

10



Jornadas de Intercambio

"A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud"



Ministerio
de SALUD

Recursos humanos
en salud
Insumos para el taller

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.	Introducción.....	3
II.	Alcances y desafíos de la gobernanza.....	3
III.	Descripción general de los RHS.....	7
IV.	Distribución de los RHS.....	14
V.	Estructura de las dotaciones.....	17
VI.	Planificación de los RHS.....	21
VII.	Políticas en materia de retribuciones.....	22
VIII.	Principales cambios en las condiciones de trabajo.....	24
VIII.1.	Aspectos no salariales de la negociación colectiva.....	24
VIII.2.	Nuevo Régimen de Trabajo Médico.....	26
VIII.2.1.	Objetivos del NRTM.....	26
VIII.2.2.	Descripción del proceso de implementación.....	28
VIII.2.3.	Monitoreo y evaluación.....	30
VIII.3.	Capacitación.....	31
IX.	Preguntas guía para los talleres.....	33

I. Introducción.

Los recursos humanos en salud (RHS) son el recurso esencial de cualquier sistema de salud. Su dotación, distribución, formación y capacitación son determinantes claves a la hora de definir el acceso de la población a servicios de salud de calidad de manera oportuna. El gobierno uruguayo que asume en 2005 comienza un proceso de reforma en la salud, consagrada en la Ley Nº 18.211 que establece la creación, funcionamiento y financiación del actual Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y cuyo cometido central es establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Entre los objetivos del SNIS se encuentran “el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse”, y “promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica” (art. 4 de la ley 18.211).

El presente documento sistematiza las principales características de los profesionales de salud en un sentido amplio y su inserción en el sector salud. Asimismo, sistematiza los principales avances que se registraron en los últimos diez años, identificando los principales desafíos que el país tiene en este campo en el mediano y corto plazo.

II. Alcances y desafíos de la gobernanza

A partir de la creación de la Reforma de la Salud y con la Ley 18.211 se definen los cometidos estratégicos del MSP, que se relacionan con el desarrollo del SNIS y la garantía del derecho a la salud de todos los habitantes residentes en el país.

En sus principios rectores, se plantean como misión y visión el establecer las políticas y las estrategias para el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, de modo de asegurar la salud colectiva como un derecho humano básico y un bien público responsabilidad del Estado. Se puso énfasis en ejercer la rectoría del sector salud y en el rol de la Autoridad Sanitaria para proteger la salud de la población, a través de políticas y acciones con énfasis en la prevención y promoción, que cumplan los principios de integralidad, universalidad, calidad, equidad, eficacia, eficiencia y participación social.

Dentro de los cambios que en la reforma se plasmaron se puso de manifiesto el papel central de los trabajadores de la salud para cumplir con los objetivos de la misma. El MSP reconoce desde estos inicios que en los temas de los RHS se tendrá una rectoría compartida con otros actores con importante presencia tanto en los temas vinculados a la formación como a las demandas del mercado de trabajo y regulación del mismo. En nuestro país las competencias en materia de rectoría de los RHS están dispersas entre una multiplicidad de instituciones.

En cuanto a la formación de RHS, la Universidad de la República es el principal actor en dicha tarea¹ y posee autonomía académica consagrada en su Ley orgánica². Cumple el doble rol de formador y regulador ya que determina la cantidad y el perfil de los profesionales que forma a través de los cupos tanto para la Escuela de Tecnología Médica, las residencias y posgrados en

¹ El 63% de los títulos registrados en el MSP provienen de la Universidad de la República.

² “La Universidad se desenvolverá, en todos los aspectos de su actividad, con la más amplia autonomía.” Art. 5 de la Ley Orgánica de la Udelar.

los casos que corresponde. En cuanto a la formación de RHS el país cuenta también con instituciones privadas terciarias y no terciarias, reguladas por el Ministerio de Educación y Cultura. En este tema tampoco el MSP tiene incidencia en cuanto a la cantidad ni en las definiciones de estándares de calidad de los recursos que forma, vinculantes con las necesidades de la reforma sanitaria en marcha.

En los aspectos relativos a retribuciones, partidas complementarias, formas de remuneración y condiciones de trabajo, las definiciones se toman a nivel de la Negociación Colectiva tripartita en el primer caso y bipartita en el segundo caso. En este contexto el rol clave lo juega el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social³.

Se debe sumar a estos actores la multiplicidad de prestadores de servicios de salud públicos (ASSE, Sanidad Policial, Sanidad Militar, etc.) y privados (IAMC, seguros integrales, prestadores parciales), quiénes determinan la demanda de estos recursos. Asimismo es importante destacar el rol de los colectivos de trabajadores en el campo de la salud (FUS, FFSP, SMU), no solo en su participación en los Consejos de Salarios, que se expresa como condiciones de trabajo que repercuten en la organización de los servicios e inciden por ejemplo en la carga horaria y dotación de recursos, sino también por su participación en los distintos espacios de gobernanza del SNIS (JUNASA, JUDESAS, Consultivos, etc.) generando agenda más allá de las demandas en cuanto a condiciones de trabajo.

En resumen, la rectoría en el campo de los RHS se encuentra compartida entre el MTSS, MEC, UDELAR y MSP, y los distintos espacios de participación existentes. El rol del MSP en esta área depende de manera permanente de la voluntad política de las restantes autoridades para coordinar interinstitucionalmente.

A partir de la Ley 18.211 de creación del SNIS se define dentro de las competencias fundamentales del MSP, el de “Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.” (Art. 5 Ley 18.211), lo que crea la necesidad de que el MSP tome un rol activo dentro del campo de los RHS, algo que hasta ese momento se resumía a situaciones críticas como por ejemplo el cierre de Instituciones.

En todos estos aspectos el MSP ha optado desde ese entonces por posicionarse como un actor clave en este tema, generando capacidad técnica y política para gestionar las acciones necesarias que hagan converger los distintos intereses de las instituciones y organizaciones señaladas anteriormente, poniendo el foco en las necesidades asistenciales de la población. Se planteó como objetivos centrales construir e implementar políticas y acciones 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. Esto implica gestionar e incidir institucionalmente en el campo de los RHS con los distintos actores implicados, tomando a estos como sujetos activos y eje esencial para una adecuada atención en Salud.

³ “Créanse los Consejos de Salarios que tendrán por cometido fijar el monto mínimo de los salarios por categoría laboral y actualizar las remuneraciones de todos los trabajadores de la actividad privada (...). El Consejo de Salarios podrá asimismo establecer condiciones de trabajo para el caso que sean acordadas por los delegados de empleadores y trabajadores del grupo salarial respectivo.” Art. 12 de la Ley de Negociación Colectiva.

La meta es avanzar en el ejercicio de la gobernanza⁴ articulando con los distintos actores, para construir organizaciones inteligentes que consoliden estrategias para el logro de sus objetivos y adaptables a los cambios del entorno. La gobernanza de una organización alude a modelos de organizaciones democráticos y participativos, en donde prima una visión estratégica compartida por múltiples actores. Pero también se basa en la transparencia de los procesos y de las decisiones, en la búsqueda de la eficiencia y el compromiso, favoreciendo el desarrollo de prácticas, relaciones y capacidades para el avance en las políticas que atiendan las necesidades de los usuarios y de la comunidad. Se trata de sentar las bases de nuevas prácticas de gobierno, a través del abordaje longitudinal de proyectos y programas, con la participación de los principales actores sociales que se encuentran presentes para el contralor y el cuidado de los bienes comunes y los servicios sociales, basados en modelos deliberativos y en una burocracia basada en la eficiencia y el trabajo experto.

Mirando el proceso global de estos 10 años, más allá del campo de los RHS, en el período 2005 – 2007 la discusión estuvo centrada en las características de la reforma de la salud y en su implementación. A partir del 2007 se comienzan a crear espacios e insumos para la discusión e implementación de políticas de RHS y específicamente en el año 2010 el tema de RRHH fue definido política y programáticamente como una de las prioridades a trabajar desde el MSP.

En este sentido, se pueden distinguir tres momentos en la construcción de su papel desde la rectoría en el tema RHS: desde 2005 a 2009 se enfocó en la creación de sistemas de información; desde 2010 a 2015 se destaca la generación de institucionalidad para el desarrollo de políticas específicas, y a partir de 2015 en adelante se encuentra enmarcado en consolidar y profundizar los procesos, especialmente generando herramientas para la evaluación de políticas.

Para mirar hacia adelante es necesario tener presente los antecedentes creados para la construcción de esta rectoría basada en una modalidad de gobierno que ha impulsado a través de distintas acciones la gobernanza para la toma de decisiones. Dentro de estas acciones se puede destacar:

Creación en el 2010 de la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud:

Tiene como objetivo estratégico concentrar institucionalmente la temática de RHS para generar capacidades y experticia necesaria y suficiente para incidir en la articulación en la materia por parte del MSP. Sus principales cometidos son: a) generar insumos para el diseño y evaluación de políticas públicas en materia de RHS, b) generar y mantener los sistemas de información y c) habilitar los profesionales de la salud.

Creación de sistemas de información y difusión de los mismos:

Desde el 2006 se han creado y formalizado sistemas de información desde el propio MSP (Sistema de control y análisis de recursos humanos, Relevamiento de trabajadores del sector públicos, Sistema de habilitación y registro de profesionales). También se han realizado

⁴ “La esencia de la gobernanza consiste en la importancia primordial que atribuye a los mecanismos de gobierno que no se basan en el recurso exclusivo de las autoridades gubernamentales ni a las disposiciones decididas por éstas...La gobernanza no se caracteriza por la jerarquía, sino por la interacción de actores corporativos autónomos y por redes entre organizaciones.” (Natera Peral, 2005, pág. 759)

relevamientos puntuales como el Censo de profesionales de la salud en el año 2008, y se ha trabajado en coordinación con otras organizaciones en la implementación del Censo de Enfermería y de Psicología. Estos relevamientos se encuentran disponibles en la Web del MSP como forma de aportar a la construcción colectiva del conocimiento en el campo de los RHS.

Participación en distintos ámbitos para la articulación con los restantes actores del sistema:

- Participación en el Consejo de Salarios: desde el año 2005 el MSP se encuentra trabajando para tener un rol activo y propositivo en el tema. Esta participación le ha permitido incorporar objetivos sanitarios a la regulación de las relaciones laborales del sector. El principal ejemplo de esto es la reforma del trabajo médico.
- Observatorio de RHS: el Observatorio ha constituido un espacio referente de intercambio y producción de información, fundamental para la construcción de políticas públicas y planes estratégicos de RHS. Se crea en diciembre de 2012 y tiene como objetivo principal la construcción, análisis y difusión de conocimiento para la elaboración e implementación de los procesos de regulación, formación, desarrollo y formulación de políticas y planes de RHS en el marco de los principios y valores rectores del SNIS y las necesidades sanitarias de la población del país. Está integrado por el Área Salud de la UdelaR, SMU, FUS, FFSP, ASSE, prestadores privados de la salud y Sanidad Militar.
- Nodo Campus Virtual: es una red de personas, instituciones y organizaciones que comparten cursos, recursos, servicios y actividades de educación, información y gestión del conocimiento en acciones de formación; con el propósito común de mejorar las competencias de la fuerza de trabajo y las prácticas de la salud pública. Es a su vez una herramienta de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el aprendizaje en red en la región de las Américas. El MSP ha sido impulsor de dicho espacio y ha generado conjuntamente con otras organizaciones propuestas de aprendizaje, cursos y capacidades técnicas.
- Participación en la comisión de RHS de la Red integrada de efectores públicos de salud (RIEPS): integrada por representantes MSP e integrantes de la RIEPS. Tuvo entre sus principales objetivos contribuir al análisis sobre los RHS del sector salud, conocer las diferentes formas de contratación y vinculación laboral que se tienen en las instituciones del sector público e identificar líneas de trabajo en el sector de RRHH que faciliten las estrategias de complementación entre prestadores públicos.
- Comisión Asesora Multipartita (CAM): está integrada por las 4 cámaras empresariales (Plenario, UMU, CIES y FEPREMI), SMU, MEF, MTSS y MSP. Tiene como objetivo diseñar el nuevo régimen de trabajo médico y elevar las propuestas al Consejo de Salarios - Grupo 15 "Servicios de Salud y Anexos". Se constituye en 2012 y tiene un funcionamiento periódico desde ese momento. La periodicidad y estabilidad en los interlocutores permite generar confianza entre los actores que facilitan la construcción colectiva de la política pública. Representa el primer espacio creado en la órbita de la negociación colectiva que reconoce la incidencia directa que tiene la misma en el desarrollo de las políticas, define al MSP como coordinador de la negociación colectiva en lo que refiere a los aspectos asistenciales, formaliza y ordena el vínculo Consejo de Salarios – MTSS – MSP.
- CAM –ASSE (ASSE – SMU – MTSS – MEF – MSP): Este espacio tiene como objetivo inicial discutir el Nuevo Régimen de Trabajo Médico para ASSE. Es el primer espacio de discusión que integra formalmente a todos los actores vinculados en la materia favoreciendo la formalización de la negociación colectiva en el ámbito del MTSS.
- Comisión honoraria asesora de enfermería (CONAE): integrada por el MSP, ASSE, FUS, CEDU, UDELAR, FEPREMI, UCUDAL y FFSP, es un ámbito en el cual se discute y propone medidas sobre una de las profesiones más importantes en el campo de la salud. En dicha comisión se han creado aportes para la Ley 18.815 así como se han generado insumos para la creación de información sobre la profesión como fue el Censo Nacional de

Enfermería.

- Participación en la Comisión de Residencias Médicas: el MSP participó activamente en la nueva Ley 19.301 de Residencias Médicas. La nueva normativa redimensiona la participación del MSP como articulador entre las necesidades del SNIS y la formación de especialidades médicas. Incorpora explícitamente el concepto de planificación a la definición de los cupos de las residencias en las distintas especialidades

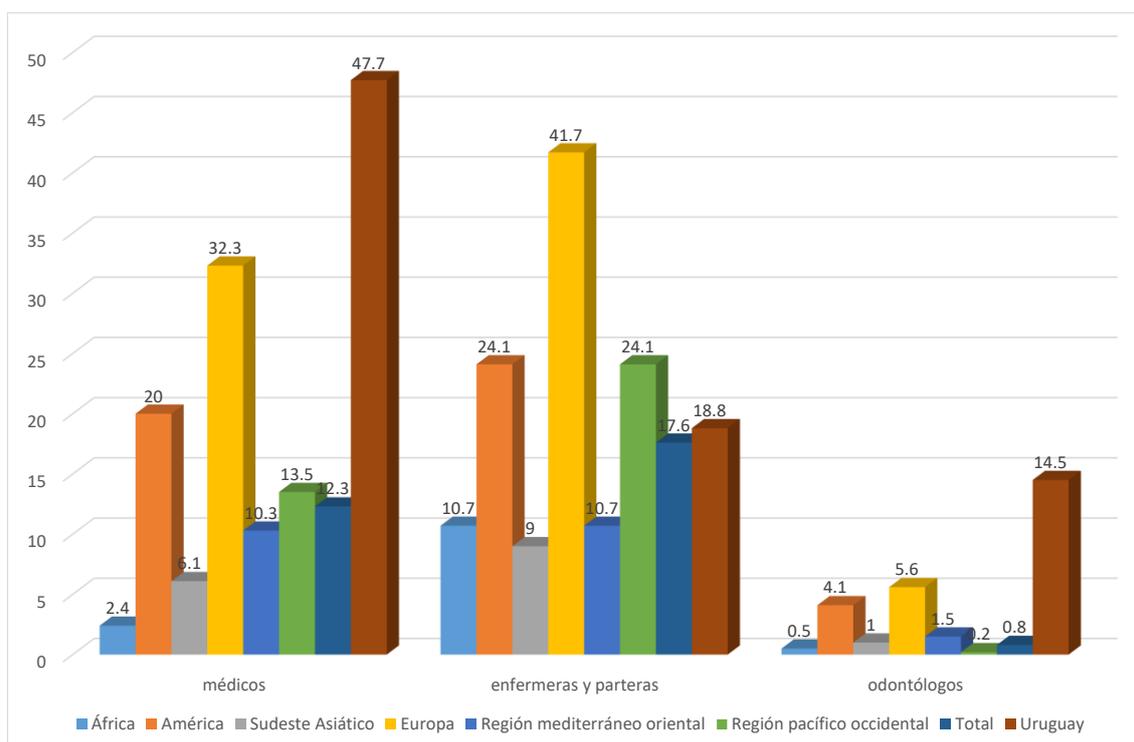
Todos estos ámbitos, con mayores o menores grados de desarrollo, han sido espacios de debate y colaboración entre los distintos actores del campo de la salud constituyéndose en herramientas a partir de las cuales se han generado diagnósticos y políticas en RHS, y a través de los cuales se ha construido y ejercido la rectoría por parte del MSP.

Pasados 10 años de la reforma el objetivo es analizar las prioridades a futuro, discutir sobre los ámbitos de intercambio existentes con los distintos actores en sus distintos formatos (cómo han funcionado, cuáles han sido sus principales dificultades y cómo lograr mayor eficiencia para el logro de los objetivos compartidos). Es necesario indagar en nuevos formatos de trabajo colaborativo o mejorar los ya existentes para lograr dar respuesta a los problemas que hoy se visualizan pero también para los cambios y problemas emergentes, considerando los tiempos organizacionales de cada actor para la toma de decisiones.

III. Descripción general de los RHS.

Considerando los ratios de profesionales de la salud cada 10.000 habitantes, nuestro país se encuentra en una posición privilegiada, superando los ratios Europa en el caso de los médicos y odontólogos. Esta situación históricamente fue así, situándose Uruguay dentro de los países con mejor dotación de América Latina.

Gráfico 1. Densidad de profesionales de la salud cada 10.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del World Health Statistics 2016 de la OMS y Anuario Estadístico del INE - 2016.

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.

Tabla 1. Profesionales de la salud registrados en el MSP. Marzo 2017.

Médicos	16.268
Lic. Enfermería	6.176
Aux. Enfermería	23.606
Lic. Nutrición	1.913
Lic. Psicología	7.837
Obstetras parteras	619
Odontólogos	4.208
Otros profesionales de la salud ⁵	6.719

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SHARPS, marzo 2017

El sector salud emplea 110.000 trabajadores según datos de la ECH del INE de 2016, lo que representa el 6.7% del empleo total.⁶ Considerando la condición de ocupación de la ECH, se

⁵ Se incluyen todas las categorías de profesionales que forma la Escuela de Tecnología Médica, considerando de esas categorías también los egresados por el sector privado.

observa que el 45% de los mismos se orientan a la asistencia directa de los cuales la mayoría son médicos y auxiliares de enfermería.⁷

Tabla 2. Empleo en la rama de actividad de la salud por categoría de ocupación. Año 2016.

Médicos	11%
Licenciadas enfermería	5%
Otros profesionales	9%
Técnicos	7%
Auxiliares de enfermería	13%
Otras categorías	55%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

El restante 55% de los trabajadores está integrado principalmente por trabajadores administrativos, cuidadores y auxiliares de servicios.

Tabla 3. Composición de “otras categorías”. Año 2016

Listado Nacional de Denominaciones de Ocupaciones CIUO_08	% sobre "otras categorías"
Oficinistas generales	19%
Empleados de contabilidad y cálculo de costos	5%
Trabajadores de los cuidados personales en instituciones	16%
Trabajadores de los cuidados personales a domicilio	5%
Otros trabajadores de cuidados personales	3%
Guardias de protección	3%
Conductores de automóviles, taxis y camionetas	4%
Limpiadores y asistentes de oficinas, hoteles y otros establecimientos	15%
Ayudantes de cocina	2%
Total	72%

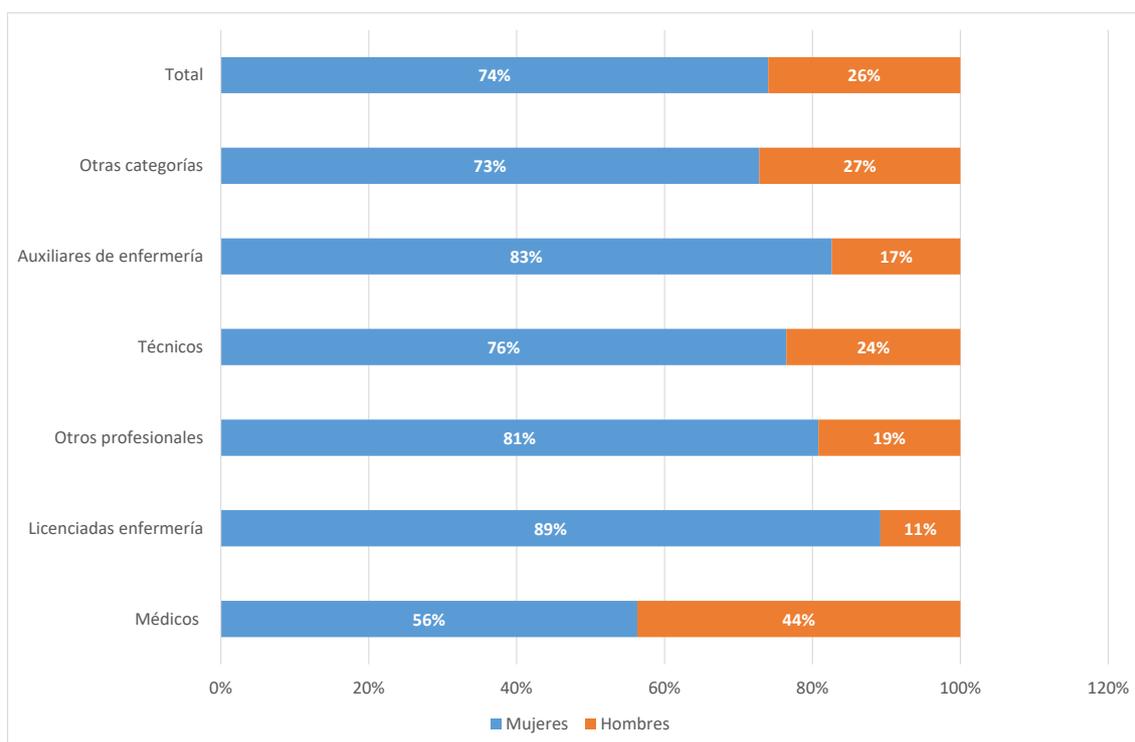
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

Esta fuerza de trabajo está fuertemente feminizada. En todas las categorías laborales las mujeres representan más del 50% de los trabajadores de la categoría, pero estos guarismos aumentan sustancialmente cuando se trata de trabajadores no médicos.

⁶ Datos calculados a partir de la ECH del año 2016 del INE. La rama de actividad se identifica en base a la Clasificación Industrial Internacional Uniforme Rev. 4 adaptada a Uruguay con los siguiente códigos: 8610 Actividades de hospitales; 8620 Actividades de médicos y odontólogos, Clínicas médicas, excepto de estética corporal, Servicios odontológicos, Clínicas médicas de estética corporal, Otras actividades médicas; 8690 Otras actividades relacionadas con la salud humana, Servicios de acompañantes de enfermos, Servicios de laboratorios de análisis clínicos y radiológicos, Servicios de ambulancias, Otras actividades relacionadas a la salud humana.

⁷ La ocupación de los trabajadores surge de considerar la ocupación principal en la ECH 2016, por lo que los valores absolutos no necesariamente coinciden con el total de profesionales del país.

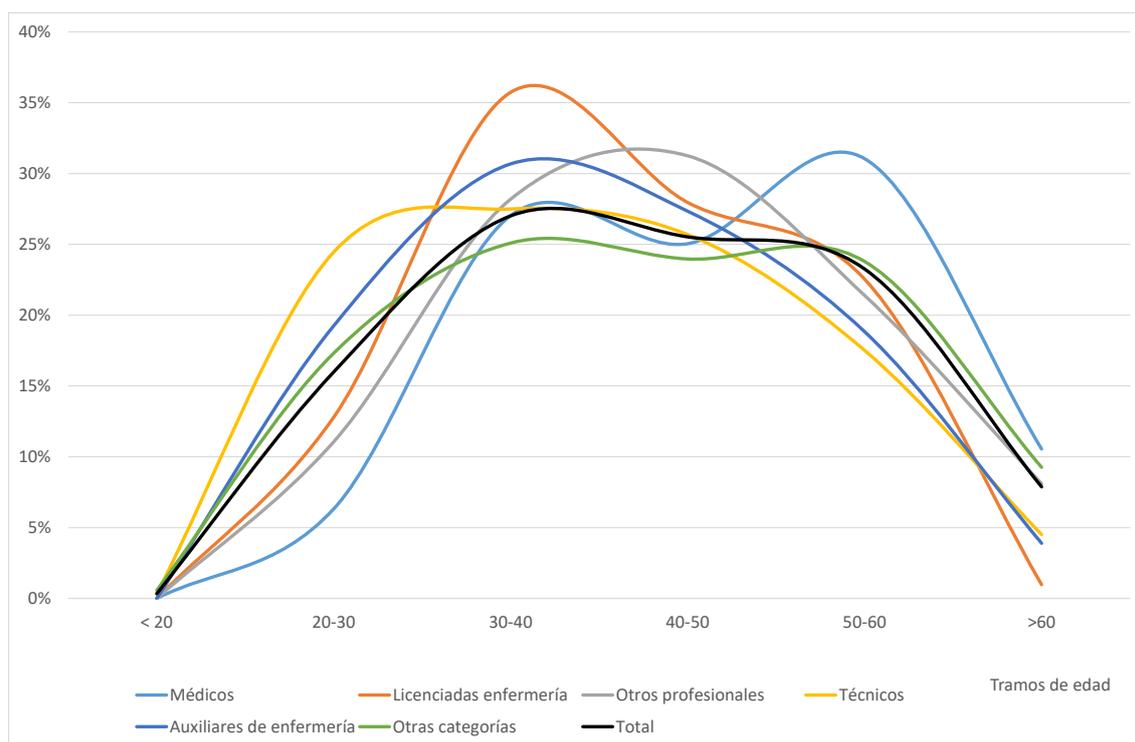
Gráfico 2. Composición del empleo por sexo. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

En términos etarios, cerca del 80% de los trabajadores de la salud tienen entre 30 y 60 años. Los trabajadores médicos son los que ingresan de manera más tardía al mercado de trabajo y se mantienen en edades más prolongadas, lo que refleja también los tiempos diferenciales de educación formal en relación a otras profesiones.

Gráfico 3. Categorías laborales por tramos etarios. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

En lo que refiere al nivel educativo, existe una importante dispersión entre categorías laborales. Asimismo, dentro de “otras categorías” la situación es muy heterogénea, y es donde se ubican los niveles educativos más bajos. El 60% de estos trabajadores tienen menos de 12 años de educación mientras que 12% tienen menos de 7 años.

Tabla 4. Años de educación promedio por categoría laboral. Año 2016.

	Años de educación promedio
Médicos	21.3
Licenciadas enfermería	16.5
Otros profesionales	17.6
Técnicos	14.7
Auxiliares de enfermería	12.1
Otras categorías	10.8
Total	13.3
Otras categorías	
Oficinistas generales	12.3
Empleados de contabilidad y cálculo de costos	12.7
Trabajadores de los cuidados personales en instituciones	10.0
Trabajadores de los cuidados personales a domicilio	8.6
Otros trabajadores de cuidados personales	12.1
Guardias de protección	8.7

Conductores de automóviles, taxis y camionetas	9.4
Limpiadores y asistentes de oficinas, hoteles y otros establecimientos	8.5
Ayudantes de cocina	9.5
Total otras categorías	10.3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

En términos de calidad del empleo, a diferencia de otros sectores la precariedad laboral medida como la cobertura a través de la seguridad social no es el problema fundamental. El sector salud en términos relativos está fuertemente regulado, lo que incide directamente en la precariedad medida de esta forma (4.1%). Si partimos de una definición más amplia, que incluya otros derechos laborales, se observa que la misma asciende a 14% para el conjunto de los trabajadores, principalmente asociado al reconocimiento de horas extras o licencia por enfermedad.

Tabla 5. Dimensiones de la precariedad laboral por categoría laboral. Año 2016.

	No aporta a caja de jubilaciones	No aporta por el total del salario	No se reconoce horas extras mediante pago, compensación, días adicionales de vacaciones	No tiene vacaciones anuales pagas o pago por licencia no gozada	No tiene licencia por enfermedad o lesión paga	Algún tipo de precariedad ⁸
Médicos	0.5%	1%	10%	2%	4%	13%
Licenciadas enfermería	0.0%	0%	8%	1%	2%	11%
Otros profesionales	6.9%	0%	3%	2%	1%	12%
Técnicos	5.5%	1%	7%	4%	5%	17%
Auxiliares de enfermería	1.3%	0%	6%	2%	6%	13%
Otras categorías	5.2%	1%	5%	3%	4%	14%
Total	4.1%	1%	6%	2%	4%	14%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

Otro aspecto asociado a la calidad del empleo es el multiempleo. Los laudos de las décadas del 60 y 90 definen cargas horarias bajas, principalmente en el caso de los médicos, que permiten e incluso incentivan el trabajo en múltiples instituciones, lo que repercute directamente en la calidad de vida del trabajador y en la calidad asistencial.

⁸ La precariedad en este caso se mide como la ausencia de al menos uno de los derechos establecidos en las restantes columnas.

Tabla 6. Multiempleo por categoría laboral. Año 2016.

	1 trabajo	2 trabajos	Más de 2 trabajos	Total	Nº empleos promedio
Médicos	25%	40%	35%	100%	2.25
Licenciadas enfermería	65%	34%	1%	100%	1.36
Otros profesionales	62%	31%	7%	100%	1.46
Técnicos	63%	30%	7%	100%	1.47
Auxiliares de enfermería	74%	25%	1%	100%	1.27
Otras categorías	85%	14%	1%	100%	1.16
Total	72%	22%	6%	100%	1.36

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

Por último, dentro de las dimensiones asociadas a la calidad del empleo se analizan las cargas horarias y búsqueda de empleo.

En términos generales, se observa que si bien los laudos establecen cargos de una baja dedicación horaria en relación a otros sectores, los trabajadores considerando todas sus ocupaciones trabajan en promedio más de 40 horas semanales.

Tabla 7. Horas de trabajo semanal. Año 2016.

	Ocupación principal	Total
Médicos	33.3	52.3
Licenciadas enfermería	35.4	45.0
Otros profesionales	28.3	35.0
Técnicos	31.5	39.9
Auxiliares de enfermería	35.6	43.3
Otras categorías	37.0	40.2
Total	35.1	41.7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

Asimismo, cerca del 10% de los trabajadores que trabajan menos de 40 horas semanales desean trabajar más horas, principalmente “otros profesionales” que realizan asistencia directa.

Tabla 8. Subempleo por categoría laboral. Año 2016.

Médicos	4%
Licenciadas enfermería	4%
Otros profesionales	17%
Técnicos	7%
Auxiliares de enfermería	6%
Otras categorías	10%
Total	9%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del

INE.

Por último, se observa que el 12% de los trabajadores que están ocupados se encuentran buscando otro empleo.

Tabla 9. Porcentaje de trabajadores que estando ocupados, buscan otro empleo. Año 2016.

Médicos	9%
Licenciadas enfermería	5%
Otros profesionales	16%
Técnicos	11%
Auxiliares de enfermería	8%
Otras categorías	13%
Total	12%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH de 2016 del INE.

En síntesis, nuestro país cuenta con una importante dotación de RHS, donde la fuerza de trabajo está fuertemente feminizada. En el sector salud la precariedad en todas sus dimensiones es sustancialmente menor en relación de otros sectores, concentrándose los problemas en el multiempleo que es mayor en términos relativos.⁹ Por otro lado, los bajos niveles educativos de algunas categorías laborales, representan un importante desafío de mediano plazo para mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan pero también para brindar mejores condiciones de desarrollo futuro a sus trabajadores.

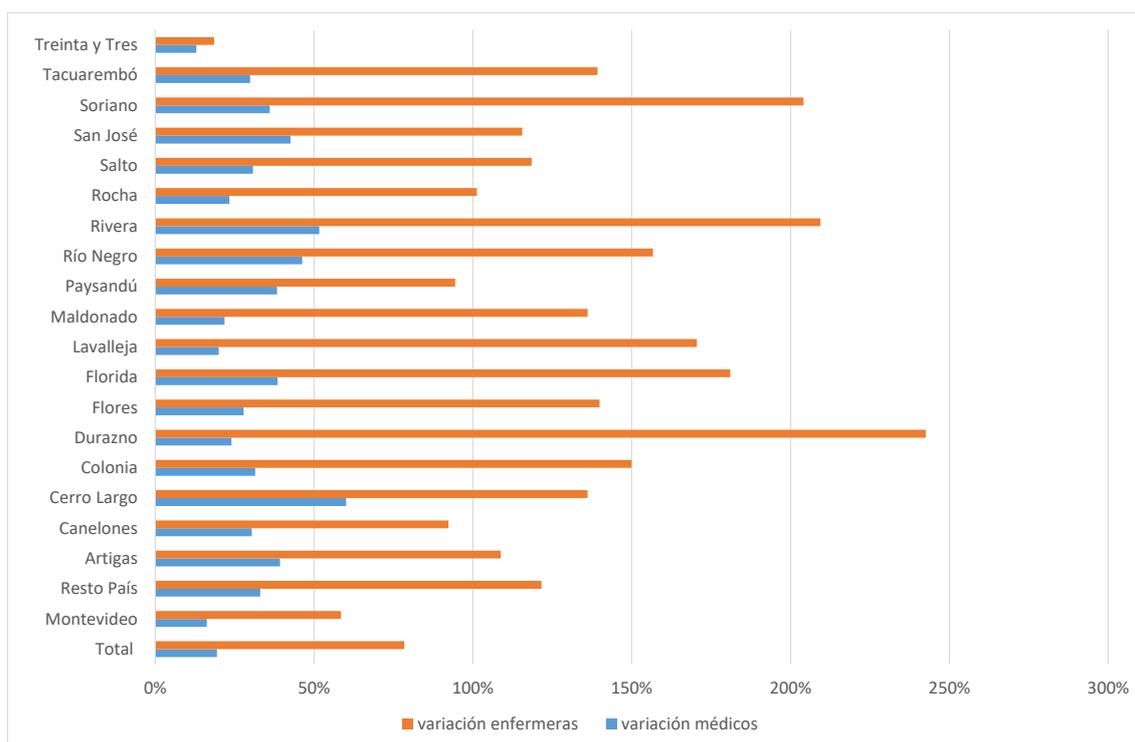
IV. Distribución de los RHS.

Los indicadores generales de dotación a nivel nacional que son extremadamente favorables para nuestro país esconden importantes problemas que inciden en el acceso a la salud de la población y la calidad de los servicios. En este sentido se distinguen dos problemas principales, uno asociado a la distribución de los RHS y otro de composición de los mismos.

En lo que refiere a la **distribución territorial** de los profesionales de la salud, considerando el período 2005 – 2015 se observa una mejora en la distribución territorial de los médicos y enfermeras profesionales. Si bien ambas categorías de profesionales se vieron incrementadas en este período, la variación fue mayor en prácticamente todos los departamentos del interior en relación a Montevideo.

⁹ La precariedad medida como la falta de aportes a la seguridad social afecta al 25% del total de ocupados y considerando todas las dimensiones este guarismo se eleva a 35%. En el caso del multiempleo, afecta al 11% de los ocupados totales. Datos de la ECH de 2016.

Gráfico 4. Variación de las densidades cada 10.000 habitantes por departamento. 2005 – 2015.



Elaboración propia en base a datos del Anuario Estadístico y Proyecciones de Población del INE.

De todas formas, persisten problemas territoriales. Al igual que el conjunto de la población, los trabajadores de la salud tienden a concentrarse en la capital del país y área metropolitana o en los principales centros urbanos del interior. Según datos del INE de 2016, la densidad de médicos cada 10.000 habitantes de Montevideo más que triplica la del interior y en el caso de enfermería la duplica. Lo que se puede observar es que existe una mayor dotación relativa en los departamentos donde existe formación en el lugar o en la zona. Este dato es relevante a la hora de pensar políticas de distribución territorial. Si bien los incentivos salariales pueden ser una opción de política, la descentralización de la formación parece tener un importante impacto ya que evita el desarraigo y mejora las posibilidades de desarrollo profesional y académico fuera de la capital.

Para lograr una mayor apertura por especialidad de los profesionales médicos, la única información disponible es la que surge de los registros administrativos del MSP. Si se discrimina por grupos de especialidades médicas (Especialidades básicas, Especialidades Médicas y Especialidades Anestésico – Quirúrgicas), tanto para ASSE como para las IAMC la zona sur del país es la que presenta una mayor cantidad de profesionales, siendo las especialidades denominadas básicas las que presentan indicadores más similares entre regiones, especialmente en el subsector privado.

Tabla 10. Densidad de personas cada 10.000 usuarios por zona geográfica.¹⁰

	Cantidad de personas ASSE	Variación 2007/2016 ASSE	Cantidad de personas IAMC	Variación 2007/2016 IAMC
Especialidades Básicas				
Sur	29.8	1,6	24.3	1,2
Este	25.2	1,5	24.7	1,2
Oeste	26.0	1,5	27.7	1,4
Norte	15.9	1,3	25.1	0,9
Direcciones ¹¹ especializadas	1.5	1,5		
Total EB	26.6	1,4	23.9	1,2
Especialidades Médicas				
Sur	21.5	2,0	22.4	0,9
Este	9.1	1,5	13.3	1,0
Oeste	10.6	1,6	19.0	1,0
Norte	8.1	1,4	14.4	0,8
Direcciones especializadas	1.8	1,6		
Total EM	15.8	1,7	18.8	0,9
Especialidades Anestésico Quirúrgicas				
Sur	12.4	1,7	13.6	1,1
Este	8.5	1,4	12.4	1,2
Oeste	9.6	1,2	12.6	0,9
Norte	6.7	1,1	11.3	0,8
Direcciones especializadas	0.7	1,4		
Total AQ	10.0	1,4	11.7	1,0

Fuente: SCARH, Lotus notes ASSE y Censo de usuarios de la salud 2007 - 2016.

Las densidades presentadas en la tabla permiten el análisis dentro de cada subsector pero no la comparación entre subsectores. En la medida que los regímenes de trabajo y cargas horarias son muy distintos entre ambos, las personas como unidad de medida no sirven para comparar la disponibilidad intersectorial.

Asimismo, se observa que la densidad de especialidades cada 10.000 usuarios aumentó de manera importante con respecto al año 2007 para todas las regiones del país, no pudiéndose observar un efecto de redistribución entre zonas durante este período. Es importante aclarar que en el caso de las IAMC donde las densidades aumentan menos en términos relativos o se mantienen, implica un mayor número de recursos dado el incremento registrado en la cantidad de usuarios de ese subsector durante el período considerado.

¹⁰ Departamentos incluidos en cada zona: Sur: Montevideo y Canelones. Este: Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres. Norte: Artigas, Durazno, Rivera, Salto y Tacuarembó. Oeste: Colonia, Flores, Florida, Paysandú, Río Negro, San José y Soriano

¹¹ Dentro de las direcciones especializadas se incluyen: Instituto de oncología, Instituto de Ortopedia y Traumatología, Instituto de Reumatología, Laboratorio Dorrego, Servicio Nacional de Sangre, Hospital Vilardebó, Hospital Piñeyro del Campo, Centro de información y referencia nacional de drogas, Dirección del Sistema de Atención integral de personas, UE 103 – CEREMOS.

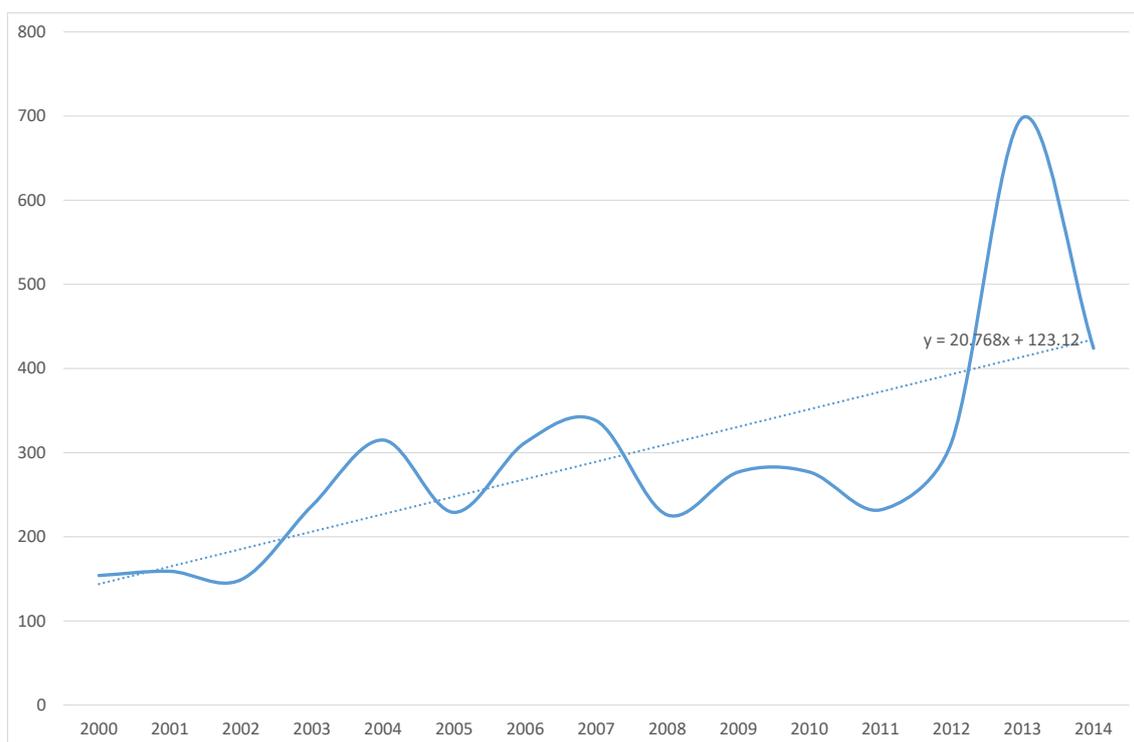
Las densidades por zona geográfica permiten tener un diagnóstico general sobre aspectos vinculados a la distribución territorial pero es importante que la discusión sobre políticas en esta materia incorpore la escala de nuestro país y sus características geográficas, para lograr mayor eficiencia en la distribución de los recursos. Asimismo, es importante tener en cuenta que la escala repercute en la calidad de los servicios ya que incide en la capacidad o no de mantener y mejorar las destrezas de los profesionales de la salud.

En este sentido, es clave organizar los servicios teniendo en cuenta todos estos aspectos. Las políticas territoriales deben priorizar la radicación en territorio de los profesionales del primer nivel de atención y desarrollar una red de servicios que garantice el acceso oportuno a los restantes niveles asistenciales. En este sentido debe priorizarse también la definición de los centros de referencia nacionales que permitirían optimizar recursos y mejorar la calidad y acceso de los servicios de atención a patologías de baja prevalencia.

V. Estructura de las dotaciones.

Otro de los problemas que esconden los indicadores generales de dotación tiene 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 términos generales existe una relación de 1,5 auxiliares de enfermería por cada médico y 2.6 médicos por cada licenciada en enfermería. En este sentido, desde la Facultad de Enfermería de la UdelaR se han realizado importantes esfuerzos para mejorar la disponibilidad de licenciadas con planes de profesionalización, lo que ha permitido que la densidad de licenciadas cada 10.000 habitantes se duplicara entre 2005 y 2015. De todas formas persisten aún problemas de dotación para cubrir las necesidades del segundo y tercer nivel de atención y en lo que refiere al primer nivel condicionan el avance de los cambios en el modelo de atención, ya que de acuerdo a su perfil de formación, podrían ser claves en el desarrollo de la estrategia de APS.

Gráfico 5. Evolución de los egresos de la Facultad de Enfermería de la UdelaR



Elaboración propia en base a datos de Estadísticas Básicas de la UdelaR.

Por otro lado, en lo que refiere a los profesionales médicos, si bien no existen problemas en términos globales, la disponibilidad de algunas especialidades generan dificultades en la cobertura de los servicios de salud.

Tabla 11. Cantidad de títulos de la escuela de graduados registrados por los médicos en el MSP.

Cantidad de títulos	Frecuencia	%
0	7,831	48%
1	6,904	42%
2	1,324	8%
3	173	1%
4	28	0%
5	7	0%
6	1	0%
Total	16,268	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SHARPS marzo de 2017.

Si bien la gran mayoría de los médicos tiene una especialización (52% de los médicos registraron algún título de la Escuela de Graduados), la cantidad de especialistas no siempre responde a las necesidades sanitarias de la población. Del total de médicos que cuentan con una especialidad, 19.4% está dentro de las especialidades básicas (pediatría, medicina familiar y comunitaria y medicina rural), 58.8% tienen una especialidad médica y 21.8% corresponden a

especialidades anestésico – quirúrgicas. La escasez relativa de algunas especialidades médicas se genera por múltiples vías. Por un lado puede estar determinada por el número de egresos de las residencias o postgrados. Sobre este aspecto influyen el número de cupos que se abren en las residencias cada año, pero también influyen las señales que da el mercado de trabajo en términos de incentivos salariales o no salariales (como puede ser el “prestigio”) sobre el ejercicio profesional posterior.

Por otro lado, la escasez relativa está dada por la organización de los servicios y del trabajo propiamente dicho. En lo que refiere a los servicios, la superposición innecesaria de establecimientos e infraestructura implica una asignación ineficiente de la carga de trabajo determinando una escasez relativa y subutilización de las capacidades. En lo que refiere a la organización del trabajo, la fragmentación de los cargos y baja disponibilidad horaria definida en los laudos de las décadas del 60 y 90 representan una gran complejidad para del mercado de trabajo que se traduce muchas veces en problemas de cobertura.

Asimismo los ámbitos de ejercicio profesional de las distintas especialidades en la mayoría de los casos no están resueltos, y se terminan resolviendo en la práctica de acuerdo al poder de cada grupo profesional y su relación con el statu quo.

Por último, la escasez relativa en algunos casos se da entre subsectores. Esta situación se manifiesta en la medida que las regulaciones en términos del mercado de trabajo divergen entre prestadores habilitando una competencia desigual por la apropiación de los recursos relativamente más escasos.

En síntesis, los problemas denominados generalmente de “especialidades críticas” son multicausales, y por ende requieren distintos abordajes de la política pública que debe superar el reduccionismo de la mirada desde la formación.

En lo que refiere a la demanda de trabajadores de la salud se debe analizar también lo que hace a la distribución interna de las instituciones (áreas y niveles asistenciales), para proyectar políticas que busquen equilibrar un modelo de atención basado en un primer nivel asistencial con capacidad resolutoria y un segundo y tercer nivel solvente en cuanto a las capacidades tecnológicas y humanas.

Tabla 12. Distribución de las horas de trabajo por nivel asistencial. IAMC – 2016. ¹²

	Médicos	Aux. Enfermería	Lic. Enfermería	Otros profesionales de la salud
Policlínica	28.8%	19.0%	7.8%	63.3%
Radio	5.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Urgencia desc.	7.2%	1.5%	0.1%	0.2%
Puerta	12.3%	7.0%	7.1%	3.1%
Total Ambulatorio	53.7%	27.5%	14.9%	66.5%
Cuidados Moderados	24.1%	60.6%	71.3%	29.9%
CTI	7.2%	11.6%	13.7%	0.3%
Retén	14.9%	0.3%	0.1%	3.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH. 2016

El cuadro presentado destaca el porcentaje de horas destinadas al área ambulatoria, donde se destinan la mayor parte de las horas médicas, mientras que para el personal de enfermería las horas son destinadas en gran medida al sector de cuidados moderados. El área de policlínica se asocia directamente al primer nivel de atención, específicamente a los controles pautados para grupo de edad y a la promoción de la salud. Del total de horas de policlínica del sector privado 38% son horas contratadas para profesiones relacionadas a la APS y que están habilitados para ser los médicos de referencia que den seguimiento longitudinal a sus usuarios. Este porcentaje lo conforma 27% de horas de médicos generales, 11% de horas de pediatría y 0.5% de médicos de familia.

Los datos presentados en la tabla que sigue permiten acercarse a una comparación entre subsectores en cuanto a la disponibilidad de profesionales para el área de policlínica, dado que contempla la cantidad de horas contratadas cada 10.000 usuarios

Tabla 13. Densidad de cargos en policlínica cada 10.000 usuarios. IAMC – ASSE. 2016 ¹³

Subsectores	ASSE	IAMC
Aux. enfermería	10.1	9.1
Lic. Enfermería	1.4	0.9
Medicina general	23.0	17.0
Medicina familiar	6.8	0.3
Pediatría	33.7	26.3
Ginecotología	11.7	10.3

Fuente: SCARH - Lotus notes 2016 y Censo de usuarios 2016

¹² No se cuenta con la discriminación de horas por áreas asistenciales para el subsector público.

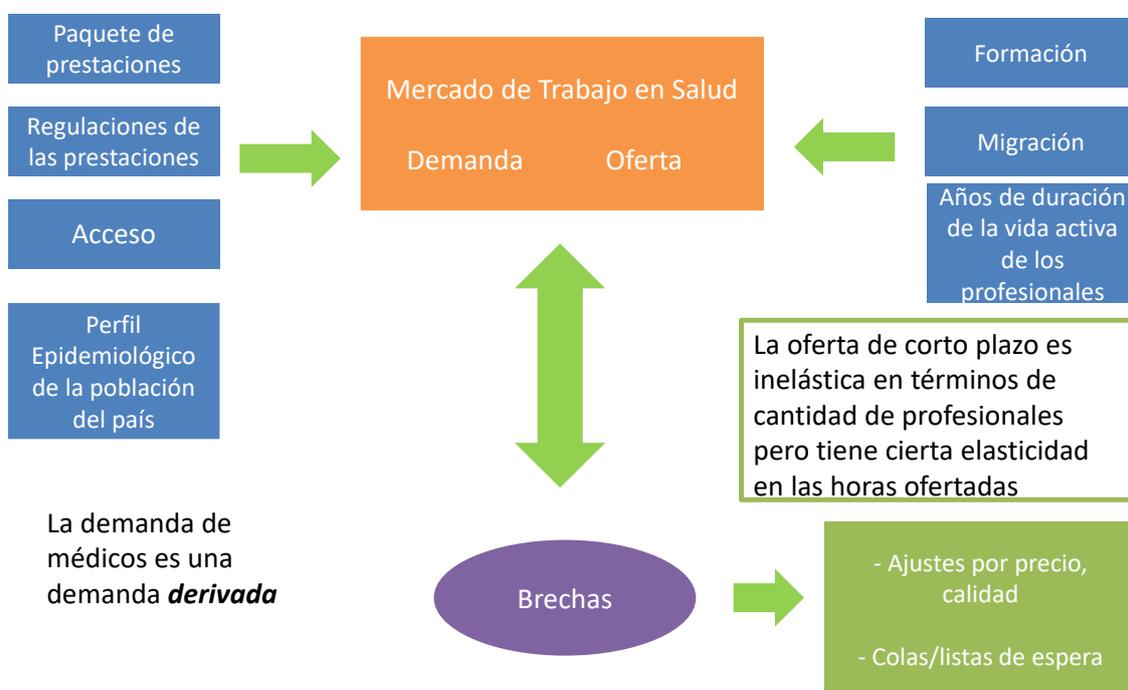
¹³ Se considera la cantidad de horas contratadas para policlínica. Para los trabajadores médicos se realiza la conversión de horas a cargos de 26 horas mensuales y para los trabajadores de enfermería se consideran cargos de 144 mensuales. No están incluidos los seguros integrales por su déficit de información en cuanto a los datos de horas de sus trabajadores. Para los médicos generales se consideran los usuarios mayores de 14 años, para pediatría los menos de 15 años, para ginecología las usuarias mayores de 14 años y para medicina familiar, auxiliares y licenciados en enfermería el total de usuarios de cada subsistema.

VI. Planificación de los RHS.

Uno de los principales temas pendientes a abordar desde la política pública es la planificación en materia de RHS. Las complejidades del mercado de trabajo descritas anteriormente junto con los problemas de disponibilidad que se presentaron, hacen imperioso avanzar en esta temática.

La planificación en materia de RHS implica por un lado identificar cuáles son las necesidades de recursos de acuerdo a la población y sus características socio - culturales y epidemiológicas y en qué medida existen recursos disponibles para satisfacer esas necesidades. Asimismo, el grado de especialización necesaria de los trabajadores de este sector determina la necesidad de incorporar una visión prospectiva que permita anticipar las demandas futuras de acuerdo a los procesos de formación necesarios.

Ilustración 1. Componentes de la planificación en RHS.



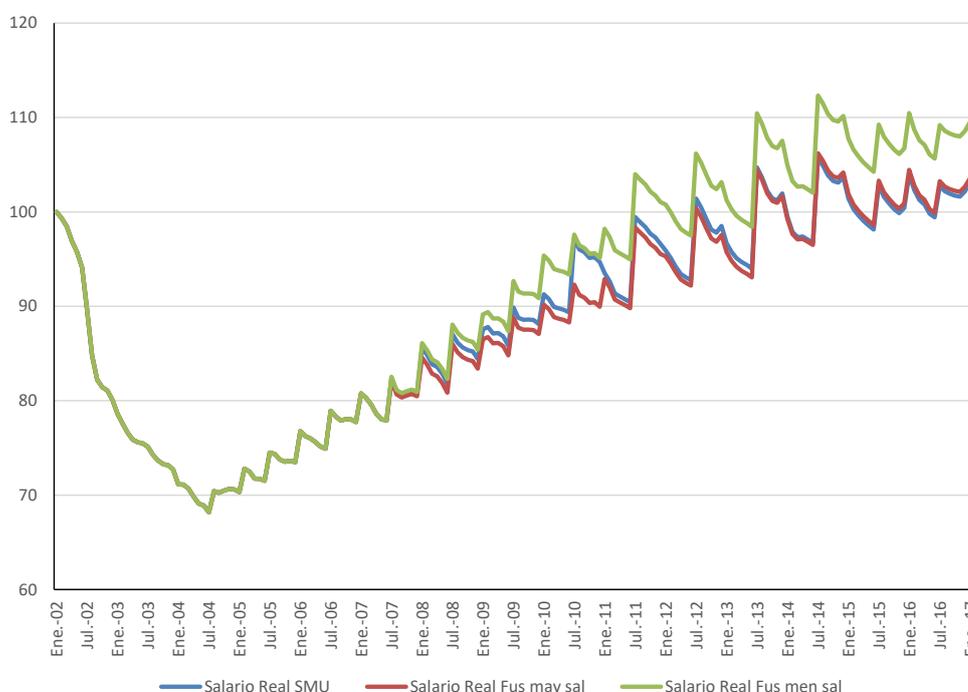
En los últimos años han existido distintas experiencias de “estimación de brechas” que han tenido la virtud de ser elaboradas de manera colaborativa con otras instituciones y actores del sector, pero que no tuvieron periodicidad necesaria y se limitaron a realizar un análisis estático de la problemática.

En términos de los componentes de la planificación, en los últimos años se ha avanzado en la generación de insumos principalmente del lado de los sistemas de información, tanto desde el MSP como desde otros organismos que inciden en el proceso. Para poder avanzar en el trabajo de planificación de RHS y estimación de brechas, el principal aspecto sobre el que resta avanzar es en las definiciones de estándares nacionales que consideren las características propias de nuestro país en cuanto a aspectos demográficos, epidemiológicos y socio culturales, así como la definición de áreas de competencia de cada profesional.

VII. Políticas en materia de retribuciones.

Desde los comienzos de la Reforma la política en materia de retribuciones ha ocupado un lugar central, circunscripta a su vez en una política general sobre retribuciones a nivel de gobierno más general, cuyo resultado ha sido el de una constante recuperación de los salarios. La marcada pérdida de poder adquisitivo observada luego de la crisis de 2002 motivó que durante los primeros cinco años de la reforma el eje central estuviera en alcanzar una serie de incrementos reales que permitieran la recuperación del salario real perdido, lo que se observa en la evolución de los laudos del sector privado. Por otro lado, la recuperación salarial ha continuado una vez alcanzado los niveles pre crisis, y es posible afirmar que en los últimos diez años (marzo 2007 a marzo 2017) los salarios reales del sector han tenido un incremento real mínimo de 32%.

Gráfico 6. Evolución de laudos salariales del subsector privado. 2002 – 2016. Salario real – Base enero 2002.



Fuente: elaboración propia en base a datos MTSS

Las características de la evolución salarial antes mencionadas se mantienen al considerar cómo ha sido la trayectoria de los salarios efectivamente pagados en este sector. Como se muestra en el siguiente cuadro, los salarios reales del sector privado en todos los casos presentan una variación entre 2008 y 2016 por encima de lo establecido en los acuerdos de Consejo de Salarios.

Tabla 14. Evolución del salario real - Personal Asistencial - Sector Privado

	Variación 2008 - 2016 (en %)
Laudos	
Médicos	21
FUS salarios menores	23
FUS salarios mayores	27
Remuneraciones efectivas	
Valor hora EB	42
Valor hora EM	49
Valor acto AQ	39
Valor hora Lic. Enf	28
Valor hora Aux. Enf.	26
Val hora otros prof de la salud	23
Índice de Salario Real	32
Producto Bruto Interno*	30

Fuente: elaboración propia en base a datos de SCARH, MTSS, BCU

*Último dato disponible Año 2015

De esta manera, es posible constatar que en el sector privado las pautas salariales se han respetado e incluso en ciertos casos la evolución real fue superior, a la vez que ubica al sector en su conjunto en una realidad en materia de salarios marcadamente diferente a la de los años inmediatos a la crisis.

Tabla 15. Evolución del salario real - ASSE

	Salario nominal 2008*	Salario Nominal 2016*	Variación 2008 - 2016 (en %)
Pol. Medicina General	22.470	40.788	82
Guardia Medicina General	21.089	33.284	58
Pol. Especialidades Médicas	26.965	48.945	82
Guardia Especialidades Médicas	23.198	39.941	72
Lic. en Enfermería	12.605	30.128	139
Aux. en Enfermería	13.530	16.445	22
Otros prof. de la salud	12.605	28.587	127

Fuente: ASSE

*A precios constantes de 2016. Todos salarios equivalentes a 24 horas semanales

El sub sector público también se caracteriza por una marcada recuperación salarial, con la condicionante adicional que los niveles de partida eran extremadamente bajos, como puede verse en la tabla anterior. Dada la aplanada estructura salarial existente en ASSE a comienzos de la reforma, los diferentes ajustes salariales parecen haber ido en dirección a corregir este fenómeno, reconociendo así las diferentes especificidades de las profesiones que componen los equipos asistenciales.

Corresponde mencionar también que a estos incrementos salariales generales se le deben adicionar otros acuerdos específicos, tanto a nivel del sub sector médico como no médico. A modo de ejemplo, a nivel de funcionarios no médicos se acordaron regímenes salariales

diferenciales para el personal de Block, Farmacia, Citostáticos, CTI, Hemoterapia e Imagenología, entre otros. En el caso de los médicos, el pago de un variable para la guardia de especialidades médicas y los pagos variables Variable Anestésico – Quirúrgico (VAQ), Variable del Primer Nivel (VPN) y Variable de Segundo Nivel (VSN), son ejemplos de acuerdos específicos por encima de los aumentos generales.

Es evidente que en una política en materia de retribuciones la variable salario es fundamental, sin perjuicio que deben considerarse otros componentes que conforman un abanico de situaciones particularísimas existentes en la realidad, sobre las cuales también hay que determinar políticas. Ejemplo de ello son partidas variables, partidas por presentismo entre muchas otras sobre las cuales, como veremos, se han desarrollado algunos acuerdos también.

VIII. Principales cambios en las condiciones de trabajo

VIII.1. Aspectos no salariales de la negociación colectiva.

En el presente apartado se presentan los principales aspectos no salariales que se incorporaron a los laudos a partir de la reinstalación de los Consejos de Salarios (CS) en el año 2005.

A partir de la reinstalación de los CS en el año 2005, el Estado pasa a tener una participación más activa con la incorporación del MSP directamente en la negociación colectiva. En este contexto, los nuevos convenios colectivos incorporan contenidos vinculados a las condiciones de trabajo en general.

En el caso de los trabajadores médicos, se destaca el acuerdo firmado en 2010 donde se establecen los lineamientos conceptuales para reformar el trabajo médico. Para ello, se crea una Comisión Asesora Multipartita (CAM) conformada por el MTSS, MEF, MSP, empleadores y trabajadores médicos, con el objetivo de analizar y redefinir el laudo médico, siguiendo los lineamientos acordados. El trabajo de la CAM derivó en varios acuerdos a nivel de CS sobre el Nuevo Régimen de Trabajo Médico, los cuales incluyen modificaciones en las cargas horarias, contenidos de la actividad, forma de pago y niveles salariales.

A su vez, a lo largo del período 2005 – 2017 se acordaron otra serie de acciones que tienden a fortalecer y mejorar las condiciones de trabajo en el sector. En el caso de los trabajadores médicos, se destacan: la creación de un Fondo de Retiro Médico; reglamentación de la licencia gremial de los trabajadores médicos; creación de un fondo para el desarrollo profesional médico continuo; creación de un cronograma para la reducción de las consultas por hora para todas las especialidades con independencia de la reforma del laudo y el doble turno para la primera consulta en policlínica; comisión tripartita de Laudo Único integrada por MEF, MTSS, MSP, organizaciones representativas de los empleadores del sector y el SMU; creación de una comisión de trabajo con el cometido de definir formas de aplicación de beneficios relacionados con la maternidad, paternidad, licencias especiales y cuestiones de género.

Para los trabajadores no médicos, en relación a algunos de los temas señalados anteriormente, se acordaron aspectos vinculados a beneficios extra salariales, a saber: incremento de la partida de guardería y fondo de formación; financiamiento del hogar estudiantil de la FUS; ampliación de las licencias por internación hospitalaria de hijos menores a cargo y cónyuges, y por estudio para actividades relacionadas con el cargo o función. En cuanto a las condiciones

de trabajo, diversos acuerdos se han alcanzado: cambio en el régimen de libres rotativos; comisiones tripartitas vinculadas a los temas de género, equidad e igualdad de oportunidades así como la creación de una comisión sectorial en materia de salud, seguridad y medio ambiente laboral; lugar apropiado para la extracción de leche materna durante el período de lactancia; la creación del "Observatorio de condiciones de trabajo, salud laboral y género y equidad"; titularizaciones de trabajadores que cumplen ciertos requisitos y que se encontraban en condiciones laborales precarias y otro conjunto de mejoras vinculadas al acceso, sustentabilidad y calidad laboral.

En 2015 se acuerda el pago de una partida variable anual contra el cumplimiento de metas vinculadas a la capacitación de todos los trabajadores del sector.

En el caso de ASSE, a partir del período que comienza en 2005, la separación de las funciones de prestador y regulador del MSP que se da mediante la Ley de Descentralización de ASSE y la aprobación de la Ley de Negociación Colectiva de los trabajadores públicos, permiten desarrollar una serie de cambios importantes en la forma de fijación de los salarios y las condiciones de trabajo en ASSE.

En este período se introducen dos cambios fundamentales. Por un lado se incorporan mecanismos de pago variable a los trabajadores médicos y se crean las funciones de alta dedicación médica. Por otra parte, se instala una política de formalización de los trabajadores de ASSE a través de la Ley de Presupuesto Nacional de 2005 que define la "presupuestación" de los trabajadores contratados por Comisión de Apoyo. Esto implica la generación de cargos públicos para los trabajadores médicos y no médicos que hasta el momento se encontraban trabajando para ASSE por contratos de derecho privado y en el caso de los profesionales sin relación de dependencia. También durante este período se regularizan todos los contratos de los trabajadores no médicos que se encontraban contratados por las comisiones de apoyo locales.

Para el caso de los trabajadores médicos, se destaca la creación de los compromisos funcionales, los cuales permitieron conocer las disponibilidades reales de los profesionales y establecer el compromiso efectivo de cumplimiento horario, definir en forma homogénea las actividades asistenciales y no asistenciales, la definición del cargo, su función, régimen de trabajo, actividades y cargas horarias a realizar y las responsabilidades inherentes. Asimismo, se acordaron regímenes de licencia por estudio y congreso y licencias gremiales.

Es importante destacar que en un sector ampliamente desregulado desde el punto de vista de la negociación colectiva como es algunas particularidades de ASSE, comenzaron a transitar un camino hacia la convergencia de los laudos del subsector público no sólo en materia de salarios sino también respecto a condiciones de trabajo.

En el caso de los trabajadores no médicos, se acordaron mejoras en el subsidio de Licencia por Enfermedad, la corrección del Renglón "Mayor Horario" (en etapas) y el régimen de descanso de 3 y 1 para los funcionarios de sala (Licenciados, Auxiliares de Enfermería y Auxiliares de Servicio) para el Hospital Villardebó. Con un antecedente de amplia dispersión salarial en el sector no médico, se acordó la adecuación de pago por función en las distintas categorías, así como la fijación de un salario base adecuado a la función que cada uno cumple (licenciados, técnicos). También se generalizaron algunas partidas salariales para el personal no médico, asignado a tareas específicas, por ejemplo CTI y block quirúrgico, tendiendo a que todo el personal que cumple la misma tarea cobre en forma equivalente.

VIII.2. Nuevo Régimen de Trabajo Médico

A partir de 2010 en el marco de la segunda etapa de la reforma se plantea como uno de los aspectos prioritarios el tema de los recursos humanos. Las políticas en materia de recursos humanos pueden estar definidas para incidir en los aspectos vinculados a la formación o a la demanda o inserción laboral de los profesionales de la salud. De distintos estudios realizados desde 2005 a la fecha se desprende que en el caso de la profesión médica y sus especialidades, los principales problemas de dotación en los servicios y prestadores, radican en la inserción laboral y organización del mercado de trabajo, más que en la cantidad de recursos formados. En base a este diagnóstico es que se impulsa en 2010 la reforma del régimen de trabajo médico.

En la etapa de discusión de la reforma del laudo médico se pueden distinguir dos hitos fundamentales. En primer lugar, el convenio salarial médico del subsector privado firmado en 2010 que sienta las bases teóricas de la reforma del trabajo médico e instala los espacios de discusión necesarios para llevarlo adelante. En segundo lugar, el acuerdo firmado en diciembre de 2012 del que participaron Presidencia de la República, ASSE, MSP, MEF, MTSS y SMU, donde se reafirma la necesidad de generar espacios multipartitos que diseñen la estrategia para alcanzar en el mediano plazo un laudo único médico sectorial, que integre verdaderamente el mercado de trabajo público y privado.

El acuerdo de 2010 establece los lineamientos y criterios generales a tener en cuenta para la reforma del trabajo médico: aumento o adecuación de la carga horaria en una misma institución; polifuncionalidad del cargo y modificación de los mecanismos de pago variable en consonancia con objetivos priorizados.

En este marco la Junta Nacional de Salud crea en mayo de 2012 la Meta 4, cuyo objetivo fundamental es apoyar la transición hacia el NRTM acordado a nivel de consejo de salarios.

VIII.2.1. Objetivos del NRTM

El NRTM tiene como objetivo generar condiciones para mejorar la calidad asistencial, brindar mejores herramientas de gestión a nivel de los prestadores y mejorar las condiciones laborales de los médicos. En todos los casos, el NRTM genera mejores condiciones que el laudo anterior para alcanzar los objetivos, pero siempre se requiere modificar también otros aspectos que no atañen directamente al régimen de trabajo.

La ampliación de la carga horaria dentro de una misma institución junto con la definición de un mecanismo para limitar el número máximo de usuarios referenciados con cada médico, tienen un impacto importante en el acceso de los usuarios a su médico de referencia. Esto permite que el médico de cabecera cubra no solo las consultas de control de su población referenciada sino también sus consultas espontáneas frente a episodios de enfermedad.

Asimismo el nuevo régimen de trabajo incorpora la polifuncionalidad en los cargos, lo que genera condiciones para brindar una atención longitudinal de los pacientes y mejora los mecanismos de referencia y contra referencia o de interconsulta.

Estos aspectos vinculados a la longitudinalidad se refuerzan en las áreas de cuidados moderados y cuidados intensivos, donde el nuevo cargo permite una mayor dedicación al cuidado de cada paciente y el seguimiento diario de los mismos.

Por otra parte, el nuevo laudo médico es único a nivel nacional y elimina las diferencias en términos de niveles salariales, mecanismos de pago y regímenes de trabajo existentes en el laudo anterior. La idea con esto es favorecer la radicación de recursos en todo el país y reducir las brechas de dotación que actualmente existen entre la capital y el resto del país.

Otro aspecto relevante es que el aumento de la disponibilidad del médico para la consulta de su población referenciada como la posibilidad de brindar una atención longitudinal mejoran la confianza y el vínculo entre el médico y el usuario – familia, lo que redundará también en una mejora de la calidad de atención y un aumento de la eficiencia.

En lo que respecta a la gestión, la mayor dedicación horaria de los médicos en una misma institución logra el compromiso del médico con la institución y por ende con los objetivos que la misma se trace. Asimismo, permite ejercer un mayor control de la institución sobre la actividad médica. La baja dedicación horaria y el multiempleo es una aproximación al ejercicio libre de la profesión, por lo que combatirlo implica mejorar los mecanismos de dependencia de los médicos con las instituciones y por ende los mecanismos de control.

Por otra parte, los nuevos cargos permiten incorporar horas que no son de atención directa a los usuarios que pueden destinarse a involucrar a los médicos en algunas tareas de gestión. Los nuevos mecanismos de pago variable contribuyen en el mismo sentido y genera condiciones para mejorar la calidad de la gestión a nivel micro y sectorial.

La polifuncionalidad y flexibilidad del nuevo laudo, permite una mejor organización de los servicios por parte de las instituciones y brinda herramientas para mejorar la cobertura de algunas áreas.

En el caso de cuidados moderados y cuidados intensivos, el trabajo longitudinal y la mayor dedicación horaria a los servicios no solo mejora la atención a los pacientes sino que también permite hacer un uso más eficiente de las camas.

A su vez, la ampliación de la carga horaria y obligatoriedad en ciertos casos de realizar guardias nocturnas y semanales, permite mejorar la cobertura de las puertas de emergencia y de las guardias de CTI para lo que el laudo anterior generaba importantes dificultades.

En cuanto a las condiciones de trabajo, los nuevos cargos tienden a la concentración de la carga horaria laboral en menos instituciones, y si es posible en una sola, permitiendo a los médicos organizar la carga de trabajo semanal, participar más activamente en el colectivo de la

institución, beneficiando también su calidad de vida y la calidad laboral de su desempeño. Por otra parte, mejora la posibilidad de inserción de los médicos jóvenes en el mercado de trabajo no solo en términos salariales, sino en las posibilidades de ejercicio de la profesión. Asimismo, reduce la incidencia de ciertos pagos variables por productividad o acto en el salario total, principalmente en Montevideo, garantizando un mínimo salarial mensual.

Por último, el nuevo esquema retributivo permite mitigar en el mediano plazo, los problemas de concentración de ingresos que tuvo como saldo el laudo anterior.

Para analizar el desarrollo que han tenido los CAD y en qué medida contribuyeron o no a los objetivos inicialmente delineados, es necesario distinguir entre los problemas de diseño y los de implementación. El MSP como organismo rector participa del diseño pero no de la implementación. Son los prestadores quienes resuelven a qué médicos contratan (considerando por ejemplo el perfil etario, compromiso con la institución, posibilidad de adaptarse a la nueva forma de trabajo, etc.) la estructura horaria de los cargos, el tipo de contrato de los médicos, etc. Todas estas variables, junto con el propio diseño conceptual, inciden en la capacidad de alcanzar o no los objetivos de la reforma del mercado de trabajo médico y por ende, en la percepción que se tenga del proceso. Es importante destacar que el nuevo régimen de trabajo médico es una condición necesaria pero no suficiente para mejorar la calidad de atención.

VIII.2.2. Descripción del proceso de implementación

En el marco de la CAM del subsector privado, se alcanza en noviembre 2012 un acuerdo que abarca medicina general, familiar, pediatría y ginecología. En el año 2013, además de avanzar en la instalación efectiva del NRTM de las especialidades acordadas en 2012, se alcanzaron dos acuerdos que hacen al trabajo de medicina interna, medicina intensiva de adultos y pediátrica y neonatología. En el proceso de implementación del NRTM de dichas especialidades surgieron nuevos aspectos que fueron considerados en acuerdos complementarios que se firmaron en el año 2014. En el año 2015 se alcanzaron los acuerdos para psiquiatría de adultos y pediátrica, para otras especialidades médicas¹⁴ y para cirugía general. A su vez, se alcanzó un acuerdo para CAD que cumplen funciones en servicios de emergencia.

El cambio en el régimen de trabajo incluye un período de transición para respetar los derechos adquiridos de los trabajadores médicos. Esto implica que el pasaje al nuevo laudo sea voluntario para los médicos que se encuentran trabajando y obligatorio para los cargos nuevos que se llenen o creen, con excepción de las especialidades médicas comprendidas en el acuerdo de diciembre de 2015¹⁵.

¹⁴ Se incluyen en este grupo: Alergología, Laboratorio de Patología Clínica, Microbiología y parasitología y micología médica, Anatomía Patológica, Medicina del Deporte, Cardiología, Nefrología, Dermatología, Neumología, Endocrinología y Metabolismo, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Neuropediatría, Gastroenterología, Oncología Médica, Genetista, Oncología radioterápica, Geriátrica, Rehabilitación y Medicina Física, Hematología, Reumatología, Hemoterapia y Medicina Transfusional.

¹⁵ Para las especialidades médicas comprendidas en el acuerdo de diciembre de 2015, a partir del 1º de julio de 2018 el nuevo régimen de trabajo se hará obligatorio para todas las instituciones y todas las

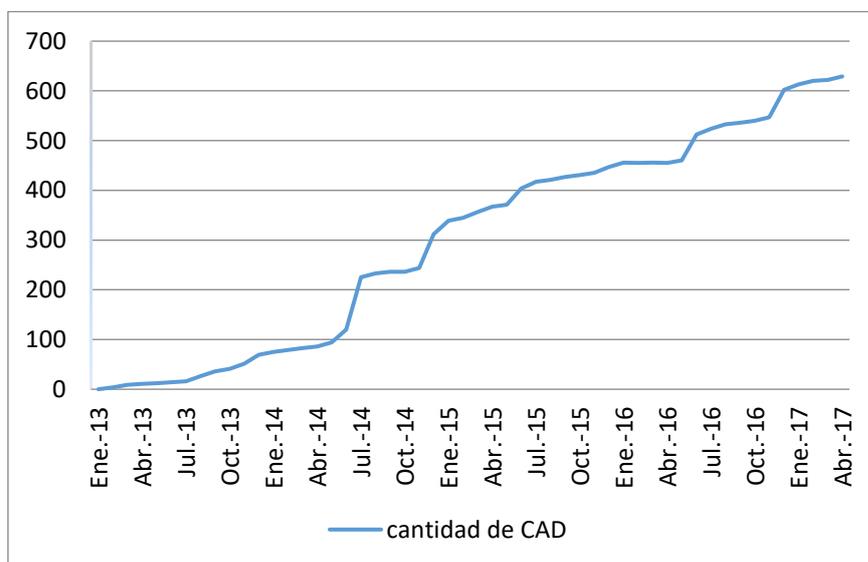
En lo que respecta al sector público, ASSE comenzó con la implementación de funciones de alta dedicación en el año 2011, incluyendo en la ley de presupuesto una partida anual específica para contratos de alta dedicación horaria con el objetivo de mejorar la cobertura de algunas especialidades médicas. Se crea la CAM - ASSE integrada por ASSE, SMU, MTSS, MEF y MSP, con el objetivo de discutir y diseñar el NRTM en base a las particularidades de este prestador, nutriéndose de los acuerdos alcanzados para el sector privado con el objetivo de ir hacia un NRTM sectorial. En este sentido, el MSP tiene un rol fundamental como articulador de los espacios de discusión.

En el marco de la CAM-ASSE, en diciembre de 2014 se alcanza el acuerdo sobre funciones de alta dedicación de Medicina General, Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria. En diciembre de 2015 se llega a un acuerdo sobre el NRTM para Medicina Intensiva de Adultos, Medicina Intensiva Pediátrica y Neonatología; y en octubre de 2016 se acuerda el NRTM para Medicina Interna.

Las especialidades comprendidas NRTM son aquellas que cuentan con acuerdos marco firmados en Consejo de Salarios.

El gráfico que sigue muestra la evolución en las contrataciones de médicos bajo el NRTM, el proceso comienza en febrero de 2013 y presenta una marcada evolución ascendente, contando en la actualidad con 629 médicos trabajando en el NRTM.

Gráfico 7. Evolución en la cantidad de médicos contratados bajo el NRTM (ASSE + IAMC)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Metas Asistenciales.

La siguiente tabla muestra la distribución de los CAD por especialidad y regiones. Es de destacar que los CAD están presentes en las distintas regiones del país y comprenden a la totalidad de las especialidades acordadas.

especialidades definidas en la cláusula 2 de dicho acuerdo, para los cargos creados o que se transformen y los médicos que ingresen a las instituciones. Sin perjuicio de ello, en caso de que una institución contrate un CAD de estas especialidades previo a dicha fecha, todos los nuevos cargos de esa especialidad en la institución deberán ser bajo el nuevo régimen de trabajo.

Tabla 16. Cantidad de CAD por Especialidad (ASSE + IAMC). Abril 2017

Especialidad	Regiones				Mdeo	Interior	Total
	Norte	Este	Oeste	Sur			
Medicina General	17	25	19	102	89	74	163
Medicina Familiar	4	0	1	16	16	5	21
Pediatría	20	16	18	109	96	67	163
Ginecología	6	3	0	0	0	9	9
Medicina Interna	4	13	14	40	36	35	71
Medicina Intensiva Adultos	3	10	13	33	31	28	59
Medicina Intensiva Pediátrica	0	2	1	17	16	4	20
Neonatología	0	1	4	24	22	7	29
Psiquiatría Adultos	4	4	1	7	6	10	16
Cirugía General	2	1	0	0	0	3	3
Medicina de Emergencia Adultos	0	0	2	14	13	3	16
Medicina de Emergencia Pediátrica	0	0	1	1	1	1	2
Otras Especialidades Médicas	9	6	10	32	30	27	57
Total	69	81	84	395	356	273	629

Norte: Artigas, Salto, Paysandú, Rivera, Tacuarembó

Sur: Montevideo, Canelones

Este: Maldonado, Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres, Cerro Largo

Oeste: Río Negro, Soriano, Colonia, Durazno, Florida, Flores, San José

VIII.2.3. Monitoreo y evaluación

Desde el inicio y a medida que se fue avanzando en la reforma del trabajo médico, la CAM se planteó la necesidad de ir monitoreando y evaluando el proceso.

En este contexto, se realizaron talleres de intercambio con los médicos que asumieron los CAD y con los directivos de las instituciones que los contrataron. Los primeros talleres se llevaron a cabo en 2014. Tras una evaluación positiva de esas instancias y el avance en el proceso con mayor cantidad de CAD y nuevas especialidades se repite la experiencia en 2015 y 2016.

El objetivo de los talleres fue el contacto directo con los protagonistas del proceso de reforma del mercado de trabajo para relevar las experiencias que genera esta política en desarrollo. A través de estos encuentros se buscó identificar las buenas prácticas y las debilidades de la implementación del NRTM desde la visión de los profesionales que están trabajando bajo esta modalidad y las instituciones de salud que los contratan. El eje central fue analizar la incidencia que estos nuevos cargos tienen en la calidad asistencial, las condiciones de trabajo de estos profesionales y la capacidad de gestión de las instituciones.

A grandes rasgos, los actores involucrados (médicos e instituciones) destacan que el NRTM brinda mejores condiciones para mejorar la calidad asistencial (mayor disponibilidad para los usuarios referenciados, seguimiento longitudinal, mejoras en el trabajo en equipo, mejoras en la organización de los servicios, creación de nuevos servicios, mejoras en la planificación de la atención, mejoras en el vínculo con las familias, radicación en el departamento de trabajo). Los

problemas identificados en los distintos talleres, en su mayoría, exceden al diseño de los cargos del NRTM y están vinculados a la implementación y/o a problemáticas generales a abordar en todo el SNIS.

Otra de las iniciativas de la CAM en materia de monitoreo y evaluación fue la creación de una subcomisión para trabajar el tema. El trabajo se centró en la creación de una batería de indicadores necesarios para monitorear el estado de situación de los recursos humanos médicos y el logro de los objetivos propuestos en materia de atención y eficiencia en la gestión. A su vez, se contrató una consultoría con el objetivo de diseñar una metodología para el monitoreo de los cambios en el mercado de trabajo, elaborando un insumo técnico que permita relevar en forma continua un conjunto de indicadores que deberán aportar información valiosa para la toma de decisiones y abarcar tanto los avances en la implementación de los cambios previstos como de sus resultados. La consultoría está en la etapa final, se contará con sus resultados a la brevedad.

El desafío es seguir avanzando en el diseño del NRTM, acompañado de una sistemática evaluación de impacto de los CAD en los servicios asistenciales, particularmente a los efectos de alinearlos a los objetivos de distribución y composición de los RHS, así como en la mejora de cobertura y procesos asistenciales. La continuidad y amplitud de esta política, debe acompañarse de mejora de algunos indicadores de los objetivos previamente expresados, de manera que sumen a las políticas impulsadas desde la rectoría.

VIII.3. Capacitación

En los convenios colectivos alcanzados en 2015 para todos los trabajadores del sub-sector privado y en 2016 para los trabajadores de ASSE, se acuerda el pago de una partida variable anual a abonarse conjuntamente con el salario del mes de enero de 2017 y enero de 2018, contra el cumplimiento de metas en el marco de “Compromisos de gestión”. Es en este contexto que el MSP promueve la incorporación de la capacitación en dichos compromisos.

En el caso de los trabajadores médicos, los mecanismos de pago variable están incorporados desde hace varias décadas en el sector, pero se han implementado básicamente lo que se denomina “pago por producto”, que está asociado a la “producción” de una “unidad asistencial” definida en el laudo respectivo, como ser, el pago por intervención quirúrgica o por consulta en policlínica. En el caso de los trabajadores no médicos el salario es básicamente fijo, se remunera el salario mensual contra el cumplimiento de una determinada carga horaria predefinida.

En este sentido, los Convenios Colectivos de 2015 y 2016 significaron una importante innovación para el sector incorporando una lógica diferente en los mecanismos de pago.

En el marco de la implementación de los mencionados Acuerdos, se desarrolló un Seminario durante el año 2016, al que accedieron de 60.000 trabajadores de la salud. El objetivo del Seminario fue fomentar las actividades de capacitación continua a los Recursos Humanos en Salud (RHS) asegurando el acceso a través del uso de las herramientas tecnológicas. El Seminario fue el mismo para el conjunto de los trabajadores, los contenidos del seminario tuvieron un doble objetivo. Por un lado lograr un cierto nivel de alfabetización digital que sentase las bases para desarrollos de capacitación futuros. Por otro lado nivelar la información

que los trabajadores tienen sobre el sistema de salud en el que desarrollan sus tareas de manera cotidiana y del que son los principales constructores.

El Seminario tuvo una modalidad virtual auto-gestionado, con un tiempo de duración total de 10 horas, de las cuales 6 se realizaban en horario de trabajo y se consideraban obligatorias para el acceso a la partida salarial anual variable, y las restantes 4 horas eran opcionales, con contenidos complementarios. Las principales características del curso fueron las siguientes:

- Curso virtual auto-administrado basado en una plataforma *Moodle*.
- La elección del momento de realización del seminario se realizaba en acuerdo entre el trabajador y la institución en la que se realizó en horario de trabajo.
- Los trabajadores tuvieron un plazo de 10 días con una prórroga de 5 días más para realizar el Seminario.

La propuesta de capacitación se desarrolló tomando como insumo el documento de Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) del Ministerio de Salud Pública. Específicamente el Seminario comprendió un módulo de Introducción, Familiarización del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y Plataforma Virtual y otro módulo que se estructura en 5 unidades temáticas: (1) Fundamentos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); (2) Bioética; (3) Uso racional de recursos, preventivos, diagnósticos y terapéuticos; (4) Seguridad del Paciente y (5) Cultura de Trabajo. Es importante señalar que para la regulación del Seminario se contó con un Reglamento aprobado por todas las partes involucradas en el proceso.

La población objetivo fueron todos los trabajadores del sector salud alcanzados por los Acuerdos de Consejo de Salarios del Grupo 15 “Servicios de salud y anexos”, Subgrupo “Salud general”, y los trabajadores comprendidos en los acuerdos de ASSE. De estos trabajadores, un total de 59.731 terminaron el Seminario, la tabla que sigue muestra un detalle por sub-sector.

Tabla 17. Cantidad de trabajadores que realizaron el seminario en 2016

Trabajadores Sector Privado				
	cupos disponibles	Inscriptos	No finalizaron	Finalizaron
Cantidad	55.250	54.115	6.595	47.520
Porcentaje		100,0%	12,2%	87,8%
Trabajadores ASSE				
	Habilitados a realizar el curso	Finalizaron el seminario		
		por ASSE	por Sector Privado¹⁶	Total
Médicos	2.273	631	943	1.574
No Médicos	19.653	11.580	4.397	15.977
Total	21.926	12.211	5.340	17.551
Porcentaje	100,0%	55,7%	24,4%	80,0%
Total de trabajadores que realizaron el curso por ASSE o Sector Privado				59.731

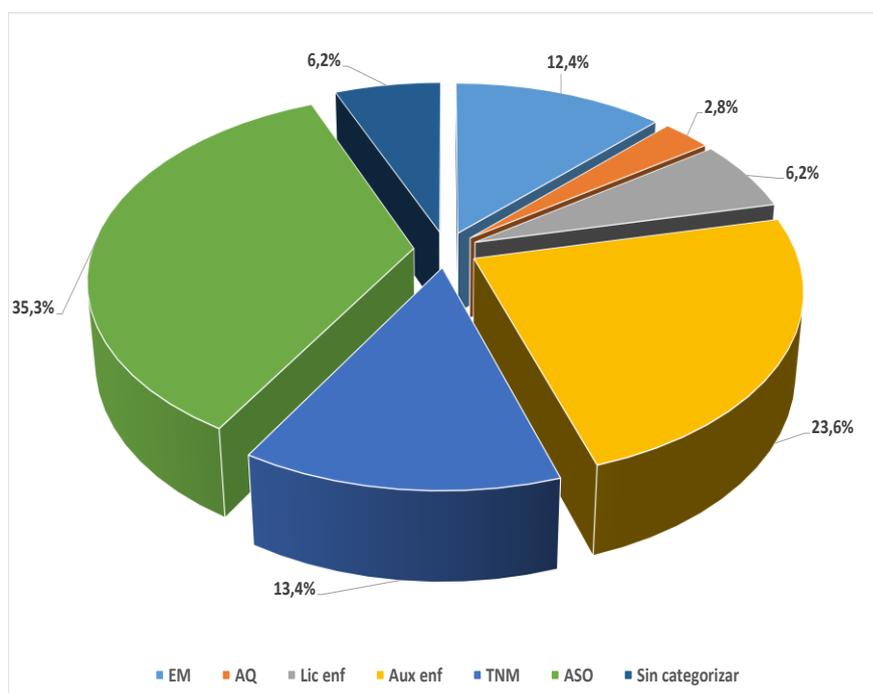
Fuente: Elaboración propia en base a datos del sistema de inscripciones (sector privado) e información brindada por ASSE.

¹⁶ Trabajadores de ASSE que realizaron el seminario en el sector privado. En estos casos se revalida el seminario para ASSE.

De acuerdo a los datos recabados en el proceso de inscripción, en el sector privado 8.354 trabajadores se inscribieron por fuera de los prestadores integrales, de estos una gran cantidad eran de emergencias móviles.

En cuanto a la composición por categoría laboral de los inscriptos a realizar el seminario en el sector privado, tres de cada diez trabajadores se identificó como personal de servicios y oficios. A su vez, entre el personal de servicios y oficios y auxiliares de enfermería concentraron más de la mitad de los inscriptos al seminario.

Gráfico 8. Inscriptos por el Sector Privado según categoría laboral¹⁷



Fuente: Elaboración propia en base a datos del sistema de inscripciones.

IX. Preguntas guía para los talleres.

Grupo 1: Organización del trabajo

- Negociación colectiva como herramienta fundamental para la introducción de cambios en materia laboral. Evaluación de los aprendizajes del período y cómo seguir avanzando.
- ¿Cómo seguir avanzando en el proceso de reforma del trabajo del sector? Necesidad de discutir y diseñar reformas para el trabajo no médico.
- ¿Cómo seguir avanzando en materia de capacitación? Discusiones que se hayan dado en el ámbito de los seminarios de capacitación.

¹⁷ EM: especialidades médicas – AQ: anestésicos quirúrgicos – Lic enf: licenciadas/os en enfermería – Aux enf: Auxiliares de enfermería – TNM: técnicos no médicos – ASO: administrativos servicios y oficios

- ¿Cómo se gestiona la gobernanza en los aspectos de organización del trabajo?

Grupo 2: Planificación de RHS

- ¿Cómo debe articularse una política nacional que alinee la dotación y la formación a las necesidades sanitarias de la población?
- ¿Cómo medir las necesidades en materia de RHS? ¿qué aspectos tener en cuenta?
- ¿Qué actores se involucran en el proceso?
- ¿Cómo estimular la distribución de RHS en localidades pequeñas y zonas rurales?
- ¿Cómo promover en el marco de los convenios de complementación, la política de RHS?

Grupo 3: Evaluación de políticas en RHS.

- ¿Cómo avanzar en el monitoreo y evaluación de las políticas en materia de RHS?
- ¿Qué organismos debería participar?
- ¿Qué medidas se deben tomar para mejorar los sistemas de información existentes?



**Ministerio
de SALUD**

DEMPESA

17 de mayo de 2017