
COMPONENTES ESTRATÉGICOS DE LA PLANIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE RRHH EN LA SALUD.

1- INTRODUCCIÓN¹

El presente documento y el resultado de su discusión tienen como propósito delinear algunas acciones estratégicas para lo que queda del período de gobierno en materia de RHS para el SNIS.

Dichas líneas estratégicas oficiarán como un conjunto ordenado de acciones en materia de RHS que el MSP construye e implementa para el desarrollo de los mismos buscando crear las condiciones que permitan avanzar hacia la calidad y cantidad suficientes de RHS para atender las necesidades de salud de la población.

Dichas acciones deben de ser concebidas como un proceso político y técnico al servicio de las políticas del MSP para el Sector y Sistema. Se debe de desarrollar dentro de una planificación flexible, dinámica, dialógica y atenta a los factores del contexto y los objetivos que la guían. Es necesario poner la estrategia en un marco de planificación y de contexto. Los principales elementos contextuales a tener en cuenta que influyen son: **económico, organizacional, tecnológico, socio-cultural y político.**

Antecedentes.

Desde comienzos de esta administración en el año 2010 el tema de RRHH ha sido definido política y programáticamente como una de las prioridades para el período de gobierno 2010-2014. Desde entonces se han desarrollado distintas propuestas y acciones en el MSP que han sido el resultado de trabajos colectivos y definidos en los distintos ámbitos como los Gabinetes Ampliados, los Equipos Inter-direcciones, el Gabinete Ministerial y documentos e informes de la Dirección General del SNIS y la División de Recursos Humanos del SNIS.

Las ideas fuerza y ejes estratégicos han sido definidos dentro de documentos como “*Las Prioridades de la Reforma de la Salud 2010-2014*”; “*Propuesta preliminar 2011 MSP*”; las propuestas presentadas en Anchorena, entre otros.

Por lo cual, la discusión y debate que se darán en estos dos días no están exentas de procesos y acumulación en la materia. Todos y todas institucionalmente, directa o indirectamente han contribuido a generar los insumos y propuestas concretas para el tema de los RRHH en Salud en los dos años de gobierno que lleva esta administración.

Justificación. ¿Cuál debería de ser el impacto dentro del MSP?

Las líneas estratégicas y la ejecución del plan de trabajo organizarán las acciones en la materia a nivel institucional y podrá dar las condiciones para ejercer la gestión política en el campo de los RRHH del SNIS.

Construye claramente **la agenda** y las responsabilidades de cada espacio y participante en el desarrollo de la misma para darle sustentabilidad y hacerla viable en un marco lógico a construir, evitando entre otras cosas, la multiplicación de tareas y vulnerabilidades frente a otros actores del campo de los RRHH en Salud. Las intervenciones y sus resultados dependerán

¹ Los datos que se presentan en este apartado se encuentran en el Anexo Estadístico.

de la capacidad técnico-política que el MSP construya en su conducción política, en la División de Recursos Humanos del SNIS y en el Equipo de Trabajo en general.

Organiza y establece una metodología de trabajo dentro del MSP en base a la articulación y coordinación que se desarrolle entre los distintos actores. Para esto, la División de Recursos Humanos del SNIS, oficiará como columna vertebral para el desarrollo del proceso. De esta forma se busca entablar un espacio participativo desde el trabajo ínter direcciones para generar masa crítica en el MSP y “alinear” un discurso en los temas.

Configura y define la agenda pública en el tema y sus interlocutores con la finalidad de ser transmitida hacia fuera.

Marco desde el cual se trabaja.

- Construcción de políticas públicas.
- Abordaje desde la complejidad y la integralidad de los temas inherentes a los RHS.
- Planificación del desarrollo de las acciones.

Las condiciones desde las cuales se aborda el trabajo.

En términos generales la rectoría en salud, en tanto que función y expresión de la autoridad sanitaria, constituye el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas en materia de salud que le son propias e indelegables al MSP. Entendida así la función de rectoría y atentos a las características del Estado uruguayo, esta forma de ejercerla no aplica para el caso de los RRHH in totum. En los aspectos vinculados a los trabajadores de la salud, la regulación y rectoría está a cargo de la negociación colectiva y el MTSS y en los vinculados a la formación, la rectoría está a cargo de la UdelaR (autónoma) y el MEC.

El rol del MSP en materia de los RRHH en salud depende de la voluntad política de las autoridades para coordinar interinstitucionalmente. Por tal motivo, y atentos a las características esenciales que tienen los RRHH en un sistema de salud dado, es que el MSP debe de adoptar un rol de liderazgo, con capacidad técnica y política dentro del campo de los RRHH en Salud ejerciendo una gestión política en el mismo acorde a las necesidades sanitarias de la población.

En tal sentido, hay que construir las estrategias desde un rol activo y de liderazgo para transformar dicho campo estableciendo las hegemonías que busquen el desarrollo de los objetivos del MSP en materia de las funciones esenciales de Salud Pública.

Entendido así el lugar y rol del MSP en la materia, se torna necesario trabajar desde el concepto de “rectoría compartida” en el campo de los RRHH en Salud.

Objetivos generales

- Construir e implementar políticas y acciones para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud acorde a la realidad sanitaria de la población, las necesidades y objetivos del SNIS y a las expectativas y derechos de los usuarios del sistema.

- Gestionar políticamente el campo de los Recursos Humanos en Salud con los distintos actores implicados, tomando a estos como sujetos activos y eje esencial para una adecuada atención en Salud.

Objetivos específicos.

- Desarrollar políticas² tendientes a mejorar la gestión, dotación y distribución de los trabajadores de la salud, en los aspectos vinculados a su formación y capacitación, inserción laboral y ejercicio profesional.
- Establecer las principales áreas y líneas de acción sobre los problemas en materia de RHS para el resto del período de gobierno.

Para el desarrollo de las líneas estratégicas el MSP deberá:

1. Construir e invertir en Sistemas de Información centralizados y articulados estratégicamente con otros actores del Estado y de forma “colaborativa” con actores sociales del campo de los RRHH en Salud.
2. Construir liderazgo en el tema mediante actores potentes y empoderados.
3. Identificar los actores claves, estratégicos y aliados.
4. Articular bajo una planificación estratégica de los ámbitos de trabajo en materia de RRHH.
5. Incentivar el diálogo y la participación informada de los actores del campo.
6. Guiar las acciones en el marco de políticas públicas; estrategias de participación y construcción e implementación colectiva; definición de las mismas por parte el MSP.
7. Generar un sistema de monitoreo y acompañamiento para evaluar los resultados de la implementación de las acciones y políticas.

2- ¿CÓMO ESTAMOS?³

Nuestro país se encuentra en una buena posición relativa en términos comparativos tomando en cuenta las dotaciones generales de RHS. Considerando los médicos, enfermeras y parteras es el segundo país de América Latina y el Caribe con mayor densidad de recursos por habitantes luego de Cuba y se encuentra próximo a la media de los países de ingresos altos. (Estadísticas Sanitarias 2012 OMS).

Pero si analizamos en detalle las dotaciones del país, se pueden encontrar una serie de problemas.

En primer lugar, la **distribución de los recursos en el territorio** está caracterizada por una fuerte concentración en la capital del país y en las zonas urbanas del interior. A modo de

² Dichas políticas se enmarcan en el campo de las políticas públicas, pudiendo ser focalizadas y de acción positiva de ser necesario.

³ Los datos que se presentan en este apartado se encuentran en el Anexo Estadístico.

ejemplo, Montevideo cuenta con cerca de 8 médicos cada mil habitantes y cerca de 9 enfermeras cada 1000 habitantes, mientras que en el interior estos ratios disminuyen a 2 y 6 respectivamente. El tema de la distribución territorial es complejo y multicausal y su análisis debe exceder los lugares comunes y partir de diagnósticos que excedan indicadores generales. En términos generales, el acceso a recursos humanos calificados por parte de la población está determinado, por las condiciones de trabajo, las necesidades de la población y la organización de los servicios de salud. Las condiciones de trabajo inciden linealmente en la disponibilidad por medio de la dedicación horaria de los trabajadores. Por otra parte, la equidad en el acceso implica que la disponibilidad de recursos esté asociada a las necesidades de salud, vinculadas a aspectos epidemiológicos y de determinantes sociales en salud. Por último, el acceso no debe confundirse con proximidad geográfica. La responsabilidad del SNIS es brindar acceso a la población de manera eficiente, lo que implica analizar qué recursos deben tener proximidad geográfica y cuáles necesitan un escala mayor y por ende una organización regional. La función del regulador es mejorar el acceso en ambos casos.

“La política pública debe aspirar a una distribución equitativa de los recursos humanos y no a una distribución igualitaria de los mismos. El objetivo no es alcanzar indicadores de densidad de recursos humanos iguales por departamento, sino considerar las características y necesidades de la población que vive en las distintas zonas del país, para asignar recursos humanos de calidad que respondan de manera eficiente a esas necesidades.”

En segundo lugar, existen problemas en la **composición de esos recursos humanos** en lo que refiere a enfermería y a algunas especialidades médicas. En términos relativos y considerando las recomendaciones de OPS el país necesita formar un mayor número de licenciadas en enfermería. Actualmente Uruguay cuenta con 3 médicos por licenciada en enfermería y menos de uno por cada auxiliar. En lo que refiere a las especialidades médicas, existen algunas que en general son consideradas “críticas” por contar con un número reducido de profesionales formados. Esto per se no es un problema, en la medida que son en general especialidades cuyo ámbito de ejercicio profesional está asociado a enfermedades de baja prevalencia. En este caso hay dos tipos de problemas que se desprenden de esto. Por un lado, la baja cantidad de recursos humanos formados se traduce en este caso en escasez relativa porque se conjuga con los problemas de fragmentación del mercado de trabajo que se describirán más adelante.⁴ Por otro lado, la existencia de pocos especialistas formados puede ser un problema en sí mismo en la medida que genera pequeños grupos de poder que están a cargo de todo el proceso de formación e inserción laboral anulando de esta manera la capacidad rectora del MSP e incluso de las propias instituciones rectoras de los aspectos formativos como la UdelAR.

En tercer lugar, existe una importante **fragmentación de los cargos inter e intra institucionalmente**. En el subsector privado, los médicos tienen en promedio 3 cargos dentro de una misma institución y las enfermeras 2.6, y si consideramos el conjunto del sistema estos

⁴ Esto forma parte de las conclusiones a que se arribaron en el grupo multipartito de estimación de las necesidades de anestesia que funcionó en el marco de la ley de emergencia sanitaria durante 2011.

valores se elevan a 4.9 y 2.7 respectivamente. Esto determina valores de multiempleo que superan el 55% en el caso de los médicos y llega hasta 15% en enfermería.⁵

En el caso de los médicos, los laudos existentes en el sector privado determinan cargos de baja carga horaria, diferenciados por actividades, “unifuncionales”, lo que repercute en una alta fragmentación de la actividad dentro de las instituciones prestadoras de salud y altos niveles de multiempleo.

En el caso de enfermería, los cargos son de mayor dedicación horaria, por lo que las causas del multiempleo seguramente radiquen en los aspectos salariales o vinculados a condiciones de trabajo y organización de los servicios de salud.

Por otra parte, existen problemas en la **distribución intersectorial de los recursos humanos**, no sólo entre los subsectores público y privado, sino también al interior del subsector público. La existencia de regulaciones diferentes en materia de recursos humanos determina sistemas de remuneración y niveles salariales dispares. Esto repercute directamente en las dotaciones relativas de recursos humanos generando inequidades en el acceso a los servicios de salud, no solo en términos de cantidad sino también de calidad de los recursos que atraen.

En el período postdictadura el subsector público no era competitivo en materia de atracción de los recursos humanos, pero a partir de 2005 que los salarios de ASSE comienzan a tener importantes incrementos, la existencia de diferentes laudos entre subsectores genera espirales salariales en la competencia por los recursos humanos disponibles en el país.⁶ Este mecanismo circular conlleva a un incremento desregulado del gasto en salud que genera fuertes ineficiencias en el sector.

3- ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

En el marco de los principios y objetivos de la Reforma de la Salud se imponen como temas impostergables para contribuir al cambio en el modelo de atención, garantizar los principios en materia de equidad, cobertura y acceso.

- Avanzar en la construcción de Redes Integradas de Salud.
- Consolidar y ampliar la red en el Primer Nivel de Atención - puerta de entrada en todo el territorio.
- Atención integral con énfasis en actividades de promoción de la salud y de estilos y entornos de vida saludables, protección frente a riesgos específicos, capacidad de

⁵ Informe de RRHH de 2010. Las cifras de multiempleo están subestimadas porque se cuenta con datos solamente para ASSE, IAMC y seguros privados.

⁶ Para el año 2009 los salarios de enfermería de ASSE habían logrado equipararse a los de las IAMC y en el caso de los médicos el incremento del período fue de 81,5% lo que implicó reducir la brecha de 41% en 2005 a 72% en 2009. “Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud” MSP - 2011

diagnosticar en forma precoz las enfermedades, de administrar tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos.

- Acceso a todos los servicios de toda la población.
- La equidad que supere las diferencias económicas sociales, geográficas y culturales.
- Continuidad asistencial - sistema integrado. Mecanismos de coordinación asistencial.
- Calidad de la atención y seguridad del paciente.

4- LAS PRIORIDADES DE LA AGENDA 2010-2012

La elaboración de una propuesta para mejorar la Distribución territorial.

Entendiendo que una inadecuada distribución de los Recursos Humanos en Salud puede generar inequidades en el acceso a los servicios de salud, resulta importante incorporar en la agenda la temática de modo de proponer políticas que contribuyan a revertir la situación mencionada.

Se debe elaborar distintas propuestas que logren generar una distribución equitativa de los trabajadores de la salud, tomando en cuenta las necesidades sanitarias con las que cuenta cada una de las regiones del país, considerando las características demográficas y epidemiológicas.

La problemática de la distribución de RHS, es un tema que se debe abordar para garantizar el cumplimiento de los principios establecidos por la reforma sanitaria (accesibilidad, equidad y cobertura universal).

Se debe entender la problemática de la distribución como una cuestión multicausal, la cual requiere de una combinación de políticas interinstitucionales que logren generar una mejora en el acceso de los usuarios a los servicios de salud. Planificar la oferta y la demanda de los RHS acorde a las exigencias de cada zona es un desafío trascendental. Es importante entender, a su vez, que la escasez de los RHS en ciertas disciplinas y la inadecuada distribución de los mismos, no es una problemática particular de nuestro país, sino que el problema mencionado es de carácter universal.

Debe considerarse, que el objetivo último de la implementación de un paquete de políticas es garantizar el acceso de todos los usuarios al SNIS. De esta manera se debe planificar el sistema desde una perspectiva regional, sin caer en una asignación y utilización ineficiente de los recursos sanitarios.

El documento elaborado desde la División de RRHH del SNIS, trata por un lado de sistematizar las políticas que han existido y que hoy se aplican en el Uruguay para afrontar el tema; y por otro más se realizan ciertas propuestas de política a aplicar de modo de contribuir a una mejora en la distribución de los RHS a nivel nacional.

El esfuerzo realizado en nuestro país en cuanto a políticas de distribución ha sido muy escaso y no han sido pensadas específicamente para encontrar soluciones en la temática, sino que han

impactado de forma indirecta sobre la inequidad existente. Es fundamental en este sentido la elaboración de un paquete de políticas global, realizando un seguimiento de la aplicación y medición de impacto de las propuestas en términos de distribución y en términos de mejora en los resultados sanitarios de los usuarios del SNIS.

La División de RRHH del SNIS, conformó un grupo interdireccional para discutir la problemática y elaborar un plan piloto de modo de medir el impacto alcanzado en las propuestas que se realicen. Dicho grupo para el trabajo que se encuentra realizando tiene en consideración:

- Los determinantes de la distribución de RHS.
- Las necesidades de RHS a nivel territorial tomando en cuenta la población de cada zona, los centros de salud existentes así como la tecnología disponible.
- Se debe considerar a su vez, a dónde están adscriptos los usuarios del SNIS para evaluar la posibilidad de coordinación y complementación entre prestadores de modo de optimizar los recursos disponibles.
- Proponer políticas articuladas interinstitucionalmente que lleven a una descentralización territorial real.

El grupo interdireccional del MSP, comenzó a trabajar hace dos meses y se planteó en una primera etapa la realización de un diagnóstico de los RHS a nivel territorial, ya que la información que se recaba actualmente por el Sistema de Control y Análisis de los Recursos Humanos no cuenta con dicha desagregación. La División de RRHH del SNIS ya realizó el relevamiento y se está en una etapa de procesamiento de la información enviada por las instituciones, lo cual resulta un insumo fundamental a la hora de medir las brechas entre la oferta y las necesidades, y focalizar las políticas en áreas que resulten más críticas por la escasez que presentan.

La construcción de Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención.

Otro de los elementos esenciales para avanzar radica en la construcción de los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención.

“El equipo es una forma particular de organización del trabajo y no un tema que pueda aprenderse en un curso. En el sector salud como en otros, se han utilizado actividades puntuales de capacitación para generar la consolidación de un equipo de trabajo. Este tipo de intervención puede aportar conocimientos, pero no puede reemplazar el desarrollo de actitudes para el trabajo en equipo. Las actitudes sólo pueden cambiar en la práctica, en la vivencia laboral, en la interacción de trabajo con los compañeros, no en espacios hipotéticos.” (Rosales, C; Molina, Ana; Moreno Wagner. Bibliografía Anotada: Equipo de trabajo en salud. San José: OPS/OMS, 1998.)

En tal sentido, será, principalmente, en el desarrollo de esta propuesta y su puesta en práctica que se irá construyendo la actitud y aptitud cultural en los RHS para trabajar en equipo en un proceso dialéctico con los usuarios del sistema. Desde esta perspectiva los Equipos no son la simple superposición de profesiones, sino la modalidad de trabajo que toma al usuario como

una unidad existencial en tiempo y espacio y entiende al proceso asistencial como una práctica social humana entre personas.

La propuesta de Equipo debe de asentarse a nivel nacional y conformarse dentro del Primer Nivel de Atención como la puerta de entrada al sistema.

Su conformación debe de contemplar el trabajo multiprofesional e interdisciplinar. Las necesidades y características de los territorios en materia de salud y sus determinantes sociales son la brújula que debe guiar la composición de los Equipos. Por lo cual, los Equipos deben de desarrollarse a nivel nacional, pero su composición y funcionamiento debe estar sujeta a la realidad sanitaria en la cual realizarán su práctica.

La realidad nacional en relación a la distribución y dotación de los RHS es un elemento central para la viabilidad de la implementación y desarrollo. El proceso de implementación no debe de negar este punto y tampoco oficiar para imposibilitarlo. El justo equilibrio obligará a desarrollar acciones positivas en los territorios donde se torne necesario mejorar las brechas existentes entre la necesidad y/o estándar y la realidad concreta en relación a la disponibilidad.

El equipo inter-dirección que se conformó en el MSP elaboró un documento que pone en negro sobre blanco algunas líneas básicas para definir sobre el tema. El paso siguiente radica en los procesos de implementación y desarrollo del mismo a nivel del sistema. Una máxima que se impuso a la hora de sostener cualquier estrategia e idea fuerza para la implementación radica en la necesaria interdependencia intra-sistema que implican las acciones para hacer realidad el establecimiento de los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Elementos como la capacidad de resolutivez con la que cuenten estos Equipos son esenciales para su eficiente práctica en los procesos asistenciales y en la eficiencia de todo el sistema de salud en su conjunto.

Reforma de trabajo médico- Consejo de salarios subsector privado.

El trabajo que se viene desarrollando a nivel del Consejo de Salarios del Grupo 15 (subsector privado) tiene como objetivo revisar el laudo médico vigente desde la década del '60 para adaptarlo a las necesidades del actual sistema de salud. Hasta el momento se ha avanzado en el Consejo de Salarios en la definición del trabajo de las especialidades básicas.

Las que se denominan especialidades básicas, son aquellas que brindan atención médica a la que tiene acceso directo la población y que se presta por médicos cuyos pacientes no se seleccionan por patologías específicas, técnicas o procedimientos concretos, ni por pertenecer a grupos determinados de riesgo.

Los médicos generales, de familia, de pequeñas comunidades, pediatras y geriatras, son profesionales que mantienen una relación denominada longitudinal con los individuos, siendo responsables del cuidado de la salud a través de acciones preventivas, de educación, curativas, de rehabilitación, abarcando los diversos episodios de morbilidad a lo largo de la vida de los individuos, en su entorno familiar y contexto socio-cultural.

Estos constituyen los perfiles profesionales que por las características de su práctica asistencial deberían tener asignada población de referencia y a partir de la identificación de las necesidades de la misma, facilitar la organización del trabajo en base a prácticas asistenciales programadas, y no sustentadas principalmente en la demanda espontánea de los usuarios/pacientes. Una visión longitudinal, implica el seguimiento de las personas con el conjunto de los problemas de salud que le afectarán a lo largo de la vida.

La actividad ginecológica, en lo que hace fundamentalmente al componente de atención ambulatoria vinculada al primer nivel de atención, cumple con los parámetros previamente establecidos y por lo tanto se incluye en parte de este análisis sin perjuicio de que requiera consideraciones particulares que se analizarán posteriormente.

Poder cumplir con sus cometidos dentro del equipo de salud, además de que requiere mantener el contacto con los usuarios por períodos temporales prolongados en relación al ciclo de vida (niños, adolescentes, adultos, etc.) necesita de otros componentes organizativos y desde la regulación como son: laudarse sobre las funciones y condiciones de trabajo de los médicos de referencia; la coordinación entre niveles de atención, la orientación familiar-comunitaria, garantizar el acceso a los servicios (geográfico, funcional, económico), entre otros.

Las especialidades que tienen su demanda organizada a partir de una población de referencia, deben tener la posibilidad de hacer seguimiento de los pacientes a domicilio, tener información completa y en forma oportuna, sobre la atención brindada en los diferentes episodios de atención, en todos los niveles asistenciales y de complejidad, así como cuando participan del proceso otros integrantes de los equipos de salud.

Una organización de este tipo, con horarios de atención del equipo de referencia más amplios, facilita la consulta de los usuarios en los casos de episodios de enfermedad, que si bien demandan una atención de urgencia, no requieren para su resolución ámbitos de la complejidad de una puerta de urgencia institucional, contribuyendo a una utilización más apropiada de los otros niveles de atención. También está comprobado el impacto desde el punto de vista de la justificación en la indicación de las técnicas diagnósticas, solicitud de interconsultas, entre otros ejemplos.

Como contrapartida, se debe disponer de herramientas fundamentales como la historia clínica completa, sistemas de referencia y contrarreferencia definidos, y espacios de trabajo conjunto con los demás integrantes del equipo de salud cuando esto sea necesario.

Los médicos de referencia deberían jugar un papel fundamental en la continuidad asistencial como uno de los elementos claves de la calidad de la atención, y pueden asimismo contribuir con un uso más eficiente de los servicios y recursos destinados al sector.

Los cambios propuestos incorporan los siguientes aspectos:

1. Competencias/ obligaciones que incluyan:
 - a. Población de referencia
 - b. Asistir de forma transversal a sus usuarios, lo que implica seguir al usuario en policlínica y a su vez interesarse por el usuario cuando cambia de nivel de atención
 - c. Cumplir en lo que le compete los programas y planes del MSP
2. Cargos de alta dedicación, entre 40 y 48 horas semanales, longitudinales (mínimo 5 días de trabajo a la semana)

3. Incorporación de horas de actividades institucionales que incluyan análisis epidemiológico de la población referenciada y actividades de educación para la salud
4. Cambio en la forma de pago variable en policlínica para el cumplimiento de los siguientes objetivos:
 - a. Incentivar al médico a la captación de su población de referencia maximizando los usuarios referenciados en base a las pautas de referenciación definidas.
 - b. Correcto registro en la historia clínica.
 - c. Aumentar la capacidad de atención de la policlínica a través del médico de referencia para que pueda funcionar realmente como puerta de entrada al sistema y se pueda realizar un uso más eficiente de las restantes áreas, como la puerta de emergencia. Esto implica incentivar la cantidad de consultas realizadas por el médico en relación a su población de referencia y a los usuarios en general de la institución.

Laudo único nacional equiparando público- privado.

La propuesta de un laudo único a nivel nacional surge por distintas razones. Por un lado se pretende buscar equidad laboral entre los trabajadores de la salud que desempeñan igual función. Por otro, se busca generar una mejora en el acceso de los usuarios a los distintos prestadores integrantes del SNIS, entendiendo que el establecimiento de un laudo único puede disminuir la competencia por los RHS entre los distintos prestadores integrantes del SNIS, optimizando la cantidad de trabajadores y los servicios prestados en los diferentes subsectores. El trabajo hacia la consolidación de un laudo único a nivel nacional, pretende en una primera etapa alcanzar niveles salariales y condiciones laborales convergentes. Las definiciones y competencias de las distintas categorías de ocupación quedarían para una etapa posterior. Por lo tanto el laudo único hace referencia a un único salario y mismas condiciones de trabajo para una misma función entre los diferentes sectores (públicos-privados) y hacia dentro de cada uno entre los distintos prestadores.

La aspiración del laudo único ha sido un eje estratégico de la actual administración, en el entendido que la fragmentación del mercado de trabajo implica un uso ineficiente de los recursos y que opera en detrimento de la calidad asistencial, generando condiciones de acceso, cobertura y equidad desiguales. El laudo único se considera entonces una herramienta para evitar la competencia entre prestadores por los recursos humanos en base a salarios y condiciones de trabajo. En este marco el MSP debería definir cuál es el esquema de competencia óptimo en materia de RRHH.

Esta propuesta presenta como problema, que lo consensuado (laudado) en los consejos de salarios representa solo el salario mínimo que se le puede pagar al médico según área de trabajo y especialidad, lo que no implica establecer límites superiores a los salarios que cada institución puede estar dispuesta a pagar.

En segundo lugar y unido a lo anterior, como se planteaba precedentemente, el laudo único no incide sobre las presiones que genera la escasez de recursos formados sobre el mercado de trabajo. En el caso de las especialidades que son escasas en nuestro país, se generan incentivos para que las instituciones ofrezcan mejores condiciones que las que establece el laudo con el objetivo de captar los recursos.

Por lo tanto para lograr una equiparación real de todo el sistema de salud en cuanto a salarios y condiciones de trabajo de los médicos se precisaría de una estrategia más abarcativa

incorporando soluciones a los problemas que se planteaban, analizando entre otras cosas la posibilidad de regulación salarial, arreglos de complementación para el caso de especialidades escasas y de baja demanda, compromiso de las instituciones formadoras con la imagen objetivo, etc.

El trabajo en el cual se embarcó la División de RRHH del SNIS comprendió varias etapas. La primera etapa buscó recolectar la información de los RHS a nivel salarial y de condiciones de trabajo de cada prestador integrante del sistema. La segunda etapa compatibilizó la información, estableciendo criterios homogéneos de modo de analizar la información de forma comparable. La tercera etapa consistió en el diagnóstico de las brechas salariales entre los distintos subsectores. La cuarta etapa, trató de evaluar la implementación de un laudo único médico a partir de la información recabada. Actualmente se conformó una subcomisión entre ASSE, el SMU y el MSP de modo de evaluar la implementación de la propuesta acordada en el marco del Consejo de Salarios del grupo 15 en el subsector público.

5- HERRAMIENTAS DESARROLLADAS PARA LA DIRECCIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

Observatorio de RRHH de la salud.

El Observatorio es una herramienta para la implementación y evaluación del SNIS en su conjunto, no solo para los hacedores de políticas sino para todos los actores del sistema.

Uno de los principios fundamentales del SNIS tiene que ver con la construcción colectiva de las políticas públicas y con el empoderamiento de los trabajadores y usuarios del sistema de salud en su conducción, el Observatorio también juega un papel significativo para ello, en el entendido que el mismo debe de desarrollarse sobre la base del beneficio mutuo, la solidaridad, la cooperación y la participación de los actores clave del campo de los RHS.

En tal sentido, el Observatorio se posiciona como una herramienta estratégica para desarrollar procesos en materia de RHS que le den al MSP la posibilidad de monitorear y evaluar acciones y políticas con los actores implicados en una constante espiral dialéctica de producción de información y conocimiento.

El Observatorio es un espacio referente de intercambio y producción de información, es fundamental para la construcción de políticas públicas y planes estratégicos de RHS.

Los principios que regirán la gestión y desarrollo del Observatorio serán:

- 1) transparencia.
- 2) democratización.
- 3) equidad.
- 4) veracidad.

Comisiones mixtas.

Otro de los ámbitos priorizados debe ser la construcción de espacios institucionalizados, en consecuencia constantes y estables para planificar conjuntamente la formación de los RHS y proyectar su desarrollo dentro del SNIS. La formación de RHS es uno de los elementos

centrales a la hora de pensar cualquier sistema de salud. Particularmente adquiere mayor significación para la etapa en la cual se encuentra el SNIS, la cual pone en el foco a los RHS, ya que estos serán los principales actores en la materialización del cambio de modelo de atención. Dadas estas características, se torna necesario trabajar en conjunto con la UdelaR y no sobre ella, en el marco de una alianza estratégica que tenga un objetivo en sí mismo de planificar la formación como se mencionó y otro objetivo fundamental que se enmarque en el desarrollo de los RHS en cantidad y calidad para lograr una adecuada atención.

Sistemas de información fortalecidos.

Al comienzo de la administración pasada no existía información disponible sobre los recursos humanos con que contaba el sistema de salud. La primera medida que se tomó como forma de generar insumos para la construcción de políticas públicas en esta materia fue la generación de sistemas de información. Por un lado se creó el SCARH que contiene información sobre los trabajadores de las IAMC y seguros privados y por otro se informatizó el registro de los profesionales habilitados por el MSP.

6- PROPUESTA DE AGENDA

Dado el momento en el cual nos encontramos se impone tomar las definiciones que por un lado, deliñe cómo seguimos con los temas que se han desarrollado en estos años y por otro definir las prioridades y la agenda de los temas que hasta ahora no se han podido abarcar.

Algunos elementos ya definidos para la agenda futura:

- Distribución territorial
 - o Elaboración del diagnóstico
 - o Plan piloto para medir el impacto de algunas políticas de radicación de RRHH
 - o Evaluación del plan piloto y diseño de políticas nacionales
- Equipos de salud del primer nivel de atención
 - o Análisis de la propuesta
 - o Diseño de la implementación
- Reforma del mercado de trabajo médico
 - o Medicina interna e intensiva
 - o Cargos de jefatura, coordinación y consultantes
 - o Análisis de las especialidades restantes.
- Laudo único
 - o Incorporación del MSP a la negociación colectiva de ASSE
 - o Análisis de la normativa vigente
 - o Establecer prioridades para la implementación
- Sistemas de información
 - o Mejora de la calidad de los datos existentes en los sistemas de información y registro SCARH, SHARP
 - o Transparencia activa

- Incorporación de los prestadores públicos y privados parciales al SCARH (ASSE, Militar, Policial, emergencias móviles, etc.)
- Difusión o socialización o democratización de los sistemas y auditoría de los mismos.
- Mejorar la coordinación interinstitucional para el intercambio de información

Algunos aspectos a incorporar a la agenda de mediano y largo plazo.

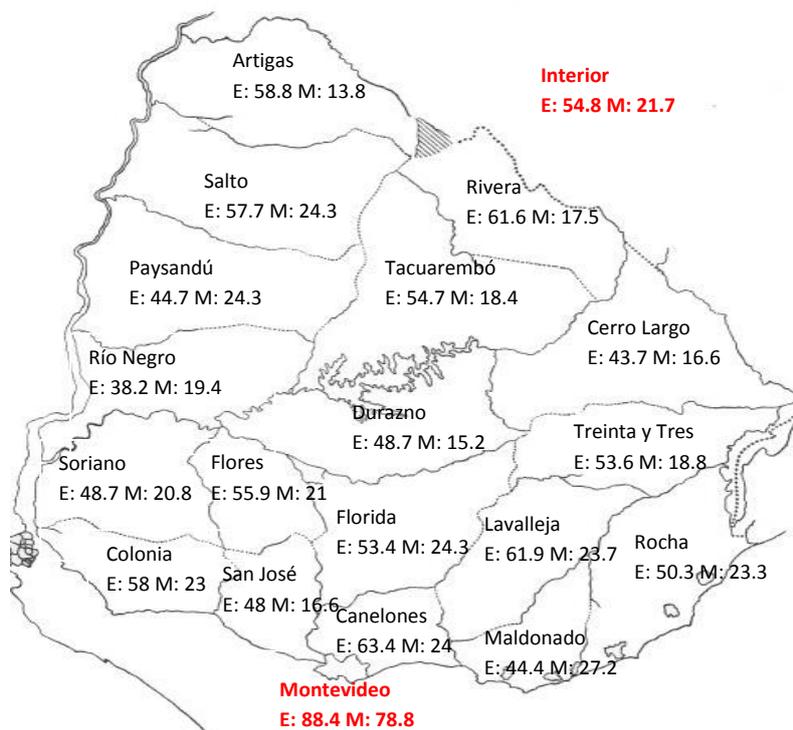
- Formación de los nuevos RRHH del sector.
- Re perfilamiento en base a definiciones estratégicas.
- Participación del MSP en instancias co – gestión de formación de RRHH.
- Dispositivos de asistencia – formación (Programa UDA, Programa UDAD etc.)
- Estimación de necesidades metodología con ajuste a la realidad nacional.
- Reforma del trabajo no médico

ANEXO ESTADÍSTICO

Tabla 1. Densidad de médicos, enfermeras y parteras cada 10. 000 habitantes.

	Médicos	Enfermeras y parteras	Total
América Latina y el Caribe			
Cuba	67.2	90.5	157.7
Uruguay	37.4	55.5	92.9
Brasil	17.6	64.2	81.8
Ecuador	16.9	19.8	36.7
Belice	8.3	19.6	27.9
Perú	9.2	12.7	21.9
El Salvador	16.0	4.1	20.1
México	19.6		19.6
Chile	10.3	1.4	11.7
Colombia	1.5	6.2	7.7
Otras regiones			
Canadá	19.8	104.3	124.1
España	39.6	51.1	90.7
Estados Unidos	24.2	98.2	122.4
Reino Unido	27.4	101.3	128.7
Región de la OMS			
Región de África	2.2	9	11.2
Región de las Américas	20	72.5	92.5
Región de Asia			
Sudoriental	5.6	10.9	16.5
Región de Europa	33.2	65	98.2
Región del Mediterráneo			
Oriental	10.9	15.6	26.5
Región del Pacífico			
Occidental	14.8	18.4	33.2
Grupos de ingresos			
Ingresos bajos	2.1	5.3	7.4
Ingresos medianos bajos	7.8	15.1	22.9
Ingresos medianos altos	17.1	26.1	43.2
Ingresos altos	27.7	70.8	98.5
Mundial	14.2	28.1	42.3

Ilustración 1. Densidad de recursos humanos cada 10.000 habitantes[®]. Año 2011.



Fuente: “Distribución de los RRHH en el Uruguay” DRRHHSNIS.

Nota: datos de Lotus Notes, MSP actualizados al 2 de febrero de 2011. CJPPU actualización, enero de 2009.

[®] Nota: E: auxiliares y licenciada en enfermería; M: médicos

Tabla 2. Dotación de recursos humanos del subsector privado

	Montevideo	Interior	Total País
Cargos			
Médico	33,704	16,535	50,239
Enfermeras (lic y aux)	22,002	13,961	35,963
Técnicos no médicos	9,105	7,964	17,069
Administración, servicios y oficios	8,235	5,592	13,827
Total	73,046	44,052	117,098
Personas⁷			
Médico	7,376	3,826	10,271
Enfermeras (lic y aux)	8,373	4,767	13,084
Técnicos no médicos	4,296	2,228	6,411
Administración, servicios y oficios	9,376	5,674	15,042
Total	29,421	16,495	44,808
Cargos por persona por institución			
Médico	2.7	3.9	3.0
Enfermeras (lic y aux)	2.5	2.9	2.6
Técnicos no médicos	1.8	3.4	2.3
Administración, servicios y oficios	0.9	1.0	0.9
Total	2.0	2.6	2.2
Cargos por persona			
Médico	4.6	4.3	4.9
Enfermeras (lic y aux)	2.6	2.9	1.1
Técnicos no médicos	2.1	3.6	1.2
Administración, servicios y oficios	0.9	1.0	0.4
Total	2.5	2.7	1.0

Fuente: División RRHH del SNIS. SCARH Agosto 2011

Tabla 3. Ratios IAMC – ASSE por usuario

	Total	Montevideo	Interior
Brecha en cargos por usuarios			
Médica	2,45	1,71	2,95
Enfermeras (lic y aux)	1,78	1,02	2,76
Técnicos no médicos	2,21	1,36	3,87
Total	2,12	1,34	3,03
Brecha en horas por usuarios			
Médica	1,18	0,94	1,41
Enfermeras (lic y aux)	1,11	0,69	1,51
Técnicos no médicos	1,04	0,68	1,68
Total	1,12	0,76	1,49
Horas de trabajo promedio mensuales de médicos por cargo			
IAMC	58,2	51,5	71,9
ASSE	121,3	94,4	150,1

Extraído del informe de rrhh 2010

⁷ Se debe aclarar que la cantidad de personas que figura en la variable “Total País” es menor al resultado que da la suma de las personas de Montevideo e Interior. Esto se debe a que existe un grupo de personas que cumplen sus tareas en ambos lados.

Tabla 4. Relaciones básicas RHS

Relación médico/licenciada	3.1
Relación médico/auxiliar	0.9
Relación auxiliar/licenciada	3.6

Extraído de "La enfermería en el Uruguay. Características actuales y perspectivas de desarrollo" División RRHH del SNIS. 2011