población. Esta gobernabilidad se apoya en:
 1. Regulación y planificación de la oferta laboral proveniente del exterior, mediante acuerdos entre los Estados y las instituciones formadoras de RHS.
 2. Mejora de las condiciones laborales de los RHS.
 3. Políticas de vinculación del Estado uruguayo con sus connacionales en el exterior. Se establecen vínculos con los RHS migrados que garanticen sus derechos laborales y sociales en los países receptores. Como ejemplo existe el programa Circulación de Uruguayos Altamente Calificados (CUAC), que funciona en el ámbito de la Dirección de Vinculación del Ministerio de Relaciones Exteriores (MRREE). Este busca promover el relacionamiento activo y efectivo de los uruguayos altamente calificados que residen en el exterior, con las instituciones de nuestro país. El Ministerio de Salud Pública se incorporará al programa.
 4. Sistematizar, unificar y divulgar la información sobre el fenómeno migratorio. Crear sistemas de información interinstitucionales a nivel estatal y en colaboración con las organizaciones sociales del campo de los RHS.

Se han elaborado acuerdos de entendimiento en base a los principios de solidaridad, cooperación e intercambio a nivel del MERCOSUR y de la Cumbre Iberoamericana de Estados. Los acuerdos de entendimiento buscan minimizar y regular los efectos negativos que se producen en el sector salud a causa del fenómeno migratorio. Así también, buscan elaborar estrategias de contraprestación para el país, en base al principio que toma en cuenta la pérdida de capital simbólico y financiero, que le representa al país la migración de recursos humanos en salud calificados.

A nivel general

En el 2008 el Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay aprueba la Ley Nº 18.250 de Migración. Entre sus principios Generales se expresa:

“Artículo 1º.- El Estado uruguayo reconoce como derecho inalienable de las personas migrantes y sus familiares sin perjuicio de su situación migratoria, el derecho a la migración, el derecho a la reunificación familiar, al debido proceso y acceso a la justicia, así como a la igualdad de derechos con los nacionales, sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición.

En el capítulo IV referente al trabajo de las personas extranjeras se enuncia claramente los lineamientos y condiciones de trabajo que gozara toda persona extranjera:

Artículo 17.- El Estado adoptará las medidas necesarias para asegurar que las personas migrantes no sean privadas de ninguno de los derechos amparados en la legislación laboral a causa de irregularidades en su permanencia o empleo.

Artículo 18.- Las personas migrantes gozarán, con respecto a la seguridad social, del mismo trato que las nacionales en la medida que cumplan los requisitos previstos en la legislación del Estado uruguayo en la materia y de los instrumentos bilaterales y multilaterales ratificados por el país.

Artículo 19.- Las personas extranjeras admitidas en la categoría de "residente permanente" podrán desarrollar actividad laboral en relaciones de dependencia o por cuenta propia amparadas en la legislación laboral vigente. En igual sentido el "residente temporario" podrá realizar su actividad laboral en las mismas condiciones durante el período concedido para dicha residencia.

Artículo 20.- Las personas extranjeras admitidas en la categoría de "no residente" no podrán ejercer actividad laboral alguna fuera de las específicas en su categoría.

Artículo 21.- Las personas físicas o jurídicas que en el territorio nacional ocupen trabajadores extranjeros en relación de dependencia deberán cumplir la normativa laboral vigente, tal como se aplica a los trabajadores nacionales.

Artículo 22.- Ningún empleador podrá contratar laboralmente a personas extranjeras que se encuentren en situación irregular en el territorio nacional.

Artículo 23.- El Estado podrá establecer en determinadas circunstancias políticas que determinen categorías limitadas de empleo, funciones, servicios o actividades, de acuerdo a la legislación nacional y los instrumentos bilaterales y multilaterales ratificados por el país¹⁵.

¹⁵ Ley de Migración. 18.250. República Oriental del Uruguay

IV.2 Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.

En primer lugar cabría mencionar, que la noción de **auto-suficiencia en recursos humanos de la salud**, refiere a un accionar que reclama medidas concretas que enfatizan entre otras cosas, en la formación y la dotación equitativa de la fuerza laboral de RHS. Entendido de esta manera, la auto-suficiencia se relaciona al esfuerzo que cada país desarrolla como estrategia para afrontar problemas de infraestructura, educación, emigración, dotación y distribución equitativa de la fuerza laboral en salud.

Por lo cual definir la auto-suficiencia a partir de una sola línea de acción sería un error, pues se considera que las acciones son diversas y requieren una mirada multidimensional que involucra diversos actores del campo de la salud, como son *las instituciones formadoras de los recursos humanos, las que emplean, las que acreditan, las que habilitan y las que regulan diferentes prácticas*.

En este punto, se podrían enumerar una diversidad de acciones que se encuadran dentro de una política de *auto-suficiencia*, algunas de carácter más micro y otras más amplias como pueden ser el propio sistema de becas que brinda el Servicio Central de Bienestar Universitario como forma de fomentar y facilitar la inclusión de *estudiantes de bajos recursos al sistema educativo*. Los principales programas dentro de este sistema de becas son.

- Comisión Nacional de Becas Estudiantiles
- Bienestar Universitario
- Fondo de Solidaridad

De forma más ordenada y resumida se pueden sistematizar una diversidad de acciones direccionadas a la mejora de la situación de los RHS. Estas acciones pueden ser englobadas en cuatro grandes áreas:

Gestión y Planificación

Período de referencia	Programas y Acciones	Objetivos y Resultados
2005	Reinstalación de la negociación colectiva	Se instalan a nivel de todos los sectores de la economía de los consejos de salarios. Para el caso de la salud se incorpora al MSP a dichos consejos con el objetivo de alinear las políticas laborales a las salariales.
2005-2008	Creación de sistemas de información de RHS	Recabar datos de todos los trabajadores del sistema. 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 Recursos Humanos 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	Registrar, habilitar y controlar la formación de los recursos humanos en salud.
2012	Creación del Observatorio de RHS del Uruguay (ORHSU)	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 RHS en el marco de los principios y valores rectores del SNIS y las necesidades sanitarias de la población del país.
2012-2013	Incorporación de la información de los RHS del resto de los prestadores de salud	Contar con información de todos los RHS que se encuentran trabajando en el país.

Fuente: División de RHS del SNIS/MSP

Condiciones de Trabajo

Período de referencia	Programas y Acciones	Objetivos y Resultados
2005 en adelante	Aumentos salariales del sector público.	Mejorar el nivel de vida de los trabajadores del sector público. Disminuir la brecha en la dotación de trabajadores del sector público con relación al privado.
2005 en adelante	Aumentos salariales en el sector privado a través de negociación tripartita	Mejorar el nivel de vida de los RHS, recuperando el salario perdido en la última crisis del país.
2007 en adelante	Presupuestación de trabajadores en ASSE	Disminuir el empleo precario. Evitar el traslado de los RHS al sector privado. Aumentar el compromiso de los RHS hacia la institución.
2008	Creación de cargos de Alta Dedicación para especialidades médicas con escasas en el sector público	Contribuir a terminar con el multiempleo, retener más horas al trabajador dentro de la institución.

2008	Nuevos beneficios a los trabajadores no médicos del sector privado.	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	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	Evitar la competencia por los RHS en los distintos sectores, disminuyendo las brechas salariales entre ambos sectores y tendiendo a homogeneizar tareas, cargos y funciones en el SNIS.
2012-2013	Creación de Cargos de Alta Dedicación en el Sector privado	Priorizar el primer nivel de atención. Disminución de las horas de guardia interna. Disminuir el multiempleo.

Fuente: División de RHS del SNIS/MSP

Formación y capacitación

Período de referencia	Programas y Acciones	Objetivos y Resultados
2009	Nuevo plan de estudio de la Facultad de Medicina	Actualizar las metas formativas para acompañar 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	Programa de formación de Auxiliares de Enfermería para el tránsito horizontal a la Licenciatura en Enfermería	Facilitar la formación y profesionalización de la enfermería a través de un tránsito horizontal a la Licenciatura. Aumentar la dotación de Lic. e enfermería en el país.
2009	Aumento de cupos de residencias médicas	Aumentar la dotación de especialidades que se consideran críticas en el país
2011	Creación del Nodo-Uruguay	Crear una red para compartir y colaborar en los procesos educativos en salud pública

Fuente: División de RHS del SNIS/MSP

Distribución de RHS

Período de referencia	Programas y Acciones	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	Programa de Salud Rural	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 de primer nivel de atención	Elaborar un plan de formación de los Equipos de Salud de Primer Nivel (ESPNA), 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	Sistematizar los datos de población, producción asistencial e información económico – financiera.
2012-2013	Recolección de información enfocada a los RHS de cada localidad del país.	Mejorar el diagnóstico sobre la distribución territorial de los RHS con el fin de contribuir a mejorar el acceso de los usuarios al sistema de salud.

Fuente: División de RHS del SNIS/MSP

No obstante es oportuno aclarar, que todo esfuerzo por ampliar la capacidad de auto-suficiencia ya sea en materia de formación, de dotación y de redistribución de la fuerza de trabajo, siempre reclamara un continuar de acciones que difícilmente encuentre un punto ideal que nos permita y nos proporcione una medida estándar, de cuanto debería ser el esfuerzo volcado para alcanzar los objetivos, de esta manera intentar *cuantificar* estas acciones se hace dificultoso y arriesgado desde un punto de vista estratégico.

IV.3 Meta 12: Todas las sub-regiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.

Uruguay cuenta con diversos convenios, así como también con un sistema administrativo y legal que permite certificar adecuadamente la posibilidad de ejercer una profesión en nuestro país.

El sector académico

“Los títulos otorgados por la Universidad de la República no requieren de mayor trámite que estar inscritos en la bedelía de la universidad para ser válidos, mientras que los de las universidades privadas deben estar inscritos en el registro del Ministerio de Educación. Esta inscripción dota a estos títulos del mismo efecto jurídico que los otorgados por la Universidad de la República”¹⁶.

Revalidas

Los títulos extranjeros son revalidados exclusivamente por la Universidad de la República, si bien las universidades pueden realizar revalidaciones parciales de estudios otorgados en el extranjero, sobre la base de cursos impartidos en la propia institución, y hasta los dos tercios de la carrera correspondiente.

Concretamente en el procedimiento de revalidación intervienen por una parte y en una primera etapa las dependencias del Poder Ejecutivo en el exterior y nacionales en todo lo que respecta a la legalización de los documentos expedidos en el país de origen o donde el interesado haya obtenido su título universitario.

Luego hay una etapa donde se realiza el contralor y la evaluación de la equivalencia de los estudios realizados en el exterior, que es realizado ante las dependencias de la Universidad de la República. Una vez cumplido este paso, la Comisión de Reválidas analiza la equivalencia de las materias en términos de contenidos y horas en relación a las carreras dictadas por la UdelaR, proceso que en muchos casos se realiza materia por materia, para que finalmente el Concejo Directivo Central (CDC) apruebe la reválida.

Cabe aclarar que en los casos en que los estudios cursados en el exterior no tengan la debida equivalencia con los dictados en la UdelaR, no se aprobará la reválida. En tal situación, la Universidad podrá extender un *Reconocimiento* del título expedido en el extranjero.

¹⁶ LEMAITRE, María; ATRIA, José; *Antecedentes para la Legibilidad de Títulos en Países Latinoamericanos*, CINDA – IESAL/UNESCO; www.wisis.ufg.edu.sv/www.wisis/documentos/M0/M000/292.pdf.

Mecanismo ARCU-SUR de reconocimiento de títulos

ARCU-SUR es un sistema de acreditación a nivel del MERCOSUR, mediante el cual se certifica la calidad académica de las carreras de grado, estableciendo que satisfacen el perfil del egresado y los criterios de calidad previamente aprobados a nivel regional para cada titulación.

El sistema ARCU-SUR y los procesos de acreditación de la calidad de la formación, permiten el reconocimiento regional de los títulos bajo el supuesto de razonable equivalencia de la formación impartida.

En el campo de la salud Uruguay han acreditado su formación en las carreras de Medicina, Odontología y Veterinaria de la UDELAR, y la carrera de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay (UCU).¹⁷

En la última reunión del SGT 11 (8, 9 y 10 de abril de 2013, Montevideo), los delegados del MEC y la UDELAR en MERCOSUR Educativo informaron que el Mecanismo ARCU-SUR está siendo evaluado.

Convenios bilaterales

Convención Chile-Uruguay de reconocimiento de títulos

La Convención celebrada entre la República Oriental del Uruguay y la República de Chile sobre el ejercicio de profesiones liberales ratificadas por Ley N° 5628 del 1/1/1918 estableció que los ciudadanos de cualquiera de las dos Repúblicas podrán ejercer libremente en el territorio de la otra la profesión para la cual estuvieren habilitados, por diploma o título expedido por la autoridad nacional competente.

Dentro de este convenio, la reválida no requiere realizar cotejos por contraste acerca de la correspondencia con los títulos nacionales, ni respecto de la equivalencia de los estudios realizados. Las reválidas de títulos que habiliten al ejercicio de profesionales liberales, expedidos por autoridades nacionales competentes de la República de Chile, son iniciados y concluidos en las Oficinas Centrales de la Universidad, con la constancia de inscripción en el Registro llevado al respecto por el Ministerio de Relaciones Exteriores, sin más trámite, se procede a la expedición del título respectivo (*automatización del trámite*).

Convenio Uruguay-Portugal

Este convenio se fundamenta en el Memorando de Entendimiento entre los Ministerios de Salud de Portugal y de Uruguay (firmado por el Presidente de la República en septiembre del 2007), dicho convenio se extendió hasta mediados del año 2012.

Con la implementación del Programa de Acción, bajo la designación genérica de “Desarrollo profesional e inserción temporaria de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud

¹⁷ Tomado del informe sobre ARCU-SUR elaborado por el Dr. Pablo Tailanian, ARRIIC MSP.

Portugués y en el Sistema Nacional de Salud Uruguayo”, se plantearon alcanzar los siguientes objetivos fundamentales:

1. Desarrollo Profesional e Inserción Temporaria de Recursos Humanos en Emergencia Médica;
2. Intercambio del Conocimiento de la Tecnología de Alta Complejidad – Capacitación en Trasplante Hepático y Renal.

Se establecieron compromisos de Uruguay en cuanto a realizar la Convocatoria para trabajo temporal en el Sistema de Emergencia Público de Portugal y de Portugal en cuanto a la Capacitación y Certificación en Emergencia a los Médicos seleccionados y la capacitación en el área de trasplante hepático y renal a equipos de profesionales uruguayos del sub-sector público.

Los resultados del “Programa de Acción” fueron los siguientes:

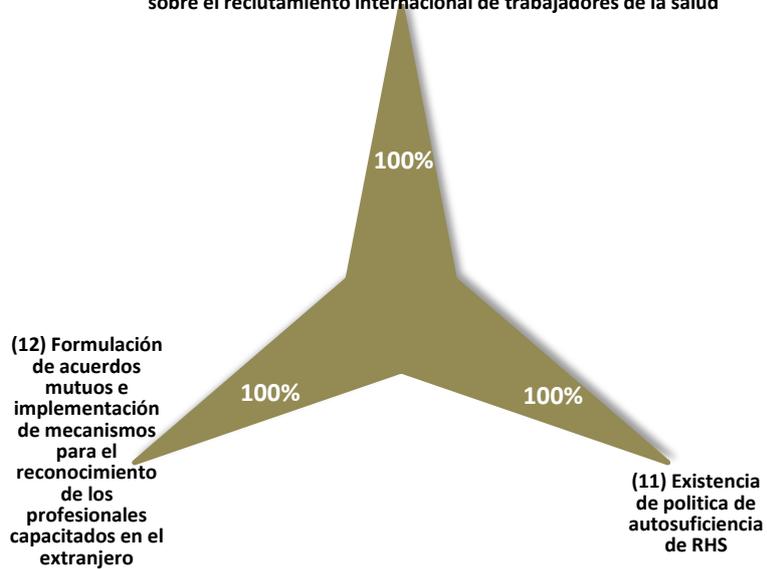
- 14 médicos uruguayos se insertaron en el sistema de emergencia médica pública de Portugal por período de hasta 3 años.
- Concurrió el primer equipo de médicos del sector público (Hospital de Clínicas – Hospital Central de las Fuerzas Armadas) en pasantía de capacitación en transplante por un período de 3 meses financiado por el sistema de salud de Portugal.
- Se creó una “Comisión de Seguimiento” responsable de la evaluación de esta experiencia piloto y de sugerir los ajustes correspondientes que en su contraparte Uruguay participan MSP, Academia, y Asociaciones Profesionales Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y la FEMI.

Las perspectivas que proporciona este “Programa de Acción” se enumeran en cuanto a:

1. La posibilidad de realizar Políticas públicas para mejorar las oportunidades locales (plazas de trabajo, remuneraciones, desarrollo profesional continuo).
2. La profundización del trabajo colaborativo del MSP con la Academia y las Asociaciones profesionales.
3. Desarrollar una política de negociación internacional, en todos los foros que corresponda, para promover la co-responsabilidad de los países receptores (compromiso a sumido en la Declaración de Colonia, 2006).
4. Realizar alianzas con otros países con problemas similares, empezando por los de nuestra región.
5. Impulsar códigos de ética al reclutamiento de personal de la salud extranjero.
6. Ampliación y profundización de la investigación sobre migraciones de RHS.
7. Acuerdos de trabajo con organismos de cooperación técnica (OPS-OMS, OIM, etc.)

Representación gráfica de los logros alcanzados DESAFIO C

(10) El país habrá adoptado un código internacional de prácticas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud



Fuente: Elaboración propia

 DESAFÍO D

Desafío D

Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud, fomentando la creación de ambientes saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población

V.1 Meta 13: La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud, se habrá reducido a la mitad en todos los países.

En relación a esta meta, corresponde señalar que en Uruguay existe un marco legal sólido que da garantías y protección a los trabajadores en general, y en particular a los del sector salud en materia de seguridad sanitaria, licencias reglamentarias por enfermedad, estudio, embarazo, luto, pensiones por discapacidad notoria, seguro social, seguro por accidente de trabajo, etc.

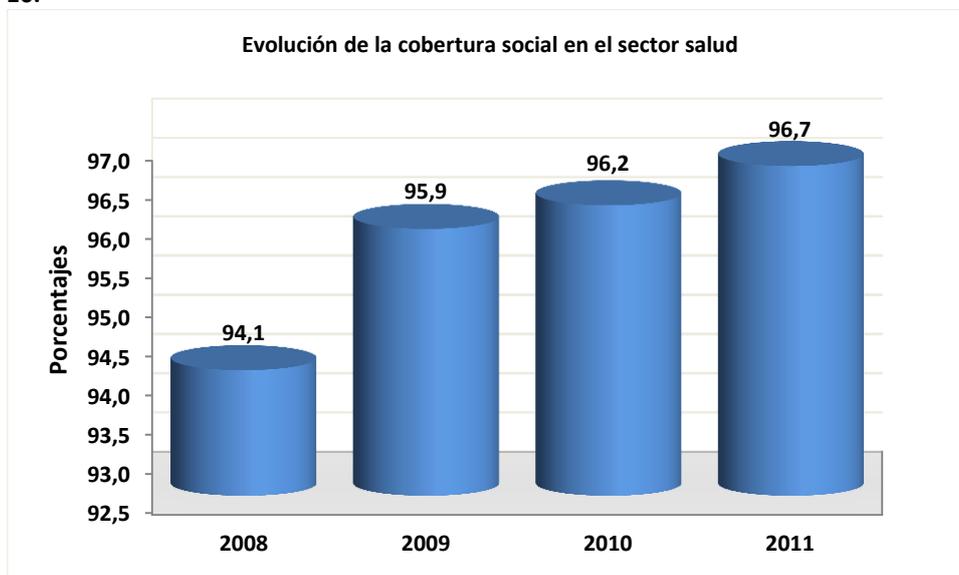
Por lo tanto, en esta materia la tarea principal fue su implementación. El Gobierno y el MSP asumieron su rol rector y fiscalizador, mediante la promulgación de decretos reglamentarios y la consolidación de un aparato de fiscalización en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), en el Banco de Previsión Social (BPS), en la Dirección General Impositiva (DGI) y en el MSP.

Como consecuencia de la flexibilización laboral de los años noventa en materia de protección laboral, se generó un vacío legal frente a la creación de las tercerizaciones (descentralización empresarial).

En tal sentido, el Estado elaboró la ley 18.251 (Responsabilidad laboral en los procesos de descentralización empresarial) y 18.099 (Derechos de los trabajadores), que crearon las garantías y protecciones de los trabajadores tercerizados. Estas leyes se aplican tanto para la órbita privada como la pública.

La definición de empleo precario que utiliza el indicador de la meta 13, se refiere al número total de puestos de empleos en el sector salud en el país que no cuenta con seguro social, comprendido como tal a aquel que no incluye un mínimo de seguro de salud, pensiones y licencia por enfermedad o embarazo.

Gráfico 10.



Fuente: Elaboración propia. Datos ECH – Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Desde el 2008 la cobertura social en el sector salud estuvo por encima del 90%, llegando al año 2011 con un 96,7% de trabajadores que contaban con beneficios sociales. Desde una lectura inversa se podría decir que menos de un 4% de los RHS del Uruguay no cuenta con cobertura social, lo que sin dudas en un porcentaje menor si se lo compara con otros países de la región. Sin embargo lo propicio sería contar con una cobertura social universal y que abarcara a la totalidad de los Recursos Humanos y puestos de trabajos del sector salud. En este sentido es oportuno aclarar que los cálculos efectuados aquí fueron realizados a partir de la ocupación principal del profesional.

V.2 Meta 14: El 80% de los países de la Región contaran con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.

Con respecto a las condiciones generales de trabajo y seguridad, Uruguay aprobó, mediante la ley 15.965 del 28 de julio de 1988, la incorporación y ratificación en la legislación nacional de los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en materia de seguridad, higiene y salud en el trabajo.

En dicha ley se aprueba:

1. Convenio N° 148 relativo al medio ambiente de trabajo.
2. Convenio N° 155 sobre la seguridad y salud de los trabajadores.
3. Convenio N° 161 relativo a los servicios de salud en el trabajo.

La mencionada ley nunca había sido reglamentada, teniendo como consecuencia una nula aplicabilidad e implementación en términos reales, principalmente en el sector privado.

El 13 de agosto de 2007 los ministerios de Trabajo y Seguridad Social, Economía y Finanzas y Salud Pública, aprueban el decreto 291 que reglamenta el CIT N° 155.

El Convenio N° 155 obliga a los países a ratificarlo en su legislación nacional:

- Consultar a las organizaciones de empleadores y de trabajadores.
- Formular, poner en práctica y analizar las políticas que se construyan en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo de los trabajadores.

El decreto 291 reglamenta y establece:

- Derechos, principios y obligaciones de los trabajadores y empleadores:
 1. Empleadores: garantizar la salud y seguridad de los trabajadores; asumir el costo de las medidas relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo.
 2. Trabajadores: conservar en condiciones satisfactorias de uso y buen funcionamiento los medios de protección y prevención en materia de seguridad y salud; consultar y efectuar recomendaciones para la construcción e implementación de las medidas en seguridad y salud en el trabajo.
- La creación, en cada empresa, de un órgano de participación entre los empleadores y los trabajadores, para la cooperación, información, planificación, evaluación y promoción de acciones en materia de seguridad y salud en el marco de la legislación nacional.
- Disposiciones mínimas obligatorias para la gestión de la prevención y protección contra los riesgos derivados o que puedan derivarse de cualquier actividad, sea cual fuere la naturaleza comercial, industrial, rural o de servicio de la misma y tenga o no finalidad de lucro, tanto en el ámbito público como privado.

Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

“La Ley N° 16.074 del 17 de enero de 1990, establece el seguro de carácter obligatorio para los accidentes o enfermedades profesionales que ocurran a causa del trabajo o en ocasión del mismo.

Para que una enfermedad se considere profesional es indispensable que haya tenido su origen en los trabajos que entrañan el riesgo respectivo, aun cuando aquellos no se estén desempeñando a la época del diagnóstico.

Están obligados a asegurar: **a)** Toda persona de naturaleza pública, privada o mixta, que utiliza el trabajo de otra, cualquiera sea su número. **b)** El Estado, los Gobiernos Departamentales, los Entes Autónomos y los Servicios Descentralizados están obligados a asegurar en el Banco de Seguros del Estado, el personal que emplean en trabajos manuales en condiciones de riesgo. Esta obligación se mantiene aun cuando distintos tipos de reglamentaciones les otorguen el derecho de licencia con goce de sueldo mientras no se reintegran al trabajo. El personal asegurado percibirá durante el período de asistencia por incapacidad temporaria y mientras ella dure, la indemnización fijada por la Ley N° 16.074 y directamente de los organismos mencionados, la diferencia de remuneración que pueda corresponderles, según las leyes o reglamentos a que estén sometidos. (Art. 3° de la Ley N° 16.134 de 24 de setiembre de 1990)¹⁸.

Para el ámbito de la industria, el comercio y los servicios se establecen diversos decretos, los cuales son enumerados a continuación:

“Dto. 406/988 de 3/6/88, reglamentario de la Ley 5.032, que refiere a las condiciones de seguridad, higiene y salud ocupacional en todo tipo de establecimiento (industriales, comerciales o de servicio) públicos o privados, a excepción de la industria de la construcción.

Dto. 103/96 de 20/3/96 referente a la homologación de Normas UNIT para asegurar estándares de calidad para los equipos de protección personal y la maquinaria en general.

Decreto 291 del 13 de agosto de 2007.

Seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo. Se reglamenta Convenio Internacional del Trabajo N° 155.

Dto. 291/007 de 13/08/2007 referente a la seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo. Se reglamenta Convenio Internacional del Trabajo N° 155.

Dto. 499/007 de 17/12/07 - adecuación en materia de trabajo en altura para el sector de las industrias¹⁹.

¹⁸ http://www.mtss.gub.uy/index.php?option=com_content&task=view&id=1578&Itemid=%201578

¹⁹ http://www.mtss.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=1632&Itemid=300

En el sector salud, el acta de Consejo de Salarios del grupo 15 (que abarca a los trabajadores del subsector privado de salud) de Julio de 2008, instala la “Comisión tripartita sectorial de la salud en materia de salud, seguridad y medio ambiente laboral” integrada por trabajadores, empresas y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con los siguientes cometidos:

- a) *“Promover y verificar el funcionamiento de instancias de cooperación a nivel de cada empresa*
- b) *Informar a la igtss aquellas operaciones y procesos de los que pueda tomar conocimiento y que deberán ser prohibidos o sujetos a controles especiales, así como las sustancias y agentes a los que la exposición del trabajo debería estar prohibida o especialmente limitada*
- c) *Analizar las estadísticas de los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales u otros daños para la salud acaecidos durante el trabajo, a los efectos de contribuir a la elaboración de políticas de prevención*
- d) *Promover la investigación acerca de los riesgos que los accidentes físicos, químicos, biológicos y ergonómicos utilizados puedan entrañar para la salud de los trabajadores*
- e) *Promover la elaboración de planes y programas de formación para los trabajadores involucrados en tareas de prevención y para el personal en general de las diferentes empresas abarcadas en el presente decreto*
- f) *Evaluar los nuevos riesgos surgidos de la innovación tecnológica promoviendo el uso de máquinas, sustancias y procesos de trabajo que no impliquen riesgos para los trabajadores.”²⁰*

El mismo acuerdo establece también instancias de colaboración a nivel de cada empresa con los siguientes cometidos:

- a) *“Planificar la prevención combatiendo los riesgos laborales en su origen y actuando de acuerdo al siguiente orden de prioridad:*
 - a. *Fuente de riesgo*
 - b. *Medio de difusión*
 - c. *El trabajador*
- b) *En materia de riesgos ergonómicos, propender a que la concepción de sistemas de trabajo sea orientada prioritariamente a la satisfacción de las exigencias humanas, cubriendo las condiciones de trabajo en la relación hombre-máquina, adaptada, fisiológica, psicológica y socialmente al trabajador, a fin de garantizar su bienestar, seguridad y salud. el espacio, los medios y herramientas de trabajo deben ser*

²⁰ Acta de Consejo de Salarios Grupo 15, Julio 2008, numeral 18.

adaptados tanto a las medidas antropométricas del trabajador medio uruguayo, como a la naturaleza del trabajo a realizar

- c) Evaluar los nuevos riesgos surgidos de la innovación tecnológica promoviendo el uso de máquinas, sustancias y procesos de trabajo que no impliquen riesgos para los trabajadores*
- d) Promover y colaborar en la planificación de la capacitación dirigida a empresarios y trabajadores para prevención de riesgos laborales*
- e) Llevar un registro de todos los incidentes, fallas, accidentes y enfermedades de origen profesional producidos en la empresa, como asimismo de las actuaciones de consulta realizadas*
- f) Estudiar y analizar las estadísticas de siniestralidad laboral*
- g) Promover y mantener la cooperación en salud, seguridad y ambiente laboral de modo tal que sea posible:*
 - Asegurar que las acciones acordadas se implementen en tiempo y forma*
 - Asegurar la retroalimentación a los empleados de las peticiones recibidas acerca de salud y seguridad*
 - Suministrar la información que los empleados requieran acerca de los trabajadores que realizan y las materias que usan”²¹*

²¹ Acta de Consejo de Salarios Grupo 15, Julio 2008, numeral 19.

V.3 Meta 15: Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.

En el año 2007 se aprueba la ley 18.211 por la cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud. Dicha ley determina su funcionamiento, creando la Junta Nacional de Salud (JUNASA).

La JUNASA es un organismo desconcentrado en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, que instituye la participación de los principales actores del campo de la salud y tiene como finalidad la implementación, desarrollo y evaluación de la reforma de la salud. Es el organismo que conduce el Sistema Nacional Integrado de Salud.

En el marco de las competencias de la JUNASA se elaboran y aprueban los Contratos de Gestión. Estos contratos establecen metas asistenciales, derechos y obligaciones.

Dentro de sus 62 artículos redactados en el 2009, el artículo N° 41 establecía que todo prestador de servicios está obligado a informar y mantener actualizado los datos de su Director Técnico. La Junta es la encargada de inspeccionar el cumplimiento y el Ministerio de Salud Pública es quien da el aval para la habilitación de dicho técnico, de acuerdo *al decreto 416/2002*, que en su artículo 54 plantea que el Director Técnico será un médico especialista en Administración de Servicios de Salud, teniendo como excepción, los establecimientos con internación especializada en donde se podrá contar con un Director Técnico con la especialidad que corresponda. Dicho requisito sigue en vigencia y fue retomado en los nuevos Contrato de Gestión firmado entre la JUNASA y los prestadores de salud que integran el Sistema Nacional de Salud, aprobado por Decreto N° 81/2012.

TABLA DE CONTENIDOS IV			
DIMENSIONES A CONTEMPLAR	SI	NO	E.P. [®]
1- ¿Existe requerimientos de certificación en gerencia para quienes dirigen servicios de salud?	5		
2 – ¿El Estado tiene programas permanentes de capacitación en gerencia para el personal directivo?	5		
Total 10/10	10		

Fuente: Decreto 416/2002, art. 54.
Universidad de la República

[®] En Proceso

V.4 Meta 16: El 100 % de los países de la Región contará con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

En Uruguay existen mecanismos concretos en materia de negociación para prevenir, mitigar y resolver los conflictos de trabajo y para garantizar los servicios de salud esenciales. Existen normas, leyes y decretos, que crean las garantías y espacios de participación para mantener obligatoriamente la negociación entre las partes involucradas, tanto en la esfera pública como privada.

La Constitución de la República en el Artículo 65 establece que: “en los servicios públicos administrados directamente o por concesionarios, la ley podrá disponer la formación de órganos competentes para entender en las desinteligencias entre las autoridades de los servicios y sus empleados y obreros; así como los medios y procedimientos que pueda emplear la autoridad pública para mantener la continuidad de los servicios”²².

En las leyes 13.720 y 14.791 se plantea que en caso de interrupción de servicios esenciales, la autoridad pública podrá disponer las medidas necesarias para mantener dichos servicios, recurriendo incluso a la contratación de prestaciones personales indispensables para la continuidad de los mismos.

Por otra parte, en junio de 2009 se aprueba la norma que regula la Ley de Negociación Colectiva de las Relaciones Laborales en el Sector Público. En dicha norma se establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas, la estructura del sistema de negociación colectiva y la prevención de conflictos colectivos. La norma entiende la participación y la consulta como un derecho y obligación de los empleadores y los trabajadores, para el intercambio de opiniones y la apertura al dialogo, sobre asuntos respecto a los cuales se ha proporcionado previamente información suficiente.

El Estado promoverá y garantizará el libre ejercicio de la negociación colectiva en todos los niveles. A tales efectos adoptará las medidas adecuadas a fin de facilitar y fomentar la negociación entre las partes.

Para la instrumentación de la negociación se establecen tres niveles de participación: El Consejo Superior de Negociación Colectiva del Sector Público, las mesas de negociación por rama o sector y las mesas por organismo o inciso.

Dentro de esta misma línea, también se deberá nombrar la ley 18.566 de Negociación Colectiva del Sector Privado de setiembre del 2009, al igual que en el caso anterior el Estado es el garante que promoverá y garantizará el libre ejercicio de la negociación. Se crea el Consejo Superior Tripartito como órgano de coordinación y gobernanza de las relaciones laborales.

Indudablemente, tanto la Ley de Negociación Colectiva del Sector Público como la del Privado son dos instrumentos normativos de enorme trascendencia pues constituyen una novedad en

²² Extraído de la Constitución de la República Oriental del Uruguay, artículo 65.

lo que ha sido la tradición abstencionista en materia de derecho colectivo del trabajo en el Uruguay.

TABLA DE CONTENIDOS V			
DIMENSIONES A CONTEMPLAR	SI	NO	E.P. [®]
¿En el país existe legislación que penalice la suspensión de actividades del personal de salud en los servicios esenciales de salud?	50		
En el país existen mecanismos formales de negociación para prevenir, mitigar o resolver los conflictos laborales	50		
TOTAL: 100/ 100	100		

Fuente: Ley N° 18.508 y 18.566. Negociación Colectiva en el Marco de las Relaciones Laborales en el Sector Público y Sector Privado. Ministerio de Trabajo y Seguridad social (MTSS)

Representación gráfica de los logros alcanzados
DESAFIO D



Fuente: Elaboración propia

[®] En Proceso

DESAFÍO E**Desafío E**

Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

VI.1 Meta 17: El 80 % de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

Dentro de los ejes de cambio de la Reforma se encuentra el cambio de modelo de atención, priorizando la estrategia de APS y la atención en el primer nivel, desde la prevención de enfermedades y la promoción de salud. Este objetivo conllevó a la creación de múltiples espacios de participación entre las instituciones formadoras de RHS y el Ministerio de Salud Pública para coordinar la proyección del cambio de modelo y la formación de los RHS acorde al mismo.

En el año 2009 las facultades de Enfermería y Medicina de la UdelaR han incorporado a sus planes de estudios prácticas y contenidos, en lo curricular y extracurricular, relacionadas a la APS, formación multidisciplinaria e interdisciplinaria.

En lo que respecta a la Facultad de Medicina, desde el año 2007 reorientó epistemológicamente su plan de estudios, pasando de un perfil que priorizaba los contenidos biomédicos a establecer un equilibrio entre estos y los relacionados a APS y el trabajo en la comunidad desde el inicio de la carrera. A modo de ejemplo, se creó una titulación intermedia que otorga a los 4 años de la carrera el título de Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades. Este nuevo Plan se comenzó a aplicar en el año 2009.

En 2004 se crea la Facultad de Enfermería de la UdelaR, en la cual se establece un plan de estudios único que revierte la anterior dispersión en múltiples institutos de formación. En el mencionado plan también se observa la reorientación de sus contenidos y prácticas en la comunidad basados en la estrategia de APS. Se fomenta la práctica en la comunidad desde el inicio de la carrera y se incorpora a la formación de grado el curso de *enfermería comunitaria*.

Como integrante del equipo de salud a la Licenciada/o en Enfermería compete:

- Participar en la determinación, ejecución y evaluación de las políticas, planes y programas de salud.
- Participar en la educación tendiente al mejoramiento de la salud de la población.

- Participar en la promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad, enfatizando la atención primaria de salud en los diferentes niveles de atención.
- Participar en la elaboración de proyectos de construcción y/o reformas de unidades de atención de salud.

VI.2 Meta 18: El 80 % de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

En Uruguay, los principales programas para atraer estudiantes hacia la educación terciaria y superior están centralizados en la órbita del Estado. Están a cargo de estos programas: el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), mediante el Instituto Nacional de la Juventud (INJU), la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), la Universidad de la República y las intendencias Municipales. El trabajo se realiza en conjunto y de forma coordinada, tanto para su elaboración como para su implementación.

Principales Programas:

- ✓ Comisión Nacional de Becas Estudiantiles
- ✓ Bienestar Universitario
- ✓ Fondo de Solidaridad Universitaria

Para el caso de Uruguay existen tres criterios sobre los cuales los programas trabajan:

- ✓ Criterio Socioeconómico
- ✓ Criterio Geográfico
- ✓ Criterio de Personas con discapacidad

La Comisión Nacional de Becas y Bienestar universitario otorgan becas que dan solución al factor económico de aquellos estudiantes de los sectores de menores ingresos de la sociedad, priorizando los estudiantes del interior del país.

A lo anterior se suman los subprogramas en el marco de políticas sociales:

1. Comedores estudiantiles.
2. Hogares estudiantiles.
3. Salud integral.
4. Recreación.
5. Subsidio al costo del transporte que se acumula al otorgado por los municipios.
6. Actividades deportivas.

En relación al criterio geográfico, hay que tener en cuenta que en Uruguay la oferta educativa terciaria y superior está centralizada principalmente en la capital del país, Montevideo, obligando a los estudiantes del interior a tener que emigrar a la capital para realizar sus estudios, igualmente cabe aclarar que en estos últimos años, se ha iniciado un proceso que bien se podría llamar de micro-descentralización de algunos cursos y carreras universitarias, lo que ha ampliado la posibilidad de ingresos de estudiantes del interior del país a algunas carreras .

A estas acciones se suma la política específica del subsidio del transporte público con

descuentos del 50 y 25% del costo que está dirigida a toda la población estudiantil terciaria y superior.

Para el criterio de personas con discapacidad existen programas y políticas de acción positiva de inclusión social articulados en la órbita del Estado. Para el año 2007 el 3,5% de la población estudiantil de la UdelaR poseía alguna discapacidad.

El programa Guía educativa, llevado adelante por el INJU, se encarga de llegar especialmente a los sectores de menores ingresos mediante la colaboración de las organizaciones sociales, los centros MEC y las instituciones de educación secundaria en todo el país, para lo cual el Estado elaboró leyes y decretos, que buscan dar derechos y garantías a estos sectores de la sociedad en el ejercicio de la ciudadanía.

Guía educativa es un programa que tiene como finalidad divulgar información y guiar la opción educativa pública y privada de los estudiantes de la enseñanza media. Este proceso es apoyado por la Facultad de Psicología de la UdelaR, brindando asesoramiento técnico en orientación vocacional.

TABLA DE CONTENIDOS VII			
DIMENSIONES A CONTEMPLAR	SI	NO	E.P.®
Existencia de programas de extensión universitaria que integren estudiantes de población sub-atendidas	100		
Porcentaje de programas que son dirigidos a captar estudiantes que provienen de poblaciones de bajos recursos	100		

Fuente: Servicio Central de Bienestar Universitario y División Universitaria de la Salud

Cuadro 1.

Evolución de los Principales Indicadores (2005 – 2011)

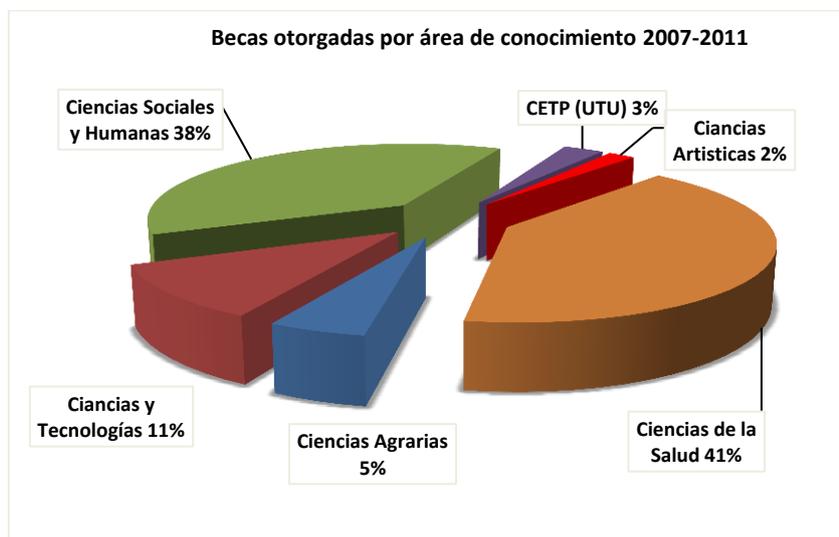
PRESTACIONES	PERÍODOS						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BECAS DE APOYO ECONÓMICO							
Fondo de Solidaridad	3.777	4.099	4.728	5.782	6.498	5.860	6.067
Bienestar Universitario	267	313	319	303	336	200	200
Becas de Pasajes al Interior	2.199	2.241	1.951	1.566	1.528	1.467	1.524
Becas de Boleto Urbano	2.401	X	2.055	1.772	1.642	1.530	1.579
Becas de Alojamiento	187	192	186	145	235	300	197
ALIMENTACIÓN							
Becas Comedores Universitarios	1597	1.511	1.418	1.941	1.475	1.367	1.262

Fuentes: Servicio Central de Bienestar Universitario y División Universitaria de la Salud

Si consideramos al Fondo de Solidaridad principal programa de apoyo de becas, se podrá inferir que entre el 2010 y 2011 los que mayores beneficios tuvieron en cuanto a becas entregadas por este programa fueron estudiantes del área de la salud. Como se observa en la gráfica siguiente, el 41% de las becas expedidas fueron para el sector de las Ciencias de la Salud.

® En Proceso

Gráfico 11.



Fuente: Fondo de Solidaridad. Resultados y Gestión 2012

VI.3 Meta 19: Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20 %.

La finalidad de esta meta es mostrar el grado de deserción de las carreras de Medicina y Enfermería, y las dificultades que se plantean para mantener a los estudiantes dentro de las carreras vinculadas a la salud, teniendo en cuenta los costos asociados a la formación, repetición y abandono dentro de éstas.

Indicador propuesto

Nº de estudiantes que ingresaron en el año t	X 100
Nº de estudiantes que egresaron en el año (t+x)	

Indicador utilizado

Para definir la deserción, así como la titulación, se tomó la definición propuesta por el Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (IESALC).

De acuerdo a la definición del IESALC, *la eficiencia de titulación "E" del sistema (o eficiencia terminal interna)*, puede ser entendida como "la proporción de estudiantes (**T**) que se titula en un año (**t**) en comparación a la matrícula nueva en primer año (**N**), en el tiempo correspondiente a una duración (**d**) de las carreras establecidas en los planes de estudios oficiales."²³

Se ha señalado también que para evitar posibles distorsiones exógenas a las carreras, se deberá promediar el tiempo real de duración de las mismas, a los efectos de nuestros objetivos, al tiempo real de duración se le ha agregado un año más.

De esta forma la tasa de eficiencia interna se formula de la siguiente manera:

$$E = \frac{T(t)}{N(t-d)}$$

Dónde:

T (t) = Es el número de estudiantes "T" que se titula en el año "t".

N (t-d) = Es el número de estudiantes "N" que ingresaron en el año "t-d" que representa el tiempo de duración de la carrera según el plan de estudios.

A partir de esto, se concluye que el complemento de la tasa de eficiencia de titulación será *el rezago, la repetición y la deserción* (1-E). Estudios realizados en Latinoamérica por IESALC sobre la deserción, indican que es esperable que "el 50% de los rezagados de una generación

²³ Boado, Marcelo; *Caracterización y Tendencias de la deserción universitaria en UdelAR 1999-2003*.

—los que no se reciben en el plazo esperado— lleguen a recibirse de cualquier modo (González, 2006)”. Por lo cual la deserción puede estimarse a partir de la siguiente ecuación:

D = Tasa de deserción

$$D = (1-E)*0,5$$

Cuadro 2.

Estimaciones de la deserción (%)

Facultades	2005	2006	2007	2008	2009	2010	PTP*
Enfermería	32,2	22,9	20,0	31,7	25,2	21,8	25,6
Medicina	30,4	31,5	25,2	27,9	26,3	26,2	27,9

Fuente: Elaboración propia. Datos Estadísticas Básica de la UdelaR.

* Promedio Total del Período

El cuadro 6 resume los resultados de las estimaciones de la deserción en las Facultades de Enfermería y Medicina en el período 2005 a 2010. Los datos muestran que el abandono fue cambiante a lo largo de los años considerados, pasando de 32,2% en el 2005 a 21,8% en el 2010 para el caso de Enfermería; y de 30,4% a 26,2% en Medicina.

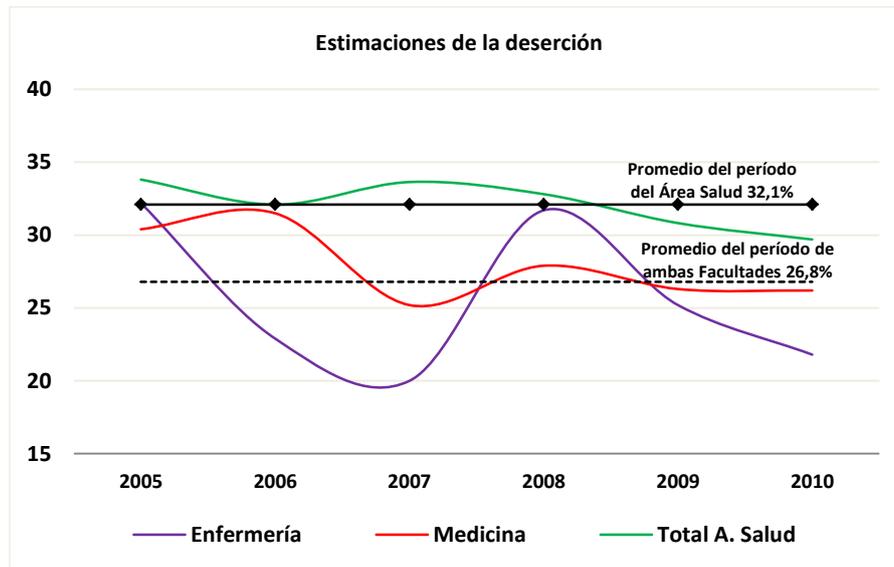
Para evaluar la evolución de la deserción se ha promediado los valores del período, en la última columna se muestra un promedio simples en la que se interpreta que la deserción afecta en mayor proporción a la Facultad de Medicina.

Si bien estos porcentajes están por encima de lo propuesto en la meta, cabe mencionar que ambas facultades son las que demuestran tener un mejor desempeño, es decir menores tasas de deserción dentro del área de la salud, comparándolas con las restantes instituciones y carreras que componen el sector²⁴.

La gráfica a continuación presenta una comparación de las estimaciones de la deserción en Medicina y Enfermería con el global del área de la salud. Como se estima, tanto medicina como enfermería, muestran valores inferiores a la deserción global del área de la salud en todos los años considerados. El promedio total de todo el período de ambas instituciones (medicina y enfermería) es de 26,8%, mientras que el promedio general del conjunto de las carreras que componen el área de la salud se eleva a 32,1%.

²⁴ Ver Informe sobre la Formación en el sector salud de la UdelaR. http://www.msp.gub.uy/uc_5329_1.html

Gráfico 12.



VI.4 Meta 20: El 70 % de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Todas las instituciones públicas y privadas formadoras de RHS a nivel terciario y superior están acreditadas por el Estado. Esta acreditación está debidamente reconocida y constituida por parámetros internacionales de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), criterios inherentes a la realidad del país y teorías de las ciencias de la educación, materializados en distintas normas.

Para las facultades, escuelas e institutos asimilados a facultad, de la órbita pública, las acreditaciones son realizadas por el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República, con asesoramiento de la Asamblea General del Claustro. Cabe recordar que la Universidad de la República goza de autonomía académica y es cogobernada por estudiantes, docentes y egresados, por lo cual no depende de ninguno de los tres poderes del Estado para el ejercicio de la formación.

Para las Universidades, Escuelas e Institutos universitarios de la órbita privada, la acreditación se realiza por parte de la Dirección Nacional de Educación del MEC.

Toda solicitud de autorización para el funcionamiento de una nueva institución de enseñanza terciaria y/o superior privada debe presentarse ante el MEC, con la documentación necesaria para determinar el cumplimiento de los requisitos establecidos por el Decreto 308/995.

La documentación e información presentada por la institución peticionante, deberá contemplar entre otros, el marco jurídico de la institución a crearse, los órganos administrativos y académicos, la elección de sus autoridades, su estructura organizativa, la carrera ofrecida inicialmente, el personal docente con expresión de los antecedentes profesionales, académicos, publicaciones y otros méritos: la sustentabilidad económica del proyecto, equipamiento y material didáctico, los programas de extensión e investigación, el plan de desarrollo para cinco años.

Es importante destacar, que la autorización para funcionar como institución universitaria y el reconocimiento de nivel académico de instituciones terciarias no universitarias que otorga el MEC, es inicialmente de carácter provisional por un lapso de cinco años. En ese lapso, las instituciones de enseñanza terciaria privada “podrán ser revocados por apartamiento relevante de las condiciones tenidas en cuenta para su otorgamiento o por incumplimiento de los planes y programas de desarrollo presentados para ese lapso”²⁵.

Por otra parte, el Ministerio de Educación y Cultura suscribió un convenio con la UdelaR para el apoyo técnico a *la Comisión de Asesoramiento para las Escuelas de Enfermería Privadas*, en temas vinculados a la autorización y supervisión de escuelas de auxiliares de enfermería. La principal tarea es el registro de títulos correspondientes a los cursos dictados por estas Escuelas.

²⁵ Artículo 7 del Decreto 308/995.

En el Área de la Educación Superior se creó el *Consejo Consultivo de Educación Terciaria Privada*.

El Consejo Consultivo de Enseñanza Terciaria Privada está integrado por ocho miembros designados por el Poder Ejecutivo, quienes son ciudadanos de destacada trayectoria académica que no ocupen cargos en órganos de dirección en instituciones de enseñanza terciaria públicas o privadas.

Los miembros del Consejo Consultivo de Enseñanza Terciaria Privada, que permanecerán tres años en sus cargos, actuarán con autonomía técnica en el desempeño de sus funciones de tales y su permanencia no estará condicionada al mantenimiento de la confianza del o los proponentes. El Poder Ejecutivo podrá prorrogar hasta nueva designación el plazo de actuación de los miembros del precitado Consejo Consultivo.

El cometido del consejo es asesorar al Poder Ejecutivo y al Ministerio de Educación y Cultura en las solicitudes de autorización para funcionar, de reconocimiento de nivel académico, en las solicitudes posteriores de inclusión de nuevas carreras y en la revocación de los respectivos actos. El dictamen del Consejo Consultivo previamente a la resolución del Poder Ejecutivo o del Ministerio de Educación y Cultura en su caso será preceptivo pero no vinculante.

**Representación gráfica de los logros alcanzados
DESAFIO E**



Fuente: Elaboración propia

CONSIDERACIONES FINALES

Consideraciones finales

Como se señaló al inicio, el trabajo se fundamentó en la propuesta metodológica establecida por la OPS para la medición de las metas, lo que conllevó en más de una ocasión la adaptación de la información dejando de lado otras consideraciones de carácter menos medibles. Si bien la metodología propuesta es la adecuada y la adaptada para la comparabilidad de los datos entre los países, cabe mencionar que las particularidades que muestra el Uruguay en materia de salud dificulta el desarrollo de un informe más preciso *ya que se entiende que muchos de los objetivos planteados no son del todo medibles y cuantificables tan simplemente.*

A nivel general Uruguay muestra tener un desempeño satisfactorio en relación a los objetivos planteados en los 5 desafíos. Si bien, existe mucho por recorrer y lograr, el desafío más arduo será justamente la forma en que se transite para lograr los cambios necesarios que lleven al alcance de las metas planteadas.

Como es sabido Uruguay ha venido transitando en los últimos años por una transformación del sistema de salud, dentro de este contexto de reformas el rol y la importancia del recurso humano en salud es fundamental para el desarrollo e implementación del nuevo modelo de salud. Aspectos como la calidad y la cantidad, así como la equidad en la distribución de los trabajadores de la salud no son temas novedosos, pero hoy han adquirido una importancia crucial, demandando un análisis más profundo y crítico sobre la situación real de los RHS.

Si bien, se ha mostrado que la densidad de RHS en relación a la población (médicos, enfermeras y obstetras parteras) es casi dos veces y media más elevada que los parámetros estipulados internacionalmente, el desequilibrio relacional entre profesionales es bastante desigual. Por una parte se podría estar hablando de una alta disponibilidad de la población médica, situación con tendencias a seguir en aumento en la medida que el ritmo de incremento de la formación de estos profesionales está muy por encima del propio crecimiento poblacional; y por otro un déficit de enfermeras y parteras que si bien ha mostrado transitar por un proceso de incremento, dicho transcurso es lento.

Por otra parte, temas como la configuración de los Equipos Básicos de Salud (EBS), así como la elaboración de una política específica de salud para el medio rural son cuestiones que han comenzado su andar, mostrando en principio ser cuestiones urgentes que reclaman una rápida consolidación como componentes estructurales del campo de la salud.

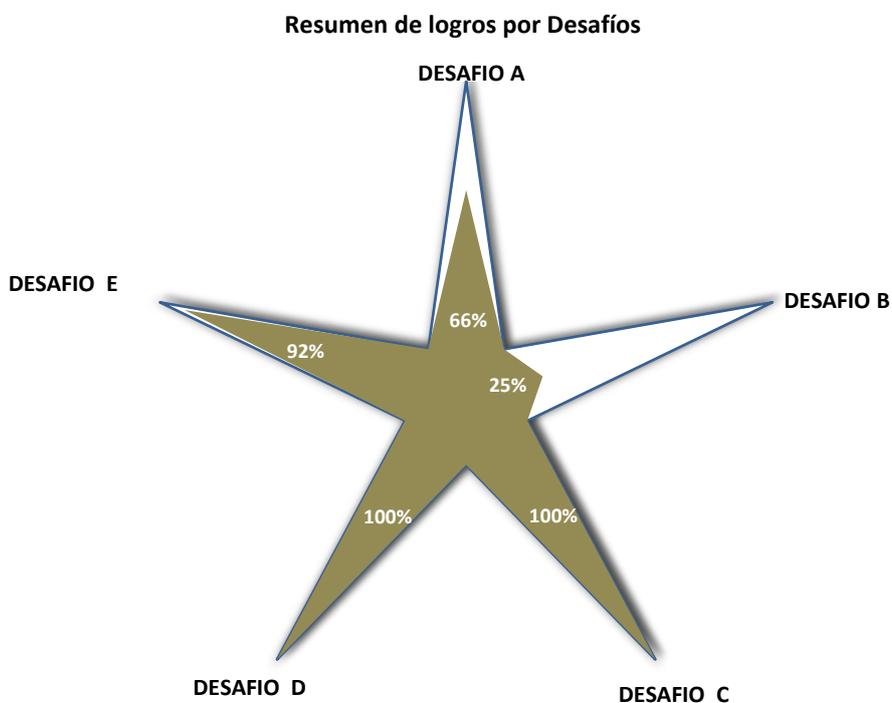
Hoy nos encontramos con un Plan Nacional de Salud Rural en desarrollo que se ha orientado a abordar tres aspectos claves, como son la accesibilidad, la integralidad asistencial y la continuidad de la atención de salud. Esta línea de acción también ha abierto la discusión sobre

la necesidad de definir de manera concreta la composición de los EBS y su función dentro del proceso asistencial.

Estos esfuerzos desarrollados por el MSP para potenciar la asistencia de salud deberán ser reforzados con medidas orientadas a dar sostenibilidad al sistema y fomentar la disponibilidad, capacitación y retención de los RHS existentes y en vías de formación.

La configuración en la órbita del MSP de una División de RHS especializada en aspectos técnicos referentes al mercado de trabajo y al proceso formacional de los trabajadores de salud, apunta justamente a fortalecer los mecanismos de monitoreo y análisis de la situación de los RHS en el SNIS.

En fin, a continuación se sistematiza de forma gráfica los logros alcanzados por Uruguay en los 5 desafíos planteados:



Fuente: Elaboración propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acta de Consejo de Salarios Grupo 15, Julio 2008, numeral 18
- Boado, Marcelo; Caracterización y Tendencias de la deserción universitaria en UdelaR 1999-2003.
- Decreto 108/007/Resolución Ministerial de fecha 06/09/2007 – Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). Uruguay
- Decreto 308/995. http://educacion.mec.gub.uy/educ_terciaria/Decreto%20N308995.doc.
- Decreto 464/2008 Contratos de Gestión MSP-JUNASA. CAMBIO DEL MODELO ASISTENCIAL Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN.
- Distribución de los RRHH en salud en el Uruguay. División de RHS del SNIS/MSP. Montevideo, 20122. ISSN: 1688-8235. http://www.msp.gub.uy/uc_7261_1.html
- Estadísticas Básicas de la Universidad de la República. Versiones 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011. Grafinel, Montevideo.
- Felipe Schelotto; Dra. Diana Doménech: Documento del *Instituto de Atención primaria de Salud*: Facultad de Medicina. Agosto–Octubre 2006.
- Informe de ejecución de los programas de capacitación de ASSE, Montevideo, mayo de 2009.
- Larrosa, Ana; Buffa, Cyntia; Langone, Diego; Soria, Diego; Lucas, Gonzalo; Pereda, Patricia; Núñez, Sergio; Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud: Desarrollo y Presentación de los Primeros Resultados. Montevideo 2010; MSP.
- LEMAITRE, María; ATRIA, José; *Antecedentes para la Legibilidad de Títulos en Países Latinoamericanos*, CINDA – IESAL/UNESCO; www.wisis.ufg.edu.sv/www.wisis/documentos/M0/M000/292.pdf.
- Ley de Migración. 18.250. República Oriental del Uruguay.
- Ley Nº 18.566. Sistema de negociación colectiva. Principios y derechos fundamentales del sistema de negociación colectiva- República Oriental del Uruguay.
- Manual de Medición y Monitoreo. Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. OPS/ Washington, DC. Mayo del 2011.
- MEC; Anuario Estadístico de Educación 2011. Dirección de Educación. Área de Investigación y Estadística. Montevideo/Uruguay 2012. ISSN 0797-6038
- Núñez, Sergio; “La Formación en el Área de la Salud de la Universidad de la República” 2011; ISSN: 1688-8235. http://www.msp.gub.uy/uc_5329_1.html
- OPS/MSP; Perfil de los Recursos Humanos en Salud. Galileo Galilei. Montevideo; 2007.
- OPS/OMS; Perfil de los Sistemas de Salud de la República Oriental de Uruguay: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. USAID; Washington, D.C.: OPS, 2009.

- Plan Nacional de Salud Rural. “Un medio rural habitable para un país de primera. Departamento de Programación Estratégica de Salud/MSP.
- Programa Capacitación RHS FEMI.
http://www.femi.com.uy/...capacitacion/Programa_de_capacitacion_FEMI.doc.
- Un nuevo plan de estudios, en *Revista Médica del Uruguay*, Vol. 24 Nº 4, Diciembre 2008.
- <http://www.ucu.edu.uy/Home/Facultadesy%C3%81reas/Enfer%C3%ADayTsdelaSalud/Posgrados/SaludComunitariaAPS/tabid/1467/Defau.aspx>.
- <http://www.fenf.edu.uy/enfermeria/Gestion/Bedelia/plan93.htm>
- <http://www.fenf.edu.uy/posgrado/curso09.pdf>.
- http://www.mtss.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=1632&Itemid=300
- http://www.mtss.gub.uy/index.php?option=com_content&task=view&id=1578&Itemid=%201578
- <http://www.smu.org.uy/elsmuy/organismos/ces/cuadernos/cuadernos2/art4.pdf>
- http://www.um.edu.uy/ieem/programa/1_7_master-en-direccion-de-empresas-de-salud/.
- http://www.um.edu.uy/cienciasbiomedicas/carreras/26_Maestria-en-Medicina-Familiar-y-Comunitaria/.
- http://www.universidad.edu.uy/ensenanza/posgrados/interuniv/Gestion_Servicios_Salud.pdf.