

PLAN DE CONTINGENCIA DEL PERSONAL DE SALUD PARA EL ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA

Mayo 2020



Ministerio
**de Salud
Pública**

Elaborado por el Comité de Crisis para Recursos Humanos

Coordinador: Dr. Víctor Píriz

Contenido

1. Objetivos	3
2. Resultados esperados	3
3. Caracterización del personal de salud en Uruguay	3
3.1. Cuidados intensivos	5
4. Escenarios epidemiológicos planteados.....	11
5. Plan de contingencia de personal de salud	12
5.1. Principales causas de déficit de personal.....	12
i. Déficit de personal por contagio de COVID-19	12
ii. Déficit de personal por otras causas	13
iii. Déficit de personal por expansión de servicios	13
5.2. Plan de monitoreo	14
5.3. Planificación.....	14
5.4. Primeras estimaciones de algunos escenarios	16



1. Objetivos

Construcción de un plan de contingencia para el sistema de salud con el objetivo de dar la mejor respuesta posible a la pandemia de COVID-19, en base a escenarios, que permita mantener el acceso a la atención de la salud a la totalidad de la población, con el menor contagio posible del personal de salud.

En este primer documento se aborda el área de cuidados intensivos, dado que desde el punto de vista de la capacidad de respuesta, es el que cuenta con menor disponibilidad de recursos.

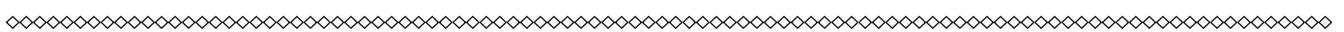
2. Resultados esperados

- Mantener el acceso de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a los servicios de salud.
- Constituirse en una herramienta de fortalecimiento del sistema de salud y mitigación del impacto de la epidemia en el acceso.
- Brindar estrategias específicas en la prevención y control de la infección en las personas que trabajan en el SNIS.

3. Caracterización del personal de salud en Uruguay

El objetivo de este apartado es dar cuenta de las capacidades con las que hoy cuenta el sistema de salud para dar respuesta a la emergencia sanitaria originada por el COVID-19, y que sirva como insumo para pensar posibles modificaciones en este contexto.

El sector salud emplea 110.495 trabajadores, representa el 6,8% del empleo total, según datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) de 2018. Esta cifra es superior a la registrada en 2008 que ascendió a 5,9%. Se trata de un sector fuertemente feminizado, en tanto en cada una de las categorías de trabajadores evaluadas las mujeres representan más del 50% de la fuerza laboral. A pesar de ello se destaca el descenso de su participación de 2008 a 2018 en las licenciadas y auxiliares en enfermería, pasando de 96% a 91% y de 83% a 80% respectivamente. En términos etarios, a excepción del caso de las auxiliares en enfermería, se registra un descenso en la edad de la fuerza laboral entre el 2008 y 2018. En lo que refiere a la calidad del empleo, al tratarse de un sector fuertemente regulado, presenta una amplia cobertura de la seguridad social y se han registrado mejoras en estos indicadores en los últimos años.



Si bien el multiempleo en el sector (27%) continúa siendo elevado en comparación al resto de los sectores (8%), el mismo se redujo con respecto a 2008, instancia en la que alcanzaba 32%.¹

En cuanto a la distribución territorial de los profesionales de la salud, se registró una mejora en la distribución tanto del personal médico como de enfermería. Para estas últimas, a excepción de Treinta y Tres y Paysandú, la variación en los departamentos del interior fue superior que la registrada en Montevideo. Los médicos presentan variaciones menos significativas, pero en la mayoría de los departamentos fueron superiores a la de la capital, lo que redonda en una mejor distribución de los recursos.

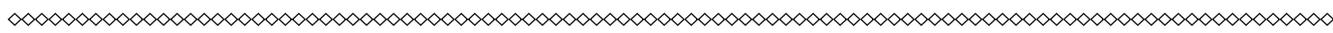
Según datos del Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales del MSP de marzo de 2017, nuestro país cuenta actualmente con 16.268 médicos, 6.176 licenciadas en enfermería y 23.606 auxiliares de enfermería. Entre otros, los problemas que esconden los indicadores generales de dotación tienen que ver con la composición interna de la misma. Un rasgo distintivo de nuestro sistema de salud es la alta dotación relativa de médicos y auxiliares de enfermería frente a la insuficiencia de enfermeras profesionales.

En la figura 1 se esquematiza el nivel asistencial y los riesgos en la cual los trabajadores del equipo de salud se encuentran expuestos.



Figura 1. Nivel versus exposición laboral

¹Avances en la consolidación del SNIS - OPS OMS MSP
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1481:avances-en-la-consolidacion-del-sistema-nacional-integrado-de-salud&Itemid=451



La figura 2 muestra un esquema de la fuerza de trabajo, los ingresos y los egresos que afectan la misma.

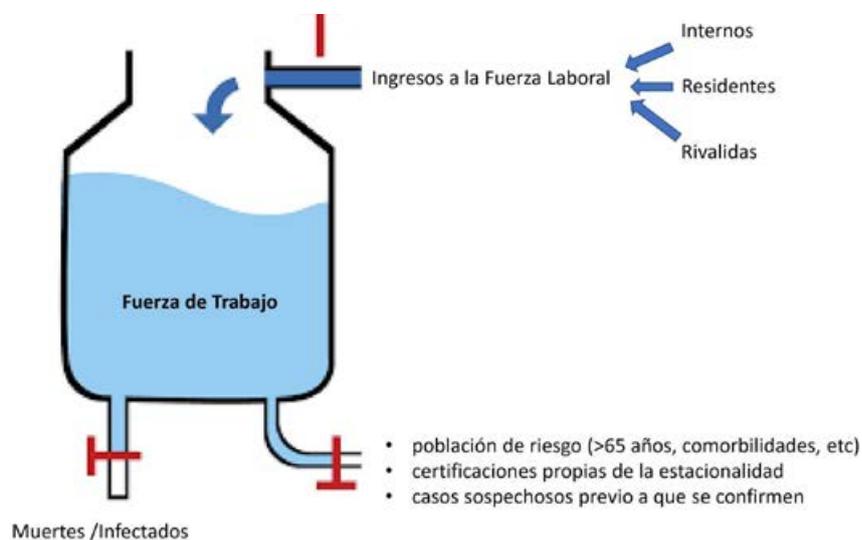


Figura 2. Trabajadores, ingresos y egresos plausibles.

3.1. Cuidados intensivos

En este apartado se aborda la situación de las unidades de CTI de los prestadores integrales del sector privado y de ASSE, en lo que respecta a las dotaciones de personal de salud disponibles y las necesarias de acuerdo a la normativa vigente.

En primer lugar se presenta la cantidad de médicos intensivistas de adultos, médicos internistas y personal de enfermería. Estos datos se extraen del Sistema de Registro de Profesionales (SHARPS) del Ministerio de Salud Pública (MSP). En todos los casos se han considerado los profesionales menores de 65 años. Esta información da cuenta de la disponibilidad general de estos profesionales a nivel país.

Tabla 1. Profesionales registrados en el MSP

Especialidad	Cantidad
Especialista en Medicina Intensiva	598
Especialista en Medicina Interna	926
Auxiliares de Enfermería	31915
Lic. en Enfermería	6790

Fuente: elaboración propia en base a datos del SHARPS a marzo 2020.



Si bien este dato brinda una aproximación a la cantidad de profesionales con los que cuenta hoy el país, al surgir del registro del título no necesariamente refleja la disponibilidad real. A continuación se aborda la situación del mercado de trabajo en salud a través de la información del personal que cumple funciones en los CTI de los prestadores integrales de Uruguay. Procura dar cuenta de la situación actual de las instituciones que componen el SNIS en cuanto a cantidad de recursos humanos disponibles para dichas áreas. Los datos son extraídos del Sistema de Control y Análisis del Personal de Salud (SCARH) y de la información que brinda ASSE anualmente correspondiente a febrero de 2020.

La siguiente tabla muestra la cantidad de camas disponibles por región y tipo de prestador. Para aquellas instituciones que trabajan bajo el Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM), el dato surge de la información enviada en la Meta 4. Para el resto de las instituciones, el dato surge del SINADI.

Tabla 2. Cantidad de camas de CTI-CI

1Regiones²	Prestadores integrales Sector Privado	ASSE	Total
Norte	44	36	80
Centro Oeste	63	10	73
Este	48	14	62
Metropolitana	314	61	375
Total	469	121	590

Fuente: SINADI e información de meta 4. Diciembre 2019.

Para las unidades de CTI el NRTM consiste en la contratación de cargos de alta dedicación longitudinal (CADL), cargos de alta dedicación mixto (CADM) con un régimen de trabajo de 40 a 48 horas semanales y presencia durante toda la semana para dar seguimiento a los pacientes internados. Las dotaciones de estos tipos de cargos son más exigentes que lo que establece el decreto 399/08². También existe la figura de los cargos de alta dedicación transversal (CADT) que realizan guardias semanales con una carga horaria de 40 a 48 horas semanales, los cuales pueden convivir con los médicos de guardia (MG) del laudo de 1965 que realizan guardias pero con menor presencia semanal en la unidad.

²Norte (Artigas, Salto, Paysandú, Rivera, Tacuarembó), Centro-Oeste (Colonia, Durazno, Flores, Florida, Río Negro, San José, Soriano), Este (Cerro Largo, Maldonado, Lavalleja, Rocha, Treinta y Tres), Metropolitana ((Montevideo y Canelones

³Para las unidades que contratan CADL, se exigen 2 CADL hasta 12 camas, y se agrega un CADL adicional cada 6 camas. El horario longitudinal es de un mínimo de 6 horas diarias. Se exige una superposición de 2 horas entre los CADL y CADT o MG. Las unidades con hasta 8 camas, pueden optar por la contratación de CADM, se exige que el CADM superponga su horario longitudinal (mínimo de 3 horas diarias) con los CADT o MG.



De los 33 prestadores integrales del subsector privado que cuentan con unidades de CTI de adultos, 24 de ellos trabajan bajo el NRTM. Por su parte, ASSE cuenta con 4 unidades ejecutoras que tienen unidades de CTI de adultos funcionando bajo el NRTM.

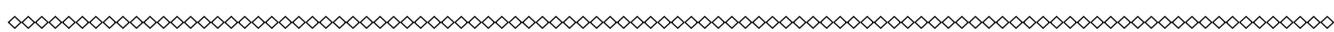
A continuación se prestan datos referentes al personal de medicina intensiva de adultos (MIA) disponible y necesario para el trabajo en las unidades de CTI. Las dotaciones disponibles se construyen teniendo en cuenta las horas de trabajo en CTI de los médicos MIA menores de 65 años de edad, expresadas en cargos de 40 horas semanales. Las dotaciones necesarias se construyen teniendo en cuenta lo establecido por el decreto 399/08, que exige un médico cada 8 camas, también se expresan en cargos de 40 horas semanales. Luego, se calcula la cantidad de cargos adicionales que son necesarios para cumplir con lo establecido por el decreto.

Tabla 3. Dotaciones actuales de Medicina Intensiva de Adultos³

	Dotación disponible MIA (cargos de 40 hs)	Dotación necesaria MIA (cargos de 40 hs)	Cargos adicionales necesarios para cubrir dotaciones (necesario - disponible)
Prestadores integrales sector privado			
Norte	24,7	29,4	4,7
Centro Oeste	39,3	37,8	-1,5
Este	17,5	21,0	3,5
Metropolitana	202,5	176,4	-26,1
Total	284,1	264,6	-19,5
ASSE			
Norte	18,6	21,0	2,4
Centro Oeste	9,2	8,4	-0,8
Este	11,3	8,4	-2,9
Metropolitana	86,7	33,6	-53,1
Total	125,8	71,4	-54,4
Total sistema			
Norte	43,3	50,4	7,1
Centro Oeste	48,5	46,2	-2,3
Este	28,8	29,4	0,6
Metropolitana	289,2	210,0	-79,2
Total	409,9	336,0	-73,9

En lo que respecta a enfermería, se presentan datos de las licenciadas (LE) y auxiliares de enfermería (AE) disponibles y necesarias para el trabajo en las unidades de CTI.

⁴ Para la elaboración de los datos presentados en la tabla se consideran solamente las instituciones con las que se cuenta con información de horas de CTI. Es decir, si una institución tiene camas de CTI pero no registra horas de medicina intensiva de adultos, no fue tomada en cuenta para los cálculos. El mismo criterio aplica para las tablas de licenciadas y auxiliares de enfermería.



Las dotaciones disponibles se construyen teniendo en cuenta las horas de trabajo en CTI del personal de enfermería con menos de 65 años de edad, expresadas en cargos de 144 horas mensuales. Las dotaciones necesarias se construyen teniendo en cuenta lo establecido por el decreto 399/08, que exige una licenciada cada 6 camas y 1 auxiliar cada 2 camas, también se expresan en cargos de 144 horas mensuales. Luego, se calcula la cantidad de cargos adicionales que son necesarios para cumplir con lo establecido por el decreto.

Tabla 4. Dotaciones actuales de Licenciadas en Enfermería en CTI⁴.

	Dotación disponible LE (cargos de 144 hs)	Dotación necesaria LE para camas actuales (cargos de 144 hs)	Cargos adicionales necesarios para cubrir dotaciones (necesario - disponible)
Prestadores integrales sector privado			
Norte	29,9	50,7	20,8
Centro Oeste	24,1	55,8	31,7
Este	24,1	50,7	26,6
Metropolitana	181,6	238,3	56,6
Total	259,7	395,4	135,7
ASSE			
Norte	29,2	40,6	11,4
Centro Oeste	18,2	10,1	-8,0
Este	12,0	15,2	3,2
Metropolitana	81,3	55,8	-25,5
Total	140,6	121,7	-18,9
Total sistema			
Norte	59,0	91,3	32,2
Centro Oeste	42,2	65,9	23,7
Este	36,1	65,9	29,8
Metropolitana	262,9	294,0	31,1
Total	400,3	517,1	116,8

De los datos se observa una brecha importante entre la cantidad de cargos de LE disponibles y los necesarios, especialmente en el subsector privado. Se considera que existen dos razones que podrían estar influyendo en la sobreestimación de estas diferencias.

Por un lado, pueden existir errores en el registro de la actividad de CTI de las LE por parte de las instituciones. Otro factor que puede incidir en la sobreestimación de las

⁵ Se consideran los cargos de Licenciadas en Enfermería operativas, no se consideran los cargos de jefaturas.



brechas es que, para la estimación de cargos necesarios, se utiliza la relación de 1 LE cada 6 camas, mientras que el decreto establece que para las camas de cuidados intermedios la dotación puede ser de 1 LE cada 8 camas.

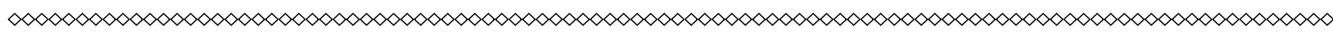
Las consideraciones realizadas sobre las estimaciones de los cargos disponibles y necesarios de LE también aplican para el caso de las AE.

Como muestra la tabla 5, una situación similar sucede con los auxiliares, siguiendo los criterios establecidos, se presenta un déficit en el total del sistema, principalmente en el sector privado.

Tabla 5. Dotaciones actuales de Auxiliares en Enfermería en CTI

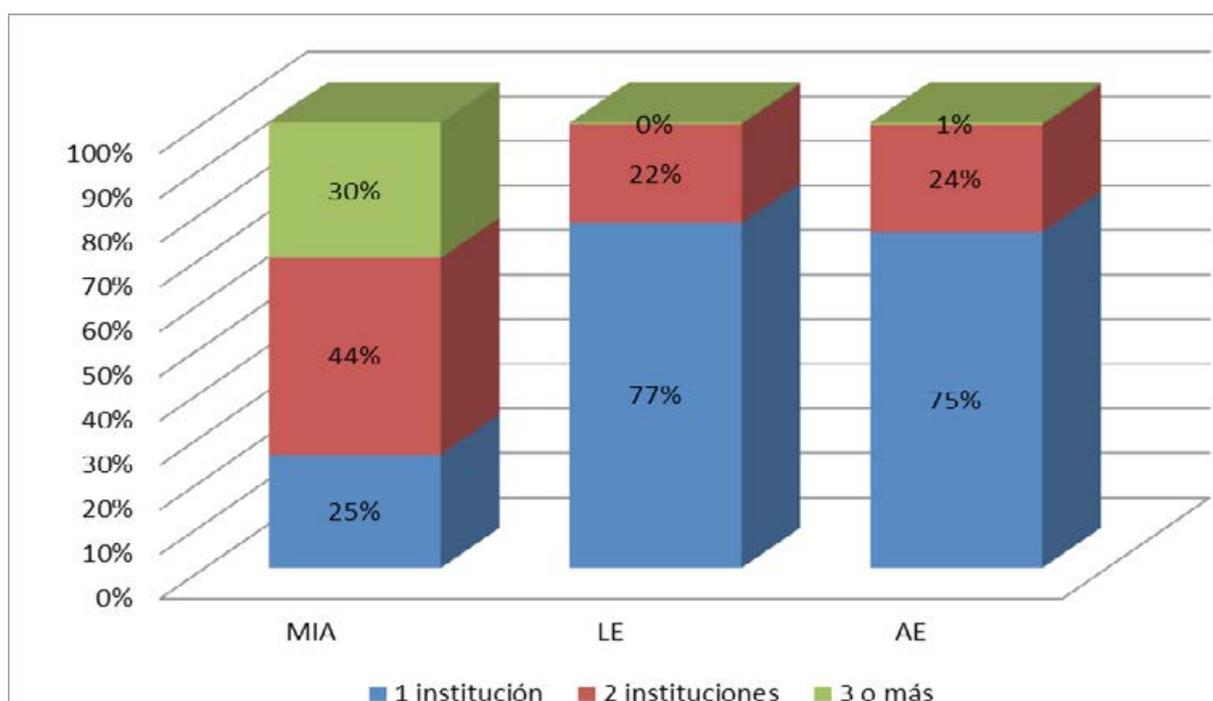
	Dotación disponible Aux. (cargos de 144 hs)	Dotación necesaria Aux. para camas actuales (cargos de 144 hs)	Cargos adicionales necesarios para cubrir dotaciones (necesario - disponible)
Prestadores integrales sector privado			
Norte	50,7	106,5	55,8
Centro Oeste	101,8	152,1	50,3
Este	118,4	121,7	3,3
Metropolitana	709,9	806,0	96,1
Total	980,8	1186,3	205,5
ASSE			
Norte	95,7	91,3	-4,5
Centro Oeste	11,4	25,3	13,9
Este	6,5	35,5	29,0
Metropolitana	249,8	157,2	-92,7
Total	363,5	309,2	-54,2
Total sistema			
Norte	146,4	197,7	51,3
Centro Oeste	113,2	177,4	64,2
Este	124,9	157,2	32,3
Metropolitana	959,7	963,2	3,5
Total	1344,2	1495,5	151,3

Por último, un tema relevante a incorporar es el del multiempleo. Este fenómeno característico del mercado de trabajo en salud de Uruguay, que conlleva problemas generales en la calidad de atención y calidad de empleo, cobra mayor relevancia en un escenario de pandemia. Por un lado, cada certificación del personal impacta en más de una institución. Por otro lado, el “burnout” propio que genera la saturación de los servicios se agrava cuando el trabajador está multiemplado y debe circular entre instituciones, lo que se puede convertir en un vector de contagio entre prestadores.



En el caso de medicina intensiva de adultos, tan sólo el 25% de los trabajadores de CTI trabajan en una única institución, la gran mayoría de los que tienen multiempleo, trabajan solo en dos instituciones. En el caso de enfermería, el personal que trabaja en CTI tiende a concentrar mucho más su trabajo en una sola institución y poco más del 20% trabaja en dos instituciones.

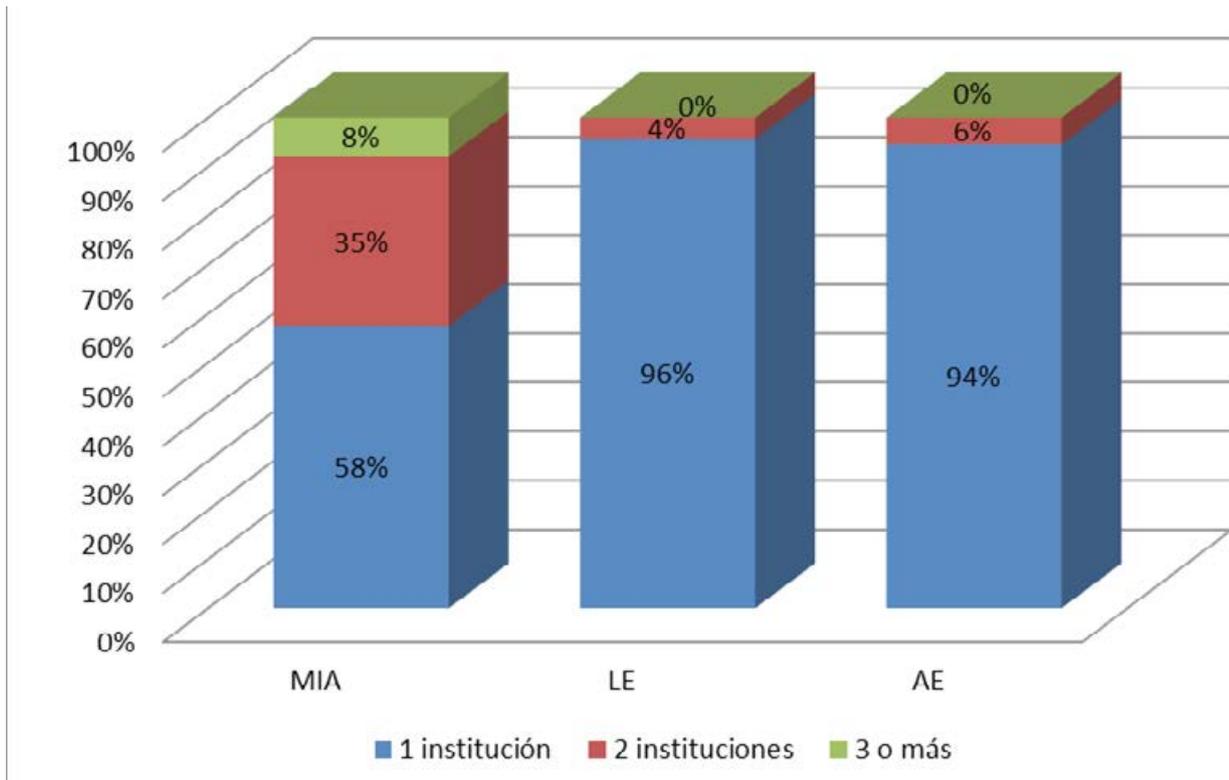
Gráfica 1: Multiempleo del personal de CTI



De la gráfica que sigue, se desprende que el multiempleo descrito anteriormente, principalmente combina áreas asistenciales diferentes. Es decir, que las personas multiempleadas mayoritariamente trabajan en CTI en una institución y en otra área en la otra institución. En el caso de enfermería, prácticamente la totalidad del personal trabaja en un solo CTI, es decir que su otro trabajo está vinculado a otra área asistencial. En el caso de medicina intensiva de adultos, el 58% trabaja solo en una institución en el área de CTI.



Gráfica 2: Multiempleo entre unidades de cuidados intensivos

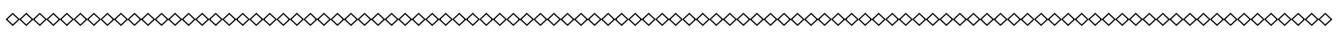


En términos generales la situación de partida de las unidades de cuidados intensivos en términos de dotación tiene dos problemas principales, la dotación de médicos intensivistas en el norte del país y las licenciadas en enfermería a nivel nacional. Otro problema adicional es el multiempleo, que en el caso de medicina intensiva tiene una incidencia mayor que en otras áreas. De todas formas, un aspecto favorable de este multiempleo en términos de dotaciones es que mayoritariamente no combina el trabajo en más de una unidad de cuidados intensivos, por lo que el efecto dominó de las certificaciones entre distintas unidades se puede ver en parte mitigado.

4. Escenarios epidemiológicos planteados

Se definieron 3 escenarios epidemiológicos en base a las fases de la extensión de la epidemia.

- **Escenario 1:** Epidemia controlada con baja tasa de transmisibilidad y adecuada capacidad de respuesta del sistema de salud.
- **Escenario 2:** Epidemia en fase expansiva con capacidad de respuesta límite del sistema de salud.



- **Escenario 3:** Epidemia descontrolada con colapso de la capacidad de respuesta del sistema de salud.

Se consideran banderas rojas para ingresar en el escenario 2 el incremento súbito de casos positivos de COVID-19 obtenidos desde la base de datos del SINAE.

El pasaje del escenario 2 al 3 se determinará por el número de egresos de CTI cuando superen el 50% del total.

5. Plan de contingencia de personal de salud

En el marco de la emergencia sanitaria, tomando en cuenta la experiencia a nivel internacional que muestra que uno de los principales riesgos está asociado a la capacidad de respuesta de los servicios de salud, el monitoreo y las políticas tendientes a mantener niveles adecuados de acceso a personal capacitado, es un aspecto clave en la gestión de la crisis.

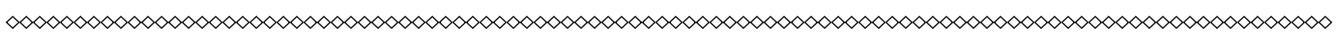
El presente apartado intenta resumir algunas propuestas vinculadas con las necesidades de información que permitan monitorear el impacto que la pandemia tiene en la disponibilidad de personal de salud. Por otro lado, se presentan algunas propuestas que tienden a aumentar la disponibilidad relativa de personal en las áreas donde se prevé que la pandemia tenga el mayor impacto, que son las áreas hospitalarias de cuidados moderados, de cuidados críticos y las puertas de emergencia.

5.1. Principales causas de déficit de personal

i. Déficit de personal por contagio de COVID 19

De acuerdo a lo que sucede a nivel internacional, en los distintos países que padecen la crisis de la pandemia del COVID-19, se ha demostrado que entre un 10% y un 12% del personal sanitario que integra el sistema de salud, se ve afectado de una u otra forma. . Algunos países vieron afectados su población de recursos humanos en salud (RHS) hasta el 18%, lo que implicó recurrir a ayudas internacionales como es el caso de Italia que ha recibido apoyo de profesionales de la salud de otros países o derivado pacientes a países (Alemania) que les brindaron ayuda..

En un cierto porcentaje, estas bajas del sistema de salud se dan por el inicio del proceso de cuarentena, lo que implica la ausencia del RHS por un lapso no menor a 15 días.



Hay que considerar también el proceso de prevención de contagio posterior a la recuperación o alta clínica, y qué medidas se toman, entre las que destacan: se reintegra inmediatamente, se reintegra a un área o tarea específica distinta de la anterior, etc.

Es decir, existen tres escenarios posibles de bajas de RHS:

- **Escenario 1:** precaución (cuarentena) por contacto directo (laboral o comunitario) con caso positivo, lo que implica una ausencia laboral de 15 días si el profesional no desarrolla síntomas positivos del virus durante ese lapso.
- **Escenario 2:** ausencia prolongada del RHS, contagio del virus por contacto directo (laboral o comunitario) con caso positivo.
- **Escenario 3:** certificación médica por pertenecer a grupos de riesgo (mayores de 65 años, embarazadas, comorbilidades) o por las patologías propias de la estacionalidad. En el primer caso, la ausencia puede ser muy prolongada llegando a abarcar todo el período de emergencia sanitaria, o el límite de uso de subsidio por enfermedad.

ii. Déficit de personal por otras causas

Éste es un punto al que hay que dar atención, explorando las posibles causas, desde el “burnout” que sufran los trabajadores que directa o indirectamente desarrollando su actividad en áreas de riesgo, problemas de movilidad para aquellos trabajadores que se trasladan al interior, hasta licencias o reducción horaria por cuidados, otras enfermedades no Covid-19, la “reserva” programada y preventiva de personal, etc.

iii. Déficit de personal por expansión de servicios

Dado los escenarios de extensión de áreas de cuidados críticos, moderados y de implementación de centros de contingencia u otras medidas, en un contexto de pleno empleo, multiempleo, déficit estructural o problemas de distribución territorial, es importante dar seguimiento a las necesidades adicionales de personal que se generen.

Hay que considerar por separado los escenarios de extensión, de los de implementación de servicios desde cero, dado que la demanda de nuevo personal en el segundo caso abarcaría también a personal administrativo, de limpieza, de seguridad y otros,



aunque no se descarta que la extensión de los servicios actuales también requiere más personal de apoyo.

5.2. Plan de monitoreo

Para poder dar cuenta en tiempo y forma de los fenómenos antes descritos se está trabajando en diversas formas de medición y seguimiento. Desde el MSP se cuenta con sistemas de información que permiten monitorear el mercado de trabajo, relevando información demográfica, de actividad y salarios de los prestadores que integran el FONASA, las emergencias móviles y algunos prestadores públicos. En el marco de la pandemia se está implementando una actualización y ampliación de estos sistemas de información. Por un lado, se solicitó a estos prestadores la información actualizada a febrero de 2020, para conocer la situación previa a las medidas adoptadas en el marco de la pandemia. Por otra parte, se amplió este pedido de información a los IMAES, que hasta el momento no registraban los datos.

Asimismo, se está trabajando en generar un sistema que permita monitorear la salida de trabajadores de manera transitoria del mercado de trabajo, ya sea por el contagio de COVID-19 o por certificaciones por enfermedad de cualquier tipo. Para esto se está trabajando con el BPS, que cubre las contingencias de los trabajadores del subsector privado, y con los prestadores públicos que cubren la totalidad de los salarios de los trabajadores en caso de certificaciones por enfermedad.

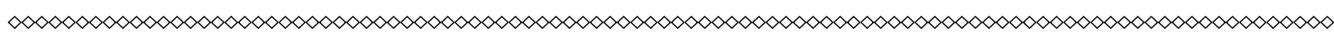
5.3. Planificación

Independientemente de las causas y los escenarios, la estrategia deberá ser la planificación de caminos a seguir para afrontar este posible déficit de RHS.

Dos complejidades a tener en cuenta son: el multiempleo (el impacto en puestos de trabajo que genera cada trabajador que se pierde) y los déficits de la dotación actual por los problemas de distribución territorial o de distribución entre prestadores.

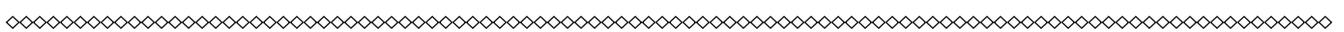
En base a los escenarios planteados, se presentan a continuación un conjunto de medidas enfocadas en incrementar, de manera temporal y en el marco de la emergencia sanitaria, la disponibilidad de personal. El conjunto de propuestas iniciales está focalizado en el personal médico y de enfermería.

1. Ejercicio en áreas asistenciales ajenas a la formación específica:



Propuestas para las áreas de cuidados intensivos. Para el caso de los médicos, se analiza qué especialidades pueden integrarse a los equipos de trabajo en CTI, se consideran anestesiología, medicina intensiva pediátrica, medicina interna, neurólogos, nefrólogos, cardiólogos y que hayan cursado residencia (o posgrado) en unidades cardiológicas, cuidados intermedios o puertas de urgencia/emergencia con cuidados intermedios. En el caso de enfermería, la Comisión Nacional de Enfermería (CONAE) junto al MSP están desarrollando un curso de asistencia respiratoria mecánica enfocado a capacitar al personal de enfermería que se encuentra trabajando en cuidados moderados y podría entrar a CTI en el marco de esta pandemia. Este curso se está desarrollando actualmente y están participando 621 enfermeras, 174 licenciadas y 447 auxiliares. En el extremo, si todas estas personas se incorporan a CTI implica un aumento en las dotaciones de 43% de la cantidad de licenciadas para estas áreas. Asimismo, se plantea la posibilidad de incorporación a CTI del personal de enfermería con experiencia de trabajo en block quirúrgico o que anteriormente hubiera desarrollado actividades en CTI.

2. **Habilitación de títulos en el MSP.** De acuerdo a la normativa vigente, el registro en el MSP es un requisito obligatorio para el ejercicio. Se está trabajando con la Universidad de la República (UdelaR) para agilizar este trámite durante la emergencia sanitaria, evitando que sea presencial. Esto aplica tanto para los títulos obtenidos de manera curricular como para las reválidas. Asimismo, se está reglamentando la posibilidad de que -los médicos que están en trámite de reválida y solo les resta el examen de medicina legal- también se habiliten de manera provisoria (120 médicos según datos de la UdelaR).
3. **Habilitación de médicos que terminaron la residencia pero no dieron la prueba final.** En este caso se promueve que puedan ejercer funciones inherentes a su especialidad, en algunos casos bajo la supervisión de un especialista titulado y con la acreditación de la cátedra correspondiente (291 médicos según datos del Consejo Honorario Administrador del Sistema de Residencias Médicas).



4. Incorporación de profesionales que estén cursando residencias, tanto de enfermería como de medicina bajo la supervisión de un especialista titulado y con la acreditación de la cátedra correspondiente.

Este conjunto de medidas requiere de diferentes herramientas legales en función de la medida en sí o del área asistencial. Las áreas de cuidados intensivos son las únicas que tienen un decreto específico que las regula y que define de manera taxativa el tipo de personal que puede trabajar, por lo que las medidas vinculadas a esta área se están articulando en torno a un decreto cuya vigencia está acotada a la emergencia sanitaria actual.

5.4. Primeras estimaciones de algunos escenarios

En este apartado se presentan algunas estimaciones primarias de la variación en la disponibilidad de recursos con la aplicación de algunas de las medidas planteadas.

Para medicina intensiva de adultos, se considera por un lado, la concentración de la carga horaria dentro de las unidades de cuidados intensivos, eliminando la actividad principalmente en policlínica. Por otro lado, se estima el impacto de utilizar la carga horaria de los anestesistas de policlínica y coordinación para CTI. A continuación se presentan los escenarios.

- **Escenario 1** (esc 1): todas las horas de medicina intensiva concentradas en las unidades de CTI.
- **Escenario 2** (esc 2): horas de policlínica y block quirúrgico coordinado de los anestesistas.



Tabla 6: Medicina Intensiva Adultos

	Brecha inicial	Variación Esc. 1	Brecha Esc. 1	Variación Esc. 2	Brecha Esc. 2
Prestadores integrales subsector privado					
Norte	19%	13%	5%	14%	4%
Centro Oeste	-4%	8%	-11%	9%	-12%
Este	20%	34%	-11%	32%	-9%
Metropolitana	-13%	13%	-23%	23%	-29%
Total	-7%	14%	-18%	21%	-23%
ASSE					
Norte	13%	13%	0%	45%	-22%
Centro Oeste	-9%	0%	-9%	22%	-25%
Este	-26%	0%	-26%	19%	-38%
Metropolitana	-61%	6%	-63%	21%	-68%
Total	-43%	6%	-46%	24%	-54%
Total Sistema					
Norte	16%	13%	3%	27%	-9%
Centro Oeste	-5%	6%	-10%	12%	-15%
Este	2%	21%	-16%	27%	-20%
Metropolitana	-27%	11%	-35%	23%	-41%
Total	-18%	11%	-26%	22%	-33%

En el caso de las licenciadas de enfermería de CTI, se analizan tres posibles escenarios, considerando las horas de las jefaturas de CTI, y el pasaje de personal de cuidados moderados a cuidados intensivos.

- **Escenario 1:** asignar las horas de CTI de las licenciadas con cargos de jefatura.
- **Escenario 2:** asignar a CTI el 5% de las horas destinadas a cuidados moderados.
- **Escenario 3:** asignar a CTI el 10% de las horas destinadas a cuidados moderados.

Tabla 7: Licenciadas en enfermería

	Brecha inicial	Variación Esc. 1	Brecha Esc. 1	Variación Esc. 2	Brecha Esc. 2	Variación Esc. 3	Brecha Esc. 3
Prestadores integrales subsector privado							
Norte	70%	8%	58%	17%	45%	33%	27%
Centro Oeste	132%	19%	95%	25%	85%	50%	54%
Este	110%	17%	79%	35%	56%	70%	24%
Metropolitana	31%	5%	25%	24%	6%	49%	-12%
Total	52%	8%	42%	25%	22%	49%	2%
ASSE							
Norte	39%	12%	25%	14%	22%	27%	9%
Centro Oeste	-44%	0%	-44%	3%	-46%	6%	-47%
Este	26%	0%	26%	8%	17%	16%	9%
Metropolitana	-31%	4%	-34%	17%	-42%	35%	-49%
Total	-13%	5%	-17%	14%	-24%	28%	-32%
Total Sistema							
Norte	55%	10%	41%	15%	34%	30%	19%
Centro Oeste	56%	11%	41%	16%	35%	31%	19%
Este	82%	12%	63%	26%	45%	52%	20%
Metropolitana	12%	4%	7%	22%	-8%	44%	-23%
Total	29%	7%	21%	21%	7%	42%	-9%

En el caso de las auxiliares de enfermería de CTI, se analizan 2 posibles escenarios de pasaje de personal de cuidados moderados a cuidados intensivos.

Escenario 1: asignar a CTI el 5% de las horas destinadas a cuidados moderados.

Escenario 2: asignar a CTI el 10% de las horas destinadas a cuidados moderados.

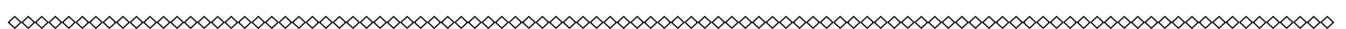


Tabla 8: Auxiliares de enfermería

	Brecha inicial	Variación Esc. 1	Brecha Esc. 1	Variación Esc. 2	Brecha Esc. 2
Prestadores integrales subsector privado					
Norte	110%	56%	35%	112%	-1%
Centro Oeste	49%	35%	11%	69%	-12%
Este	3%	32%	-22%	63%	-37%
Metropolitana	14%	29%	-12%	58%	-28%
Total	21%	31%	-8%	62%	-26%
ASSE					
Norte	-5%	22%	-22%	44%	-34%
Centro Oeste	122%	57%	41%	114%	4%
Este	446%	207%	78%	414%	6%
Metropolitana	-37%	29%	-51%	57%	-60%
Total	-15%	31%	-35%	62%	-47%
Total Sistema					
Norte	35%	34%	1%	68%	-19%
Centro Oeste	57%	37%	14%	74%	-10%
Este	26%	41%	-11%	82%	-31%
Metropolitana	0%	29%	-22%	58%	-36%
Total	11%	31%	-15%	62%	-31%



Ministerio
**de Salud
Pública**



Ministerio de Salud Pública | Dirección General de la Salud
julio, 2020