



**Ministerio
de Salud Pública**

1era. Estrategia Nacional de Recursos Humanos en el SNIS

MSP 2025-2030



Propuesta hacia la creación de la
1era. ESTRATEGIA NACIONAL DE RHS EN EL SNIS. MSP 2025 – 2030

4 de noviembre de 2025

CONTENIDO

1. ALCANCE	1
2. ANTECEDENTES PRINCIPALES.....	1
3. ANALISIS DE SITUACIÓN DE LOS RHS en URUGUAY 2024	2
4. PROPÓSITO.....	4
5. DIRECCIÓN.....	5
6. OBJETIVOS	6

1. ALCANCE

El presente documento constituye una hoja de ruta para la actual gestión del gobierno nacional en el ámbito de la salud, orientada a enfrentar un desafío estratégico clave para el Uruguay: la dotación y distribución de los Recursos Humanos en Salud (RHS). Para esto, se presentan los aspectos centrales hacia la implementación y monitoreo de una Estrategia Nacional de Recursos Humanos en Salud (RHS), en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), impulsada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) para el período 2025–2030.

2. ANTECEDENTES PRINCIPALES

A partir del diseño e implementación del SNIS, el MSP comienza a desarrollar en el año 2006 los primeros sistemas que relevan información acerca de la disponibilidad de recursos humanos en el sector salud.

En el año 2010 se crea la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de la Salud (DEMPESA). Esta División fue creada con el objetivo de aportar a la construcción y diseño de políticas para el desarrollo de los RHS acorde a la realidad sanitaria de la población, las necesidades y objetivos del SNIS y a las expectativas y derechos de los usuarios del sistema.

Durante la administración 2010 – 2015, se priorizan especialmente las políticas de recursos humanos como un aspecto clave en el desarrollo de la rectoría del MSP: modificación de los regímenes de trabajo médico, participación activa del MSP en la negociación colectiva, desarrollo de ámbitos de trabajo interinstitucional con los distintos actores vinculados a la formación de RHS, entre otras iniciativas.

En 2012 se publican los “Componentes de la planificación estratégica nacional de los recursos humanos en la Salud”.¹ En dicho documento del MSP, se identificaban como principales problemas la distribución de los recursos humanos en el territorio, la escasez relativa de enfermería profesional y algunas especialidades médicas, la fragmentación del trabajo dentro y entre instituciones y las inequidades en la disponibilidad de personal capacitado entre subsectores.

A partir del año 2016 y como consecuencia de los acuerdos de Consejo de Salarios, el MSP comienza a desarrollar una estrategia de capacitación orientada a los trabajadores de la salud, en aspectos prioritarios para la rectoría.

En el año 2021, a través de la cooperación de OPS se publica el documento “Desarrollo de un modelo sistemático para la planificación de especialidades médicas en Uruguay”.² Este documento es el producto final de la acumulación de esfuerzos desarrollados desde la DEMPESA y la academia en la construcción de una metodología para la medición de brechas de especialistas a nivel nacional. A partir de estos insumos, en el año 2023 la DEMPESA publica una versión actualizada de ese modelo de estimación de brechas, donde se incorpora la dimensión territorial.³

La presente estrategia procura ser un nuevo hito en la priorización de los RHS y en la construcción de una hoja de ruta de políticas a implementar.

3. ANALISIS DE SITUACIÓN DE LOS RHS en URUGUAY 2024

1. Caracterización General del Sector Salud

El sistema de salud uruguayo se distingue por la complejidad de sus servicios, lo que demanda una amplia diversidad de perfiles profesionales, rangos etarios y funciones organizacionales. Esta heterogeneidad se refleja en la coexistencia de múltiples regímenes laborales y elevados niveles de multiempleo, lo cual plantea desafíos significativos para la planificación y gestión del recurso humano.

La fragmentación de cargos entre subsectores y al interior de las instituciones, así como las diferencias salariales para funciones equivalentes, dificultan la articulación sistémica y la eficiencia operativa del sector.

2. Composición Demográfica y Laboral

Según la Encuesta Continua de Hogares (ECH) de 2024, el 74% del personal del sector salud está compuesto por mujeres, cifra que supera ampliamente el promedio nacional (45%). Esta feminización del mercado laboral en salud tiene implicancias relevantes para el diseño de políticas con enfoque de género. En cuanto a la composición por grupo de trabajadores, según

1 <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/componentes-de-la-planificacion-estrategica-nacional-de-los-recursos>

2 <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/desarrollo-modelo-sistemico-para-planificacion-especialidades-medicas>

3 <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/distribucion-territorial-especialidades-medicas>

la ECH del 2024, el 50% está conformado por personal de administración, servicios y oficios, 12,8% médicos, 14,7% auxiliares de enfermería, 5% licenciadas en enfermería y un 17,5% por otros profesionales.

A nivel internacional, Uruguay presenta una dotación favorable de RHS, superando incluso los estándares europeos en cuanto a médicos y odontólogos. No obstante, persisten debilidades en la disponibilidad de licenciadas en enfermería, ciertas especialidades médicas y técnicas diagnósticas. Aunque se han registrado avances en la formación de licenciadas en enfermería, aún se observa una sobrecarga de funciones en el personal auxiliar.

La relación entre médicos y licenciadas en enfermería evidencia un desequilibrio estructural: existen 0,35 licenciadas por cada médico y 0,25 por cada auxiliar, lo que limita la capacidad de atención integral y multidisciplinaria.

3. Distribución Territorial

Uno de los principales desafíos del sistema continúa siendo la distribución geográfica desigual de los profesionales de la salud. La concentración en Montevideo, su área metropolitana y los principales centros urbanos del interior responde, en parte, a la localización de los centros formativos.

La evidencia disponible muestra que una de las estrategias más eficaces para favorecer la radicación de profesionales y equipos en el interior del país es la descentralización de la formación⁴. Esta medida no solo facilita que las personas permanezcan en sus lugares de origen, sino que también promueve que quienes se forman en una región tiendan a establecerse en ella. Asimismo, la instalación de propuestas formativas implica la presencia de docentes con experiencia, quienes a su vez suelen desempeñar funciones asistenciales en el territorio, fortaleciendo el sistema de salud local.

Por otra parte, la densidad de cargos por lugar de trabajo muestra una mayor concentración en la región Sur, aunque esta distribución es menos desigual que la observada por lugar de residencia, reflejando mejor la distribución poblacional.

A continuación, se presenta un resumen de la distribución de cargos por región y subsector (ASSE e IAMC), según especialidad y profesión, con datos extraídos del SIPS y RUCAF 2024.

4 Briozzo, L. et al. Estrategia para la radicación de especialistas en ginecología en el interior del Uruguay: descentralización de los escenarios formativos. Rev Méd Urug, 2025 41(1): e501-
<https://doi.org/10.29193/RMU.41.1.8>

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE RHS POR REGIÓN⁵ Y SUBSECTOR, 2024. DENSIDADES CADA 10MIL USUARIOS

	Región							
	Norte		Este		Oeste		Sur	
	ASSE	IAMC	ASSE	IAMC	ASSE	IAMC	ASSE	IAMC
Medicina								
Medicina General	8.21	11.96	12.23	13.68	12.18	15.32	10.18	10.35
Pediatría	11.85	17.92	10.55	17.16	15.03	20.89	14.40	18.13
Medicina Familiar	0.67	0.60	0.90	0.24	0.99	0.51	2.22	0.63
Psiquiatría adultos	0.47	0.87	0.61	0.78	1.24	0.85	1.25	0.86
Psiquiatría infantil	0.98	0.81	0.60	2.07	0.85	0.96	2.07	1.49
Ginecología	2.43	5.43	3.38	3.55	3.60	4.18	2.41	3.31
Anestesiología	0.77	1.32	0.60	1.37	0.97	1.46	1.96	1.91
Cirugía general	0.98	1.69	0.82	1.52	1.72	1.91	1.27	1.54
Enfermería								
Lic. Enfermería	8.56	11.17	7.80	10.79	8.73	9.57	12.66	11.64
Aux. Enfermería	36.12	41.25	41.95	46.87	52.46	47.65	58.25	40.04
Otras profesiones								
Psicología	0.60	1.54	1.12	1.19	1.09	1.31	2.07	1.35
Trabajo Social	0.39	0.32	0.50	0.16	0.80	0.41	1.26	0.22

El análisis sugiere que, si bien Uruguay cuenta con una dotación global favorable de RHS, persisten desafíos estructurales en cuanto a la equidad territorial, la distribución por especialidad, la feminización del sector y la planificación interinstitucional⁶.

La regionalización de la formación, el fortalecimiento de la enfermería profesional y la articulación de políticas con enfoque de género y envejecimiento laboral emergen como líneas estratégicas prioritarias para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, eficiente y humanizado.

4. PROPÓSITO

La Estrategia Nacional de RHS, concebida como una Política de Estado, tiene como propósito fortalecer la calidad y la seguridad de las prestaciones integrales del SNIS, al tiempo que promueve la excelencia en la formación de los RHS. Además, busca constituirse en un marco orientador para la comunicación y articulación política en la materia.

Con este fin, la Estrategia se propone reducir las inequidades existentes, tanto a nivel territorial como entre los distintos subsectores, asegurando la universalidad y oportunidad en

⁵ Región Norte: Artigas, Salto, Paysandú, Rivera y Tacuarembó; Este: Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres; Oeste: Colonia, Durazno, Flores, Florida Río Negro, San José y Soriano; Sur: Canelones y Montevideo.

⁶ Ver datos complementarios en Anexo 1.

el acceso a la atención. Los lineamientos y acciones que la integran contribuyen, a su vez, al cumplimiento de las dos primeras prioridades definidas por el MSP:

1. Lograr una mejora de la calidad de la atención a la salud en todo el territorio nacional brindando atención de forma oportuna y con la debida continuidad y calidad asistencial acorde a las necesidades de atención de la ciudadanía.
2. Mejorar el acceso a la atención de calidad en tiempos adecuados de acuerdo a las necesidades y problemas de salud de las personas y su entorno. Esto abarca la atención por profesionales de la salud adecuadamente capacitados y con roles claramente definidos; acceso a la atención por especialistas en forma y tiempo adecuado; acceso a indicación, realización, interpretación adecuada de estudios diagnósticos y la adecuada respuesta con sus resultados; y el acceso adecuado a procedimientos necesarios en el proceso diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación.

5. DIRECCIÓN

El MSP, en su rol de rector, será el responsable de liderar la estrategia, la cual se formalizará a través de un conjunto de normas, estructuras y convenios que faciliten su implementación. Para su conducción, se conformará un grupo de gestión bajo la órbita de la Subsecretaría, con la participación de las distintas direcciones generales. Asimismo, se trabajará de forma coordinada con diversos actores e instituciones vinculadas a los RHS, generando espacios de trabajo conjunto, entre los que se destacan:

- Consejo Nacional Honorario de Residencias Médicas
- Comisión de relacionamiento entre el MSP y la Facultad de Medicina (FMED) de la Universidad de la República (UdelaR)
- Comisión de gestión del programa de Fortalecimiento de Recursos Humanos (FRH) en ASSE
- Comisión consultiva con el área Salud de la UdelaR
- Comisión Nacional de Enfermería (CONAE)
- Comisión de Recursos Humanos en Salud (RHS) de la JUNASA
- Comisión MSP – Ministerio de Educación y Cultura (MEC)

En el marco de la estrategia nacional de RHS, se promoverá la elaboración de planes departamentales a cargo de las Direcciones Departamentales de Salud (DDS), en el ámbito de las JUDESAS y con el apoyo de la DIGECOR. Estos planes deberán contemplar el diseño de una estrategia departamental de RHS, basada en la situación identificada a través de los procesos de monitoreo y evaluación. A su vez, los planes departamentales abordarán el desafío de garantizar la dotación de personal en los dispositivos de salud del medio rural.

6. OBJETIVOS

Objetivo General:

Asegurar la equidad en el acceso a los equipos y servicios de salud en todo el territorio nacional, garantizando la calidad y seguridad en los procesos asistenciales.

Objetivos específicos:

- 1- Contribuir a mejorar la dotación y formación de los RHS y su distribución en el territorio nacional.
- 2- Fortalecer los Equipos de Salud para mejorar la accesibilidad y los tiempos de espera.
- 3- Consolidar el desarrollo profesional continuo.

Para el logro del objetivo general de la propuesta, en primer lugar, se requiere de manera preceptiva la elaboración de un diagnóstico respecto de las desigualdades territoriales y entre subsectores asistenciales, con base departamental y local. Esto permitirá contar con información pertinente a la hora de planificar las necesidades de RHS en todas las profesiones del área salud en el actual período de gobierno. Los antecedentes antes mencionados en relación con este tipo de diagnóstico, particularmente en la medicina y enfermería, son un insumo de gran relevancia, que deberán ser complementados con el análisis de situación de las demás profesiones vinculadas a la atención en salud.

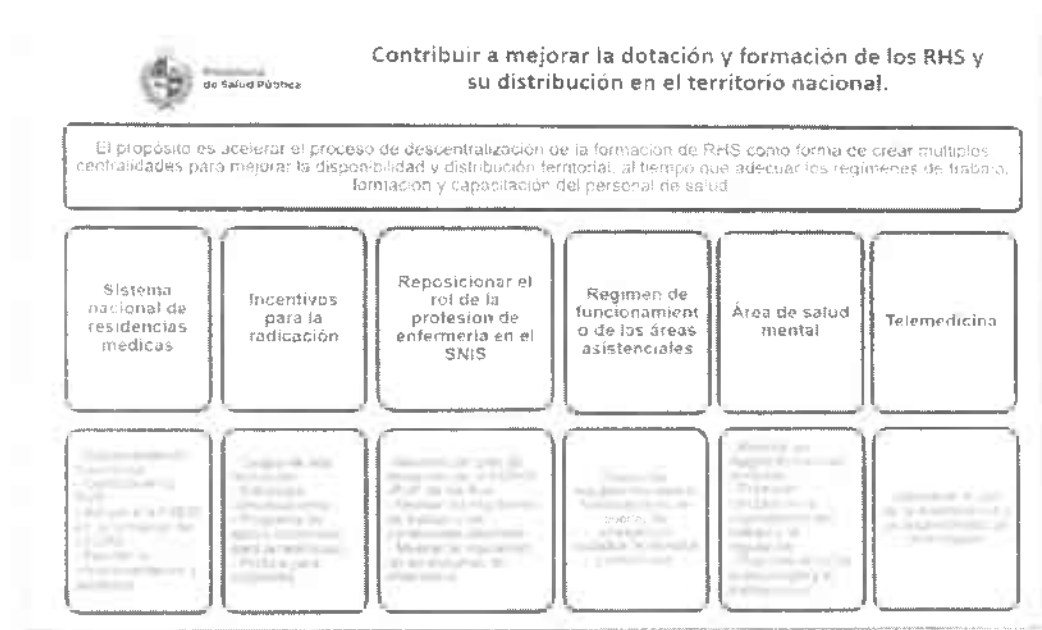
En segundo término, es necesario generar una herramienta de valoración de necesidades e impacto de la formación de RHS, que, junto al refinamiento del modelo de estimación de la oferta, permita identificar con precisión y proyectar hacia adelante las brechas de RHS.

En lo que sigue, se profundiza en cada uno de los objetivos específicos definidos previamente.

1. CONTRIBUIR A MEJORAR LA DOTACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS RHS, Y SU DISTRIBUCIÓN EN EL TERRITORIO NACIONAL

El propósito es acelerar el proceso de descentralización de la formación de RHS como forma de crear múltiples centralidades para mejorar la disponibilidad y distribución territorial, al tiempo que adecuar los regímenes de trabajo, formación y capacitación del personal de salud. Los componentes se muestran en la figura 1.

FIGURA 1. OBJETIVO 1 DE LA 1ERA ERHS



1.1. Sistema nacional de residencias médicas (SNRM)⁷

Considerando las bases en las que se sustenta el SNIS, se plantea como prioritario la reglamentación del fideicomiso de financiación del Programa Nacional de Residencias Médicas⁸, que tiene como lineamientos estratégicos:

- Descentralización⁹: el fideicomiso puede facilitar la expansión del SNRM hacia el interior del país mediante financiamiento estable.

⁷ En Anexo 2 se presentan datos sobre la distribución de los cargos de residencias médicas por región y subsector.

⁸ <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20382-2024>

⁹ Los cargos de residencias médicas se encuentran concentrados en Montevideo, en una relación 4:1 respecto al interior del país.

- **Transparencia:** la reglamentación debe garantizar trazabilidad de fondos y mecanismos de control.
- **Sostenibilidad:** incluir cláusulas que permitan ajustes presupuestales y nuevas fuentes de financiamiento.

Otras acciones en cuanto al SNRM:

- Evaluar cambios en la Prueba Única de Residencias, para incentivar la radicación en el territorio, por ejemplo, a través de un sistema diferenciado de puntaje en la prueba por lugar de residencia.
- Apoyar a la FMED en la formación de CEDAS en las especialidades médicas y anestésico quirúrgicas con mayor brecha en todos los departamentos.
- Facilitar la complementación de servicios, infraestructura y acuerdos entre prestadores públicos, privados y otras instituciones presentes en los territorios y la FMED, a través de las DDS, para aumentar los dispositivos de formación.

1.2. Incentivos para la radicación

Se trabajará en conjunto con los colectivos de trabajadores y los prestadores de salud con el propósito de generar un programa que favorezca la radicación de profesionales en el interior del país, con énfasis en regiones de alta demanda.

Se propone llevar adelante ciertas medidas que introduzcan incentivos específicos para la radicación de profesionales en lugares donde se detecten necesidades urgentes:

- a. Cargos de alta dedicación a los que se pueda acceder en FEPREMI-ASSE. Estudiar la factibilidad de que sea antes de terminar la residencia o postgrado con el objetivo de que la persona tenga un trabajo de buena calidad asegurado y lo sepa con anticipación.
- b. Llamados a equipos de trabajo. Se plantea como estrategia para formar servicios fuertes que den respaldo a quienes van a radicarse.
- c. Estrategia comunicacional para la radicación.
- d. Programa de apoyo económico para la radicación similar a los programas de desarrollo universitario impulsados por la Udelar para la radicación de docentes en el interior.
- e. Política específica para migrantes, mejorando la calidad y eficiencia del proceso de reconocimiento/reválidas e incentivos a la radicación en el interior.

1.3. Reposicionar el rol de la profesión de enfermería en el SNIS

Se trabajarán un conjunto de acciones para el incremento de la dotación, mejora de los regímenes de trabajo e inserción en los niveles asistenciales del sector salud.

1.3.1. Revisión y actualización del plan de desarrollo de enfermería de la CONAE

La CONAE tiene entre sus cometidos centrales la definición de políticas para el desarrollo de la enfermería a nivel nacional. En este marco, una de sus propuestas recientes ha sido la elaboración del Plan de Desarrollo de la Enfermería 2030, que define acciones orientadas a la dotación, la reglamentación y el fortalecimiento de las estrategias de cuidados de enfermería.

Como primer paso para reposicionar el rol de la enfermería en el SNIS, se propone actualizar dicho plan y, en ese contexto, revisar tanto la conformación de la CONAE como la ordenanza vigente que la regula¹⁰.

1.3.2. Profesionalización de las auxiliares actuales

El objetivo es fomentar la culminación del bachillerato en auxiliares de enfermería y promover la realización de la carrera de licenciada en un trabajo conjunto con la Udelar y los prestadores del sector, a partir del diseño de dispositivos formación - docencia - atención.

El Programa de la Udelar 2025¹¹ está dirigido a auxiliares de enfermería que desempeñan funciones en servicios específicos (Centro Hospitalario Pereira Rossell, Red de Atención Primaria, Área Metropolitana, Hospital Maciel, Hospital Vilardebó, Hospital Policial, Hospital de Clínicas, Intendencia Municipal de Montevideo); siendo requisitos de acceso contar con título de auxiliar de enfermería registrado en el MSP, constancia que acredite un mínimo de 3 años de ejercicio laboral como auxiliar de enfermería y evaluación satisfactoria de la jefatura del Departamento de Enfermería del servicio donde se desempeña. Se plantea ampliar la oferta estableciendo mesas de trabajo con el área salud de la Udelar, favoreciendo la descentralización.

1.3.3. Revisar los regímenes de trabajo y las condiciones laborales del colectivo de enfermería

Revisar y adecuar las condiciones y regímenes laborales, atendiendo a las particularidades de una fuerza de trabajo mayoritariamente integrada por mujeres. Asimismo, se considerará la carga física asociada a las distintas funciones, la necesidad de ajustar los cargos en función de la edad y otros aspectos relevantes. Para ello, se propone avanzar en un trabajo coordinado con representantes de trabajadores y prestadores, en el marco de las comisiones que se conformen a partir de los acuerdos del Consejo de Salarios.

¹⁰ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/resolucion%20conae.pdf>

¹¹ <https://www.fenf.edu.uy/programa-profesionalizacion-auxiliares-enfermeria>

1.3.4. Mejorar la regulación de las escuelas de enfermería

En este sentido, es necesario fortalecer el trabajo de las comisiones existentes con el MEC y la UdelaR, en particular las vinculadas al seguimiento de los cursos. Asimismo, se requiere revisar los campos de práctica en el interior del país y robustecer los sistemas de información del MEC, dado que los procesos de habilitación de las escuelas se concentran actualmente en los aspectos administrativos, sin otorgar la debida relevancia a los contenidos curriculares.

1.4. Régimen de funcionamiento de las áreas asistenciales

Para garantizar un acceso similar entre servicios de distintos prestadores y zonas geográficas, es fundamental avanzar en normativas específicas sobre el funcionamiento por áreas asistenciales. Estas regulaciones no solo garantizarán igualdad en el acceso para los usuarios, sino que también permitirán una mejor planificación de los recursos humanos en función de las necesidades a mediano plazo.

En este marco, se propone desarrollar regulaciones para el funcionamiento de puertas de emergencia, cuidados moderados y policlínicas, estableciendo criterios claros en cuanto a dotaciones y operatividad. Asimismo, se trabajará en el diseño de indicadores que permitan evaluar la calidad de estos servicios.

1.5. Área de salud mental

La salud mental constituye una prioridad para el MSP, tal como lo reafirma la línea de base en salud elaborada en 2024. En este marco, se vienen desarrollando dos estrategias complementarias.

Por un lado, la rectoría del SNIS a través de la reglamentación y la implementación de dispositivos asistenciales en todo el país. Por otro lado, el abordaje de la salud mental desde la emergencia social, con acciones específicas orientadas a responder a esta situación crítica.

En materia de recursos humanos, el trabajo deberá orientarse en el corto plazo a responder a la emergencia social detectada y, en el mediano y largo plazo, a promover cambios en la organización, la forma de trabajo y la regulación.

Para ello, resulta imprescindible establecer, desde las JUDESAS, un diagnóstico de los requerimientos asistenciales y ejercer el rol rector en la provisión de dichos recursos, en coordinación con la JUNASA y mediante mesas de diálogo con los prestadores.

Asimismo, se considera prioritario potenciar el rol de la psicología y el trabajo social dentro de los prestadores de salud. Para avanzar en este objetivo, se prevé trabajar conjuntamente con los servicios universitarios correspondientes, en el diseño de estrategias específicas.

1.6. Telemedicina

Fortalecer el uso de la telemedicina con foco en la atención en zonas rurales, la reducción de inequidades y la disminución de los tiempos de espera para el acceso a especialistas.

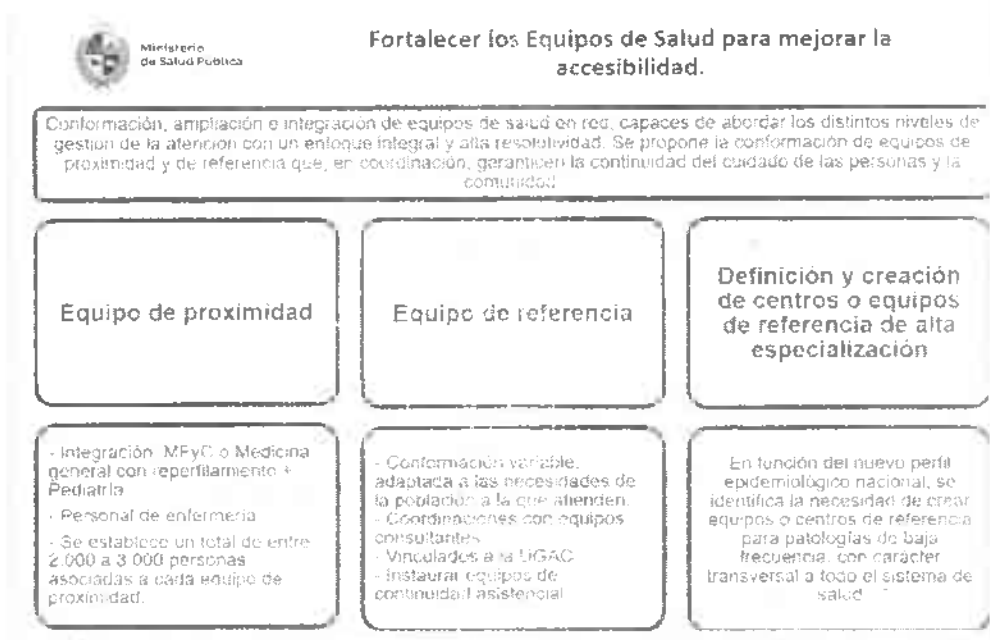
Garantizar la disponibilidad de los medios tecnológicos y la conectividad necesarios para la realización de interconsultas y segundas opiniones, priorizando el apoyo al primer nivel de atención. Asimismo, asegurar el acceso a consultas con especialistas que no integren el equipo básico, en aquellos casos en que sea requerido.

2. AMPLIACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD

En el marco del compromiso por mejorar la calidad y oportunidad de la atención, se plantean estrategias orientadas a fortalecer el primer nivel de atención, concebido desde los inicios del SNIS como la base para la implementación del modelo asistencial. Una de las líneas estratégicas centrales es la conformación, ampliación e integración de equipos de salud en red, capaces de abordar los distintos niveles de gestión de la atención con un enfoque integral y alta resolutivez. En este sentido, se propone la conformación de equipos de proximidad y de referencia que, en coordinación, garanticen la continuidad del cuidado de las personas y la comunidad.

Más allá de las características generales de conformación de los equipos de salud que se detallan a continuación, se plantea la necesidad de atender las particularidades de la atención en zonas rurales. Esto implica el desarrollo de diseños específicos que contemplen la integración del personal de salud, la cantidad de población de referencia y los perfiles de cargos requeridos. Los componentes se muestran en la figura 2.

FIGURA 2. OBJETIVO 2 DE LA 1ERA ERHS



2.1 Equipo de proximidad

Tiene una composición fija y estable, integrado por:

- Medicina familiar y comunitaria (MFyC) o Medicina general con reperfilamiento y Pediatría.
- Personal de enfermería (licenciada o auxiliar según disponibilidad).

Se tenderá a cargos de alta dedicación de los equipos de proximidad con funciones específicas a establecer (175 horas mensuales). Se integrará la atención de policlínica, atención domiciliaria no urgente y actividades que no implican la atención directa, como caracterización de la población de referencia, educación para la salud, trabajo en red, prevención de enfermedades, entre otras¹².

Se establece un total de entre 2.000 a 3.000 personas asociadas a cada equipo de proximidad.

¹² En Anexo 3 se presenta un ejemplo de los perfiles en cuanto a la distribución de horas para cada actividad.

2.2 Equipo de referencia

Los equipos de referencia tendrán una conformación variable, adaptada a las necesidades de la población a la que atienden. Entre los profesionales que podrán integrarlos se destacan pediatras, ginecólogos, obstetras-parteras, psicólogos, odontólogos, trabajadores sociales, licenciados en enfermería, psiquiatras y nutricionistas, entre otros.

Estos equipos tendrán coordinaciones con equipos consultantes cuando sea necesaria una segunda opinión, recurriendo a profesionales con formación específica en el área requerida. Asimismo, deberán disponer de una logística institucional que garantice la coordinación o derivación urgente de pacientes a diferentes centros, lo que requiere una adecuada articulación y complementación de servicios a nivel local y regional.

Cada equipo de referencia será el apoyo de uno o más equipos de proximidad y, en su conjunto, conformarán el equipo de salud del primer nivel de atención. Estos equipos estarán vinculados a las Unidades de Gestión de Agenda Clínica (UGAC), a fin de contar con apoyo en la gestión de consultas y asegurar el acceso oportuno a la atención.

Considerando la priorización sanitaria del abordaje de la salud mental en Uruguay, se plantea la necesidad de capacitar especialmente a estos equipos para la detección temprana de situaciones que requieran un abordaje prioritario.

Adicionalmente, se pretende instaurar **equipos de continuidad asistencial** destinados a atender situaciones de alta vulneración de derechos, falta de adherencia a seguimiento, siendo facilitadores de interconsultas.

2.3 Definición y creación de centros o equipos de referencia de alta especialización

En función del nuevo perfil epidemiológico nacional, se identifica la necesidad de crear equipos o centros de referencia para patologías de baja frecuencia, con carácter transversal a todo el sistema de salud. Para ello, será necesario determinar los problemas de salud que requieran atención y resolución en el ámbito regional o nacional, de modo que los tratamientos de alta complejidad, que demandan personal altamente calificado e infraestructura especializada, se concentren en dichos centros o equipos de referencia.

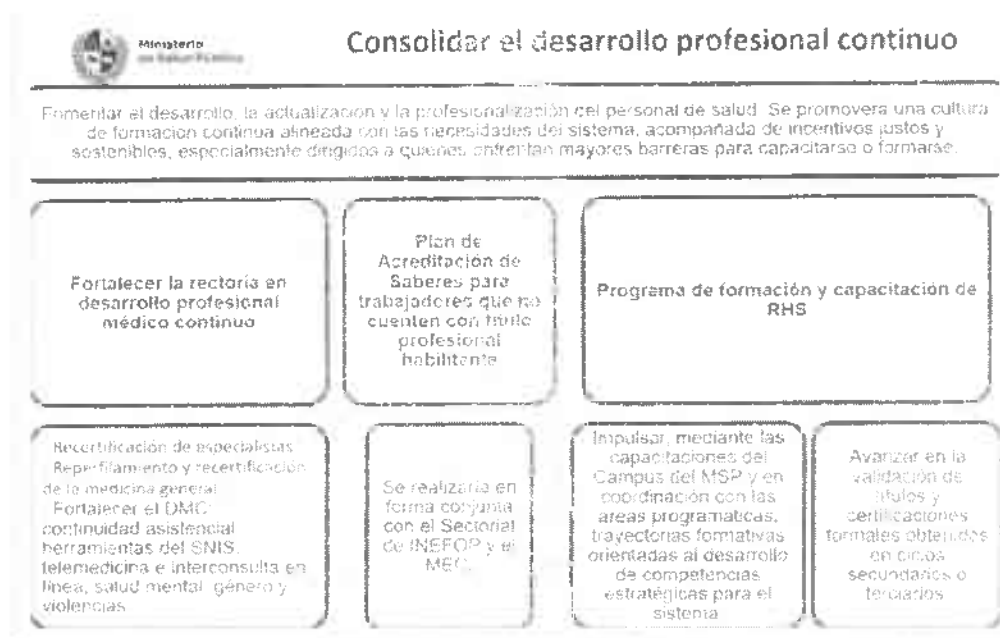
3. CONSOLIDAR LA FORMACION TECNICA Y EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

En el marco del fortalecimiento de la calidad del sistema de salud, uno de los principales desafíos es fomentar el desarrollo, la actualización y la profesionalización del personal de salud. Para ello, se promoverá una cultura de formación continua alineada con las necesidades del sistema, acompañada de incentivos justos y sostenibles, especialmente dirigidos a quienes enfrentan mayores barreras para capacitarse o formarse.

Asimismo, se impulsará la instalación de trayectorias de desarrollo profesional coherentes con las prioridades estratégicas del MSP, tales como la salud mental, el fortalecimiento del primer nivel de atención, la telemedicina, y la incorporación de enfoques de género y violencia, entre otros.

A continuación, se detallan las principales acciones previstas, las cuales se sistematizan en la figura 3.

FIGURA 3. OBJETIVO 3 DE LA 1ERA ERHS



3.1 Fortalecer la rectoría en desarrollo profesional médico continuo (DPMC) del CEPREM

Se plantean como lineamientos prioritarios del MSP:

- **Recertificación de especialistas.** La recertificación responde a los principios del profesionalismo médico, a los cambios en las necesidades de salud, a los avances del conocimiento científico y a la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. El Programa Nacional de Recertificación Voluntaria se basa en el modelo de certificación de competencias profesionales en la práctica real de nuestro país¹³. Actualmente, varias especialidades ya han transitado el proceso de recertificación y otras se encuentran en curso.
- **Reperfilamiento y recertificación de la medicina general.** En el caso de los médicos generales, al no existir una única sociedad científica ni cátedra de referencia que permita elaborar un portafolio de recertificación, la CEPREM asumió la responsabilidad de impulsar, organizar y facilitar este proceso. En ese marco, el programa específico de recertificación para médicos generales ya se encuentra estructurado. Se plantea fortalecer,

¹³ En el año 2016, se firmó un Acuerdo Marco entre el CMU, la Facultad de Medicina, el MSP y la Academia Nacional de Medicina, creando la Comisión de Educación Profesional y Recertificación Médica (CEPREM), con el objetivo de implementar un Programa Nacional de Recertificación Médica Voluntaria.

desde el MSP, el desarrollo y la definición de las competencias a certificar, en coherencia con los principios rectores del SNIS. El proceso de recertificación deberá orientarse al reperfilamiento de la medicina general hacia el primer nivel de atención, promoviendo una mayor capacidad resolutive y poniendo especial énfasis en la medicina familiar y comunitaria.

- Fortalecer el desarrollo médico en cuanto a continuidad asistencial, herramientas del SNIS, telemedicina e interconsulta en línea, salud mental, género y violencias.

3.2 Plan de Acreditación de Saberes para trabajadores que no cuenten con título profesional habilitante

Se plantea realizar un plan de acreditación de saberes con obtención de títulos, para aquellos trabajadores que cumplen tareas que requieren título habilitante, pero que no cuenten con el mismo. Este plan se realizaría en forma conjunta con el Sectorial de INEFOP y el MEC. Ejemplos: auxiliares de servicio, supervisión e intendencia de centros de salud.

3.3 Programa de formación y capacitación de RHS

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), a través de la Recomendación 195, resalta la importancia de la educación y la formación continua a lo largo de la vida laboral como medio para adaptarse a los cambios, garantizar la calidad asistencial y mejorar las oportunidades laborales. Asimismo, enfatiza la necesidad de contar con mecanismos de reconocimiento formal de competencias, adquiridas tanto en ámbitos formales como no formales.

En este marco, se propone impulsar, mediante las capacitaciones del Campus del MSP y en coordinación con las áreas programáticas, trayectorias formativas orientadas al desarrollo de competencias estratégicas para el sistema. Adicionalmente, se plantea avanzar en la validación de títulos y certificaciones formales obtenidos en ciclos secundarios o terciarios.

4. Marco lógico

Objetivo	Prioridades	Actividades	Hitos	Responsable
Diagnosticar las dotaciones y necesidades de RRHH en el sector			- Informes descriptivos para cada línea de la estrategia. 2025 - 2026. - Modelo de estimación de brechas actualizado 2026. - Diagnóstico de necesidades de RRHH por departamento. 2026-2027	DIGESNIS
Objetivo 1: Contribuir a mejorar la dotación y formación de los RHM y su distribución en el territorio nacional	Sistema nacional de residencias médicas (SNRM)	Reglamentación del fideicomiso de financiación del Programa Nacional de Residencias Médicas	- Conformación de grupo de trabajo. Jul 2025 - Ley reglamentada. Jun 2026. - Puesta en práctica de la nueva organizativa del SNRM. Set 2026. - Evaluación. Jul 2027.	DIGESNIS
		Evaluar cambios en la Prueba Única de Residencias, para incentivar la radicación en el territorio	- Diseño de un sistema diferenciado de puntaje en la PUR por lugar de residencia. Jul 2026. - Implementación de la PUR con puntaje diferenciado. Nov 2026.	DIGESNIS
		Apoyar a la FMED en la formación de CEDAS en las especialidades médicas y anestésico quirúrgicas con mayor brecha en todos los departamentos	- Implementación de convenios docentes con instituciones de asistencia médica colectiva de todo el país, que comprendan el pago de horas docentes de actividad tutorial de residentes. May 2027 - Decreto que establezca el incentivo a la formación de CEDAS. Ago 2027. - Aumento de la complementación de servicios, infraestructura y acuerdos entre prestadores y otras instituciones del territorio y la FMED para el aumento de la formación.	DIGECOR
	Incentivos para la radicación	Creación de CAD y FAD a los que se pueda acceder en FEPREMI-ASSE, relacionados con la finalización de su residencia o posgrado.	- Creación de comisiones asesoras multipartitas del sector público y privado. Set - Oct 2023. - Propuesta acordada en la comisión de la JUNASA de nuevas exigencias de meta 4. Oct. 205. - Agenda con cronograma de trabajo para la CAM de ASSE y privados. Ene - Feb 2026.	DIGESNIS
		Estrategia comunicacional para la radicación.	- Coordinar con el área de comunicaciones y las intendencias departamentales (ejemplo, que consigan hospedaje). Transversal a todas las acciones. - Definir contenidos y cronograma. Feb - Mar 2026	DIGESNIS - Comunicación
		Programa de apoyo económico e incentivos para la radicación similar a los programas de desarrollo universitario impulsados por la Udelar para la radicación de docentes en el interior.	- Instalación y trabajo a través de la Comisión Mixta área salud Udelar-MSP. Dic a mar 2026. - Plan de acción acordado entre las partes.	DIGESNIS
		Política específica para migrantes, mejorando la calidad y eficiencia del proceso de reconocimiento/reválidas.	- Comisión de trabajo con el área de Educación Superior del MEC y la FMED. - Firma de convenio para la reválida de títulos. Nov 2025. - Nuevo decreto de registros temporarios de especialidades médicas. Nov 2025	DIGESNIS

	Revisión y actualización del plan de desarrollo de enfermería de la CONAE		CONAE/DEMPESA
Reposicionar el rol de la profesión de enfermería en el SNIS	Profesionalización de las auxiliares actuales	- Ampliar la oferta estableciendo mesas de trabajo con el área salud de la Udelar, favoreciendo la descentralización (E). Programa Udelar 2025). Mar 2026. - Analizar e implementar estrategias de culminación del bachillerato (Proyecto trayectos INEFOP). Dic. 2025. - Nueva estrategia de prof. de Aux. Enfermería aplicada 2027.	DIGESNIS
	Revisar los regímenes de trabajo y las condiciones laborales del colectivo de enfermería	- Analizar distintas propuestas (implementación, áreas prioritarias, costos, etc.). Feb 2026. - Conformar comisión de trabajo dependiente del Consejo de Salarios. Mar 2026. - Piloto sobre nuevo régimen de trabajo. Dic. 2026	DIGESNIS
	Mejorar la regulación de las escuelas de enfermería	- Propuesta de procedimiento para la habilitación y seguimiento de las escuelas de enfermería para el trabajo de la CAE, Mar - 2026. - Plan de trabajo con el MEC. Mar 2026. - Normativa complementaria generada en 2026. - Mapeo de centros de práctica aux. y lic. Nov 2026. - Plan elaborado para fomentar internado y residencias de Lic. Jun 2027.	DIGESNIS
Régimen de funcionamiento de las áreas asistenciales	Desarrollar regulaciones para el funcionamiento de puertas de emergencia, cuidados moderados y policlínicas, estableciendo criterios claros en cuanto a dotaciones y operatividad. Creación de indicadores que permitan evaluar la calidad de estos servicios.	Regulación de la atención: puerta de emergencia Nov 2026, cuidados moderados Nov 2027 y policlínica Nov 2028.	DIGESNIS
Área de salud mental	Promover cambios en la organización, la forma de trabajo y la regulación, para responder a la emergencia social en la materia.	- Instalación de mesas de diálogo con los prestadores. Mar 2026. - Diagnóstico de los requerimientos asistenciales a nivel departamento y localidad. Jun 2026. - Instalación de grupos de trabajo con los servicios universitarios correspondientes, para el diseño de estrategias específicas. - Implementación de acciones en el marco de la estrategia país.	DIGESA
Telemedicina	Fortalecimiento de la telemedicina enfocado en ruralidad y disminución de inequidades y tiempos de espera para especialistas médicos.	- Conformación de una comisión nacional de IA en salud 2025. - Decreto reglamentario revisado. - Protocolo clínico de aplicación. 2026	DIGECOR

		Ampliar el uso de la telemedicina hacia un primer contacto con los pacientes.	- Diagnóstico y línea de base 2025. - Plan de mejora y adecuación normativa. 2026.	DIGECOR
Objetivo 2: Fortalecer los Equipos de Salud para mejorar la accesibilidad y los tiempos de espera	Equipo de proximidad	Creación del Grupo de trabajo sobre fortalecimiento del primer nivel de atención (DIGECOR). Agosto 2025.	- Establecer perfiles de equipos en base a CAD. Dic. 2025. - Creación de documento de recomendaciones que incluya estrategias de referenciación. Dic. 2025. - Plan de recertificación (reperfilamiento) orientado al primer nivel de atención para Médicos generales y resto del equipo básico. Jul 2026	DEGECOR
	Equipo de referencia			DEGECOR
	Definición y creación de centros o equipos de referencia de alta especialización	Identificar problemas de salud que requieran atención y resolución en centros de referencia nacional.	Reglamentación de la ley o decreto interpretativo de la ley de centros de referencia.	DIGECOR
Objetivo 3: Consolidar la formación técnica y el desarrollo profesional continuo	Fortalecer la rectoría en desarrollo profesional médico continuo (DPMC) del CEPREM	Elaboración del plan de recertificación (reperfilamiento).	- Médicos generales Dic 2026. - Implementación de recertificación de especialidades.	DIGESNIS
	Plan de Acreditación de Saberes para trabajadores que no cuenten con título profesional habilitante	Instalación de mesa de trabajo con Sectorial de INEFOP y el MEC.	- Elaboración y aprobación del programa. Ago 2026. - Implementación Mar 2027.	DIGESNIS
	Programa de formación y capacitación de RHS	Diseñar un plan de trayectorias formativas dentro del Campus del MSP y en coordinación con las áreas programáticas.	Avanzar en la validación de títulos y certificaciones formales obtenidos en ciclos secundarios o terciarios. Se debe incluir en el plan de trayectorias. Dic 2026	DIGESNIS

Anexo 1. Datos descriptivos complementarios

Enfermería

- El 87% de las licenciadas y el 83% de las auxiliares en enfermería son mujeres, lo que refuerza la necesidad de políticas laborales con perspectiva de género.
- Cerca del 11% del personal de enfermería se encuentra próximo a la edad de retiro.
- La región Sur presenta la mayor concentración de licenciadas en enfermería (21 por cada 10 mil habitantes), mientras que la región Norte exhibe la menor ratio (4,3 por cada 10 mil habitantes).
- La distribución territorial de auxiliares en enfermería es más homogénea, con mayor presencia en el litoral y sur del país.
- La enfermería muestra un mayor grado de asentamiento territorial que la medicina, lo que reduce la necesidad de desplazamiento interregional.

Medicina

- El 19% de los médicos se encuentra próximo a la edad de retiro, siendo la ginecología la especialidad con mayor proporción de profesionales en esta situación.
- El 45,1% de los médicos posee al menos una especialidad, y el 7,4% cuenta con más de una, lo que evidencia un alto nivel de especialización.
- La densidad de médicos que residen en la región Sur alcanza los 72,6 por cada 10 mil habitantes, mientras que en la región Oeste apenas llega a 10,8, lo que representa una diferencia de casi siete veces¹⁴.
- En cuanto a las personas trabajando, la región Norte presenta la menor densidad de cargos médicos (30 por cada 10 mil habitantes), ubicándose la región Centro en valores intermedios.

¹⁴ Los datos sobre densidad de médicos viviendo en las diferentes regiones son extraídos del Informe Datos Básicos 2025, que se elaboran a partir de la base a datos ECH-INE del 2024.

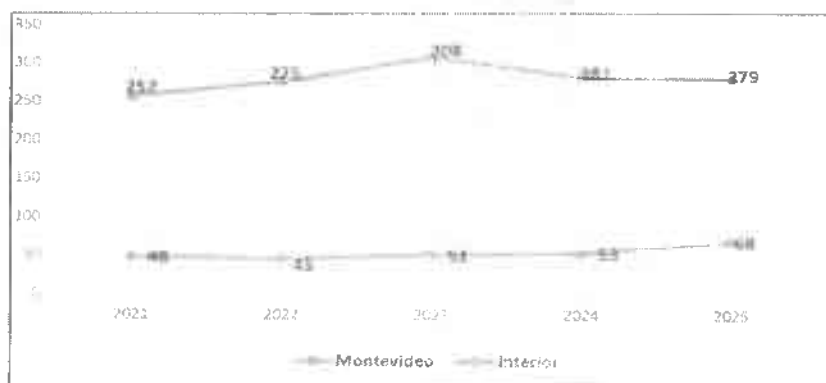
Anexo 2. Datos sobre la distribución de los cargos de residencias médicas por región y subsector

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE CARGOS DE RESIDENCIA TOMADOS, POR REGIÓN Y SUBSECTOR, 2024.

	sector				Total	
Región	Privado		Público			
	N	%	N	%	N	%
Norte	10	3,1%	17	5,2%	27	8,3%
Este	1	0,3%	5	1,5%	6	1,8%
Oeste	4	1,2%			4	1,2%
Sur	58	17,8%	230	70,8%	288	88,6%
Total	73	22,5%	252	77,5%	325	100,0%

El total de cargos entre 2021 y 2025 se incrementó en un 13 %, con un nivel promedio de los últimos tres años superior a los dos años anteriores. En cuanto a las especialidades más numerosas, resalta el aumento en el período de Psiquiatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Cardiología y Ginecotocología, al tiempo que disminuyeron los cargos de Pediatría.

GRÁFICO 1: SOLICITUD DE CARGOS DE RESIDENCIA MONTEVIDEO-INTERIOR PERÍODO 2021-2025



En la siguiente tabla se muestra la solicitud de cargos por subsector (público/Privado) en Montevideo e Interior para el período 2021-2025. Se evidencia del análisis que la formación de especialistas que dotan al sistema de salud de profesionales se sustenta en el subsector público (en 2025, el sector público concentró el 71 % de los cargos solicitados, mientras que el sector privado el 29 %), y al momento de la incorporación al mercado laboral, las instituciones del sector privado son las que concentran la mayor dotación de especialistas.

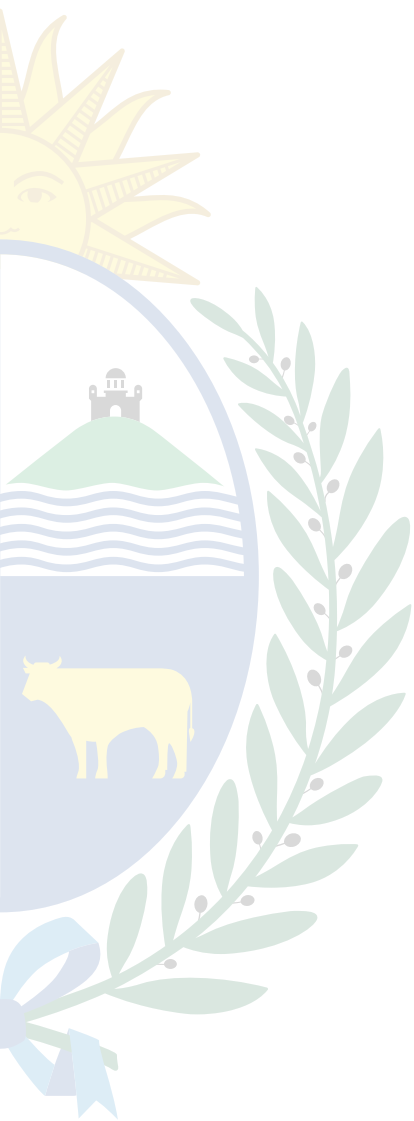
TABLA 3: SOLICITUD DE CARGOS POR SUBSECTOR (PÚBLICO/PRIVADO) EN MONTEVIDEO E INTERIOR PERÍODO 2021-2025

	2021		2022		2023		2024		2025	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Solicitudes	216	41	230	45	243	65	228	53	214	65
Recepciones	30	18	27	18	27	24	32	21	33	35
Recepciones por	246	59	257	63	270	89	260	74	247	100
Porcentaje	70.4%	13.4%	71.9%	14.1%	67.7%	18.1%	68.3%	15.9%	61.7%	18.7%
Porcentaje	9.8%	5.9%	8.4%	5.6%	7.5%	6.7%	9.6%	6.3%	9.5%	10.1%

Anexo 3. Ejemplo perfil de alta dedicación, 40 horas semanales para los equipos de proximidad

Actividades previstas	% de horas semanales	Cantidad de horas semanales
Atención de Policlínica	50	20
Atención domiciliaria / internación	15	6
Atención en Emergencia	30	12
Actividades de coordinación y promoción.	5	2

Subsecretaría MSP – DIGESNIS – DIGESA - DIGECOR



Dirección:
Avda. 18 de Julio 1892,
Montevideo, Uruguay.
Teléfono: 1934



msp.gub.uy